



Burkina Faso

Zone d'Activités Diverses (ZAD)

01 P.O. Box 1184 Ouagadougou

01Fax +(226) 25 37 87 39

Tel: +(226) 25 37 87 33 /5/ 7

Email: bukina.co@plan-international.org

www.plan-international.org

Projet : « Éliminer les obstacles aux droits à la sante sexuelle et reproductive des enfants et des jeunes dans les zones d'intervention de Plan International Burkina »

Base line study : Rapport définitif

Novembre 2016



Société d'études et de recherche en santé publique

Table des matières

SIGLES ET ABREVIATIONS.....	4
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	5
Liste des tableaux.....	5
Liste des figures	5
RESUME	7
I. INTRODUCTION	12
II. LA DESCRIPTION DU PROJET	13
2.1 Brève présentation du projet	13
2.2 Les objectifs et résultats attendus du projet	14
III. METHODOLOGIE.....	16
3.1 Approche méthodologique.....	16
3.2 Les caractéristiques des enquêtés.....	19
IV. LES RESULTATS DE L'ETUDE DE BASE	21
4.1 Etat des lieux de la SSR des adolescents et des jeunes	21
4.1.1 La précocité des rapports sexuels :.....	21
4.1.2 Le mariage précoce	21
4.1.3 L'usage des substances psycho actives (l'alcool, le tabac et la drogue)	22
4.1.4 La situation des Mutilations génitales féminines	23
4.2 Les connaissances, attitudes et pratiques en matière de droits à la santé sexuelle et reproductives des adolescents et des jeunes	24
4.3.1 Les connaissances, attitudes et pratiques en matière des droits des adolescents et des jeunes.....	24
4.3.2 Les niveaux de connaissance sur les grossesses et leurs risques.....	26
4.3.3 Les attitudes et pratiques en matière de grossesses et de leurs risques	27
4.3.4 Les niveaux de connaissance des méthodes modernes de contraception,	30
4.3.5 Les attitudes et pratiques en matière de contraception.....	31
4.3.6 Les niveaux de connaissance sur les IST/VIH/SIDA / les moyens de prévention des IST et le SIDA	32
4.3.7 Les attitudes et pratiques par rapport aux IST/VIH/SIDA.....	34
4.3.8 L'existence de centres d'écoute pour jeunes.....	35
4.3.9 La consommation des drogues, de l'alcool et du tabac.....	36
4.4 Les propositions pour permettre d'élaborer des stratégies appropriées d'IEC	36
4.5 Les potentialités et les contraintes liées aux Droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (DSRAJ) dans les zones d'intervention du projet.....	37
4.5.1 Les potentialités ou atouts.....	37
4.5.2 Les contraintes	38
4.6 L'évaluation de la prise en compte des cinq (5) normes DCCE,	38

V. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	40
5.1 Conclusions.....	40
5.2 Recommandations.....	41
5.2.1 Recommandation à l'Etat du Burkina Faso	41
5.2.2 Recommandation à Plan Burkina Faso et au projet	41
ANNEXES	43
ANNEXE 1 : Appréciation de la prise en compte des normes DCCE.....	43
Annexe 2 : Liste des personnes interviewées.....	43
Annexe 3 : Situation géographique des zones couvertes	45
Annexe 4 : Bibliographie	46
Annexe 5 : Termes de références	47
Annexe 6 : Cadre des résultats du projet.....	55
Annexe 7 : Cadre de mesure des résultats.....	55

SIGLES ET ABREVIATIONS

- ABBEF** : Association Burkinabè pour le Bien-être familial
- AEJTB** : Association des Enfants et Jeunes Travailleurs du Burkina
- AFAFSI** : Association des Femmes africaines face au SIDA
- ASDI** : Agence Suédoise de Développement International
- CAP** : Comportements, attitudes et pratiques
- CE** : Centre Est
- CN** : Centre Nord
- CPN** : Consultations pré natales
- CSP** : Cadre stratégique du pays
- DCCE** : Approche de Développement Communautaire Centrée sur l'Enfant
- IEC** : Information Education Communication
- MASSN** : Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale
- MENA** : Ministère de l'éducation nationale
- MESS** : Ministère des enseignements secondaire et supérieur
- MS** : Ministère de la santé
- ONG** : Organisation non gouvernementale
- OSC** : Organisation de la société civile
- PAN** : Plan d'actions national
- PNDS** : Plan national de développement sanitaire
- RAJS/BF** : Réseau africain de jeunesse et de développement au Burkina Faso
- SSRAJ** : Santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes
- SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des jeunes enquêtés par sexe et par région.....	19
Tableau 2: Répartition des jeunes enquêtés par âge et par région.....	19
Tableau 3 : Répartition des jeunes enquêtés selon le niveau d'instruction.....	19
Tableau 4 : Répartition des jeunes selon le profil.....	20
Tableau 5: Répartition des parents enquêtés selon le sexe et la région.....	20
Tableau 6 : Répartition des parents enquêtés selon le niveau d'instruction.....	20
Tableau 7 : Répartition des enquêtés selon l'âge du premier rapport (n=554).....	28
Tableau 8: Répartition des enquêtés selon qu'ils pensent que le Sida est un problème dans leurs localités (n=241).....	33
Tableau 9: Répartition des enquêtés selon l'existence de médicaments contre le VIH/Sida.....	35
Tableau 10: Répartition des enquêtés selon qu'il existe ou non un centre d'écoute fonctionnel dans leurs localités.....	35
Tableau 11: Répartition des enquêtés selon la fréquence de fréquentation des centres d'écoute.....	36
Tableau 12: Répartition des enquêtés selon qu'ils consomment ou non l'alcool.....	36

Liste des figures

Figure 1: Evolution de la prévalence de l'excision des filles (-0-14ans) par région de 2010 à 2014.	
Figure 1 : Evolution de la prévalence de l'excision des filles (-0-14ans) par région de 2010 à 2014.....	23
Figure 2 : Répartition des jeunes suivant qu'ils ont entendu ou non parlé des droits des jeunes en matière de SSR.....	24
Figure 3 : Répartition des adolescents et des jeunes selon les droits cités.....	24
Figure 4: Répartition des adolescents et des jeunes selon les droits qu'ils estiment les moins respectés.....	25
Figure 5 : Répartition des enquêtés selon ce qu'ils pensent de la circoncision (n=1546).....	25
Figure 6: Répartition des enquêtés selon ce qu'ils pensent de l'excision (n=1546).....	25
Figure 7: Répartition des parents selon qu'ils estiment ou non que les adolescents et les jeunes ont des droits en matière de SR (n=241).....	26
Figure 8: Répartition des enquêtés selon l'estimation qu'ils font de l'âge de mariage des filles et des garçons (n=241).....	26
Figure 9: Niveau de connaissance d'une grossesse selon les régions.....	26
Figure 10: Répartition des jeunes selon le niveau de connaissance des voies/moyens pour contracter une grossesse.....	27
Figure 11: Répartition des jeunes selon les réactions possibles en cas de grossesse dont ils sont l'auteur (n=980).....	27
Figure 12: Réactions au cas où l'enquêtée contractait une grossesse.....	27
Figure 13: Répartition des enquêtés selon ce qu'ils feraient si une camarade prenait une grossesse (n=1546).....	28
Figure 14: Répartition des enquêtés selon qu'ils aient déjà eu ou non une relation sexuelle (n=1546).....	28
Figure 15: Répartition des enquêtés selon l'âge du mariage.....	29
Figure 16: Répartition des enquêtés selon qu'ils aient eu plusieurs partenaires après les 1ers rapports sexuels.....	29

Figure 17: Répartition des populations par région selon les attitudes à l'égard des grossesses de leurs filles.....	30
Figure 18: Répartition des enquêtés par région selon qu'ils aient entendu ou non parler de contraception	30
Figure 19: Répartition des enquêtés selon les méthodes modernes de contraception connues	30
Figure 20: Les canaux d'information sur la contraception	31
Figure 21: Proportion des parents enquêtés ayant entendu parler des méthodes modernes de contraception selon les régions	31
Figure 22: Répartition des enquêtés selon les méthodes modernes connues.....	31
Figure 23: Répartition des enquêtés selon les méthodes autorisées aux filles et aux garçons	32
Figure 24: Répartition des enquêtés selon leurs perceptions de l'importance du VIH dans leurs localités	32
Figure 25: Répartition des jeunes enquêtés selon les raisons qui traduisent l'importance du VIH/Sida	33
Figure 26: Répartition des enquêtés selon les causes du VIH/SIDA	33
Figure 27: Répartition des enquêtés selon les signes qui permettent de reconnaître quelqu'un qui a sida	33
Figure 28: Répartition des enquêtés selon les modes de transmission du VIH cités.....	34
Figure 29: Répartition des enquêtés selon les méthodes de protection contre le VIH	34
Figure 30: Répartition des enquêtés qui n'ont pas fait le test selon les raisons avancées.....	34
Figure 31: Répartition des enquêtés ayant entendu parler des IST selon les signes d'IST cités.....	35
Figure 32: Synthèse de l'appréciation de la prise en compte des normes DCCE dans la formulation du projet	38

RESUME

Contexte et justification

Plan International - Burkina Faso accompagne l'Etat Burkinabé depuis 1976 dans la mise en œuvre de programmes de l'éducation, de la santé dont le VIH/SIDA, de l'eau potable, de l'assainissement, de la micro-finance et des secours d'urgences. Plan International intervient dans trois régions administratives au Burkina Faso et huit (8) provinces qui sont : le Namentenga, le Bam, le Sanmatenga, le Kourittenga, le Poni, le Noumbiel, la Bougouriba et le Ioba. Dans le cadre de la mise en œuvre de ses interventions, il a également établi des alliances solides avec le Gouvernement (aux niveaux national, provincial, municipal, local), les Agences des Nations, les Organisations de la Société civile et les organisations de jeunes et d'enfants.

Dans le cadre de ses intervention, il a obtenu avec l'appui de Plan International - Suède a une subvention pour la mise en œuvre d'un projet qui vise la protection des enfants contre les violences et le suivi de la réalisation des droits de l'enfant intitulé : **BFA0315 - « Eliminer les obstacles aux droits à la santé sexuelle et reproductive des enfants et des jeunes dans les zones d'intervention de Plan Burkina » (2015-2017) ». C'est pour disposer d'une situation de référence des indicateurs que l'étude de base a été réalisé, faisant l'objet du présent rapport.**

L'enquête CAP s'inscrit dans le cadre des efforts déployés pour mieux cerner l'état réel des connaissances et des pratiques en Santé de la Reproduction et de l'utilisation de la contraception. Il s'agit d'avoir des données de base pertinentes et utiles qui permettent d'avoir une situation de référence des indicateurs du projet sur la SRAJ. Ces indicateurs permettront de réaliser le suivi du projet sur la SRAJ au niveau des zones d'intervention de Plan International Burkina Faso.

i) Les connaissances, attitudes et pratiques en matière de droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ)

- Au niveau des adolescents et des jeunes :

L'appréhension des niveaux de connaissance, des attitudes et des pratiques des adolescents et des jeunes sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductives des adolescents et des jeunes (SSRAJ) aborde en premier lieu les questions relatives aux grossesses précoces et non désirées.

En la matière, les enquêtés ont été interrogés sur leurs niveaux de connaissance de ce qu'est une grossesse. Il ressort que 89,6% des filles et 83,8% des garçons savent d'une part ce qu'est une grossesse et d'autre part que les rapports sexuels non protégés constituent le canal principal pour contracter une grossesse.

Face à une situation de grossesse dont ils sont l'auteur, la majorité des garçons déclarent qu'ils reconnaîtraient la grossesse (84%) contre 3% qui la refuseraient et 12% qui décident de rester indifférent face à une telle situation. Quant aux filles, elles choisissent à 92,66% de se référer au centre de santé pour suivre les consultations prénatales au cas où elles viendraient à tomber enceintes. .

Dans le domaine des relations sexuelles, on note que 36% des enquêtés déclarent avoir déjà eu une relation sexuelle. Ceux-ci se répartissent ainsi qu'il suit : 43,81% des filles et 31,02% des garçons. Sur le plan régional, ils sont 4,1% dans le Centre Est, 51,7% dans le Centre Nord et 44,2% dans le Sud-Ouest.

Suivant le sexe et l'âge, on note que 27% des filles ont leurs premiers rapports sexuels à 15 ans, contre 25% qui disent les avoir eu à 17 ans et 21,4% à 16 ans. En ce qui concerne les garçons, ils sont 29,4% à avoir eu leurs premiers rapports à 17 ans contre 18% qui les ont eus à 16 ans et 17% à 18 ans.

Parmi les 43,81% des filles qui ont déjà eu des rapports sexuels, 12,1% sont tombées enceintes.

L'enquête a révélé également que 5,80% des enquêtés étaient mariés. Chez les filles, on retient que 41% se sont mariées à 17 ans.

Parmi ceux qui ont déjà eu des relations sexuelles, 53% ont déclaré avoir eu d'autres partenaires par la suite.

Dans le domaine de la contraception, les données renseignent que 43,8% des filles et 56,2% des garçons ont déclaré avoir entendu parler de la contraception. Au niveau régional, c'est au Centre Est que la proportion de ceux qui ont entendu parler de la contraception (49%) est sensiblement inférieure à ceux qui n'en ont pas entendu parler.

La méthode la plus connue est le préservatif (69% des adolescents et des jeunes), suivi de la pilule (45%) et les injectables (23%).

Les amis (63%) et les camarades (39%) constituent les principaux canaux d'information des adolescents et des jeunes sur la contraception, suivis de la radio (34%) et de la télévision (23%). On constate également que les parents (13%) constituent le canal le moins utilisé pour s'informer sur la contraception.

Les niveaux de connaissance des IST/VIH/Sida et des moyens de prévention des adolescents et des jeunes sont mesurés à travers les indicateurs présentés ci-dessous :

- Ils sont 43% à déclarer qu'ils sont d'accord ou parfaitement d'accord que le sida constitue un véritable problème dans leurs localités contre 23% qui ne sont pas d'accord et 9% qui sont totalement en désaccord sur ce point.
- Parmi ceux qui sont d'accord, 31% connaissent au moins une personne décédée du VIH/Sida, 30% connaissent au moins une personne atteinte de cette maladie, 20,7% disent que le sida est toujours un sujet d'actualité.
- On note de même que 71% des enquêtés savent que le sida est provoqué par un virus contre 28% qui disent ne pas savoir. Enfin, 68% des enquêtés déclarent que seul le test de dépistage du VIH permet de reconnaître que quelqu'un a le sida.

En ce qui concerne les centres d'écoutes pour jeunes, l'enquête révèle qu'ils ne sont pas très répandus. En effet, c'est au Centre Nord que 19% des enquêtés déclarent que des centres d'écoutes pour jeunes fonctionnels existent dans leurs localités contre 18% dans le Centre Est et 10% dans le Sud-Ouest.

Ces centres semblent moins fréquentés. En effet, parmi ceux qui déclarent que des centres fonctionnels existent dans leurs localités (229), seuls 26% disent fréquenter ces centres.

La consommation des stupéfiants de façon générale et du tabac de façon spécifique apparaît aux yeux des enquêtés plutôt comme une mauvaise chose. Ils sont 100% à le dire dans le Centre Est, 98% dans le Centre Nord et 95% dans le Sud-Ouest. Il en est de même de la consommation de la drogue. Par contre on note que les adolescents et les jeunes enquêtés ont une grande propension à la fréquentation des débits de boisson. 27% des enquêtés ont déclaré en effet fréquenter les bars dancing et 91% fréquentent les buvettes.

- **Au niveau des populations**

Les niveaux de connaissance, les attitudes et les pratiques des populations en matière de grossesse sont mis en perspective avec les attitudes et les pratiques des adolescents et des jeunes. A la question de savoir ce que l'enquêté ferait si son fils adolescent ou jeune était auteur d'une grossesse, 62% des hommes déclarent qu'ils prendraient la grossesse en charge contre 21% qui engageraient la procédure de vie commune et 13% qui décideraient de ne plus s'occuper de lui. Du côté des femmes, 72% déclarent prendre les charges de la grossesse et 21% engageraient la procédure de vie commune.

En matière de gestion de la grossesse d'une adolescente ou d'une jeune et de l'accouchement, on note que 100% des femmes décideraient de se référer au centre de santé contre 95% des hommes.

Au niveau régional, on note qu'à l'annonce de la grossesse de leur fille adolescente ou jeune, tous les enquêtés du Centre Est déclarent assister leurs filles jusqu'à l'accouchement contre 83% au Centre Nord et 80% au Sud-Ouest.

L'enquête fait ressortir que la grande majorité des parents, soit 93,8%, ont entendu parler de la contraception. Il s'agit de 96,5% des femmes et 92,9% des hommes.

Les niveaux de connaissance des méthodes contraceptives modernes paraissent relativement bien élevés. En effet, 46,55% des femmes citent 3 méthodes modernes de contraception contre 34,48% qui connaissent 2 méthodes et 19% qui citent une méthode. Le préservatif et la pilule sont connus par plus de 70% des enquêtés ; 55% connaissent les injectables et 27% citent la méthode chirurgicale (implants).

Sur la question de l'utilisation de la contraception par les adolescents et les jeunes, on relève que le port du préservatif est autorisé aux garçons par 69% des parents enquêtés contre 51% qui l'autorisent aux filles. De l'autre 23% des enquêtés déclarent ne rien autoriser aux filles contre 20% qui le disent pour les garçons.

Dans le domaine des IST et du VIH/Sida, l'étude base montre que les populations ont des niveaux de connaissance relativement avancés. On note en effet que pour la majorité des enquêtés (60%). La connaissance des modes de transmission du virus est également bonne. Parmi les canaux connus, 98% des enquêtés citent les relations sexuelles, 49% la transfusion sanguine et 46% la transmission via la mère et l'enfant.

Les méthodes de protection contre le virus du VIH citées par les enquêtés sont le préservatif (80%), la fidélité (71%) et l'abstinence (63%).

A la question de savoir si l'enquêté a déjà fait le test du VIH, 73,4% des enquêtés ont déclaré l'avoir fait. Ce sont 75,86% des femmes contre 72,67% des hommes. Au titre des raisons de non réalisation du test du VIH, 30% des enquêtés déclarent ne pas être malades.

Les bons niveaux de connaissance sur le VIH et ses processus s'expliqueraient par le fait qu'une grande majorité des enquêtés (71%) déclarent avoir déjà participé à une séance de sensibilisation sur le VIH/Sida.

En ce qui concerne spécifiquement les IST, 85% des enquêtés déclarent en avoir déjà entendu parler.

A la question de savoir s'il existe des médicaments contre le VIH/Sida, 75,5% des enquêtés disent qu'il n'y a pas de médicaments contre le VIH/sida. Par contre quand on s'intéresse l'existence de médicaments contre les IST, on constate que parmi les enquêtés qui ont déjà entendu parler des IST (205), 196 enquêtés, soit 95,6%, déclarent qu'il existe des médicaments contre ces IST.

ii) Les propositions pour permettre d'élaborer des stratégies appropriées d'IEC

i) Plan international Burkina Faso doit adopter une démarche de participation active dans l'élaboration du plan d'action opérationnel de CCC : Il s'agira à ce niveau de faire des adolescents / jeunes et des communautés les véritables acteurs de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel.

ii) Il y a la nécessité de mettre en adéquation la pluralité des cibles (garçons et filles, adolescents et jeunes scolarisés, jeunes en situation d'apprentissage, enfants de la rue, marchand (e)s ambulants et enfants en situation de handicap) à couvrir et les stratégies spécifiques d'IEC à adopter .

iii) Mettre en place une équipe pluridisciplinaire pour la gestion des problématiques liées à la SSRJ : la mise en œuvre du projet en général et l'identification de stratégies d'IEC nécessite la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire qui favorise une compréhension globale des problématiques liées à la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents.

iii) Les potentialités et les contraintes liées aux Droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (DSRAJ) dans les zones d'intervention du projet

Les potentialités ou atouts

L'analyse des données collectées permettent de mettre en relief un certain nombre de facteurs qui se présentent comme des opportunités dans le contexte de la mise en œuvre du projet. Ces facteurs sont les suivants :

- i) La disponibilité des ressources humaines qualifiées
- ii) Le consensus autour de la pertinence de la problématique des droits en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes. L'ensemble des partenaires de la mise en œuvre rencontrés (RAJS, AJTB, DPANSS, acteurs des districts sanitaires, ABBEF) déclarent en effet que les garçons et les filles ne jouissent pas de leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive au regard de la persistance de certaines pratiques traditionnelles.
- iii) La pluralité des partenaires (ONG, OSC) intervenants dans le domaine de SSRAJ
- iv) L'engagement des jeunes dans la stratégie des paires éducateurs et la présence des clubs scolaires

Les contraintes

- i) La complexité de la maîtrise de la cible jeune en matière d'intervention au regard de sa pluralité.
- ii) L'insuffisance de coordination des interventions à l'endroit des jeunes dans un contexte de pluralité des partenaires. Chaque partenaire accède à sa cible de façon cloisonnée, ce qui laisse peu de place à une mutualisation des ressources ou une coordination des interventions.
- iii) La persistance des mariages précoces des filles, des grossesses non désirées et de la migration des jeunes, surtout les garçons.

iv) L'évaluation de la prise en compte des cinq (5) normes DCCE

L'analyse montre que le projet est cohérent avec l'approche DCCE de Plan. Mais cette cohérence devra néanmoins être renforcée à travers la prise en compte de stratégies locales spécifiques à chaque région dans l'élaboration du plan

d'action opérationnel de CCC. Il s'agira à ce niveau de faire des adolescents / jeunes et des communautés les véritables acteurs de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel.

v) Analyse de la conception du projet

L'analyse de la conception répond à la question de savoir dans quelle mesure la conception du projet est-elle bien faite pour atteindre des résultats initialement fixés ? Pour atteindre le but, 4 résultats sont attendus. Ces 4 résultats renvoient aux quatre niveaux pertinents de la lutte contre les grossesses précoces et non désirées chez les adolescents. Dans un premier lieu en effet, les actions sont orientées vers les individus ou les cibles directes et leurs organisations ou représentants ; ensuite les actions sont menées au niveau communautaire, au niveau institutionnel et au niveau national.

Au regard de ces analyses, il est possible de dire qu'il y a des relations de cause à effet entre le but du projet tel que formulé et les résultats attendus qui ciblent les différents niveaux où la lutte doit se mener.

vi) Conclusions et recommandations

Conclusions

L'analyse des connaissances, attitudes et comportements des adolescents et jeunes de 10 à 19 ans et des populations en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes aboutit à un certain nombre de constats majeurs à prendre en compte dans la formulation des recommandations.

En ce qui concerne les niveaux de connaissances, les attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes en matière de SSR, le constat majeur est que les adolescents et les jeunes ont une connaissance relativement large des grossesses et de leurs mécanismes, voir leurs risques. Malgré ce niveau de connaissance, les adolescents et les jeunes ont des relations sexuelles précoces.

Le constat est fait également que la contraception en général et les méthodes contraceptives en particulier sont bien connus des adolescents et des jeunes. Il est à retenir tout de même que c'est à travers les amis et les camarades de classe plutôt que les parents que les adolescents et les jeunes reçoivent l'information sur la contraception.

Au sujet des centres d'écoute pour jeunes, on retient qu'ils ne sont pas très développés dans les zones d'intervention de Plan International Burkina Faso.

Enfin, l'analyse fait ressortir que la consommation des drogues n'est pas encore très répandue. La consommation de la cigarette est sensiblement perceptible et la consommation de l'alcool très développée.

L'analyse de la cohérence du projet avec l'approche DCCE fait ressortir que le projet plutôt très cohérent avec les cinq principes DCCE eu égard à la diversité des cibles d'adolescents et de jeunes pris en compte, aux niveaux d'implication des organisations de la société civile tels que décrits, aux actions entreprises envers les détenteurs d'obligation et à l'engagement de Plan. Ce sont les actions entreprises envers les détenteurs d'obligation qui présentent une certaine faiblesse d'autant plus qu'elles ne font de place à la prise d'engagement de ces détenteurs d'obligation envers les détenteurs de droits.

Recommandations

Les recommandations formulées sont adressées essentiellement au projet dans la mesure où il n'est qu'à sa phase de lancement.

i) au niveau des connaissances, attitudes des adolescents et des jeunes et des populations

- a. Au regard de la précocité des premiers rapports sexuels chez les adolescents et les jeunes, il est recommandé que le projet comporte un volet mise à disposition de préservatifs dans les centres d'écoute pour jeunes. La distribution de ces intrants sera l'occasion de renforcer l'éducation sexuelle des cibles visées par le projet.
- b. L'étude a révélé qu'une grande proportion des adolescents et jeunes enquêtés avait la propension à fréquenter les bars et buvettes. La mission de l'étude recommande que le projet soit saisi comme une opportunité pour mettre en relief l'incompatibilité de la cohabitation des établissements scolaires avec les débits de boissons. Les actions de plaidoyer auprès des détenteurs d'obligations doivent déboucher dans la mise en œuvre du projet sur l'aboutissement d'engagements visant à éloigner les débits de boissons des centres scolaires.

ii) au niveau de la cohérence du projet avec l'approche DCCE

- a. Pour une plus grande prise en compte de l'approche DCCE dans la mise en œuvre du projet, la mission recommande au projet d'adopter une démarche participative dans l'élaboration des plans d'action opérationnels d'IEC CCC pour les stratégies retenues prennent en compte les spécificités de chaque zone d'intervention de Plan International Burkina Faso.
- b. La participation des enfants implique également qu'au-delà de la formation des clubs scolaires, l'identification et la formation des paires éducations, des responsabilités spécifiques de ces acteurs dans la mise en œuvre du projet soient formulées. Cela n'est pas spécifiquement mentionné dans le cadre logique du projet.

iii) au niveau de la formulation du projet lui-même

- a. Au regard du constat fait sur la pluralité des cibles à couvrir et de leur complexité et au regard des stratégies d'IEC à élaborer, il est recommandé à Plan International Burkina Faso de mettre en place une équipe pluridisciplinaire chargée de la mise en œuvre du projet en général et du traitement des questions liées à la SSRAJ en particulier.

I. INTRODUCTION

Plan International est une organisation internationale non gouvernementale à but non lucratif fondée en 1937 et engagée pour l'avènement d'un monde dans lequel tous les enfants réalisent la plénitude de leur potentiel dans des sociétés respectueuses des droits et de la dignité des personnes. Pour la réalisation de ses programmes de développement et le renforcement des capacités, Plan International reçoit un financement de plus de 540 millions de dollars chaque année de la part d'individus et d'institutions de 17 pays. Environ 72% de ce financement provient de près d'un million de personnes parrainant 1,2 million d'enfants dans les 48 pays d'intervention. Plan International a plus de 8 000 employés et 60 000 bénévoles à l'échelle mondiale.

Plan International - Suède est l'un des 21 pays donateurs qui contribuent à la mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre des programmes dans 49 pays en développement. Ces programmes sont régis par le système de gestion et d'opération de Plan International.

Plan International Burkina Faso accompagne l'Etat Burkinabé depuis 1976 dans la mise en œuvre des programmes de l'éducation, de la santé dont le VIH/SIDA, de l'eau potable, de l'assainissement, de la micro-finance et des secours d'urgences. Plan International intervient dans trois régions administratives au Burkina Faso et huit (8) provinces qui sont : le Namentenga, le Bam, le Sanmatenga, le Kourittenga, le Poni, le Nounbiel, la Bougouriba et le Ioba.

Les opérations de Plan International au Burkina Faso sont orientées par le Cadre Stratégique du Pays (CSP) révisé de 2012. Cette révision a donné lieu à un nouveau CSP qui couvre la période de 2016 - 2020. Le bureau de Plan International au Burkina Faso a une solide expertise dans la gestion des subventions de donateurs multilatéraux, bilatéraux et autres. Dans le cadre de la mise en œuvre de ses interventions, il a également établi des alliances solides avec le Gouvernement (aux niveaux national, provincial, municipal, local), les Agences des Nations, les Organisations de la Société civile et les organisations de jeunes et d'enfants.

II. LA DESCRIPTION DU PROJET

2.1 Brève présentation du projet

Plan International - Burkina Faso, avec l'appui de Plan International - Suède a obtenu de l'Agence Suédoise de Développement International (ASDI) une subvention pour la mise en œuvre d'un projet qui vise la réalisation des droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ), intitulé : **BFA0315 - « Eliminer les obstacles aux droits à la santé sexuelle et reproductive des enfants et des jeunes dans les zones d'intervention de Plan international Burkina Faso » (2015-2017) ». Le tableau ci-dessous fournit une brève description du projet.**

Intitulé du projet:	BFA0315 : « Eliminer les obstacles aux droits à la santé sexuelle et reproductive des enfants et des jeunes dans les zones d'intervention de Plan Burkina »
Nom et adresse de l'Organisation bénéficiaire (Bureau Pays) :	Plan International Burkina Faso Ouagadougou, Zone d'Activités Diverses (ZAD) 01 P.O. Box 1184 Ouagadougou 01 Tel : + (226) 25 37 87 33 /5/ 7 Fax : + (226) 25 37 87 39 Mail et Site Web : burkina.co@plan-international.org, www.plan-international.org
Nom des partenaires locaux:	ABBEF (Association Burkinabè pour le Bien-Etre familial); AEJTB (Association des Enfants et Jeunes Travailleurs du Burkina); RAJS/BF (Réseau africain de jeunesse et de développement au Burkina Faso); AFAFSI (Association des Femmes africaines face au SIDA), Ministère de l'éducation nationale (MENA); Ministère des enseignements secondaire et supérieur (MESS); Ministère de la santé (MS)
But du projet:	Réduire la prévalence des grossesses précoces et non désirées chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans dans les communautés cibles.
Résultats attendus du projet	Résultat 1: Les adolescentes âgées de 10 à 19 ans adoptent un comportement sexuel positif et sain grâce à une éducation sexuelle complète. Résultat 2: Les normes, attitudes et mécanismes pour prévenir les mariages précoces et les grossesses non désirées chez les adolescents de 10 à 19 ans sont renforcés (au niveau communautaire). Résultat 3: Des services de santé sexuelle et reproductive de qualité et adaptés aux jeunes sont disponibles et accessibles aux adolescents de 10 à 19 ans (au niveau institutionnel). Résultat 4: L'environnement institutionnel est amélioré pour une meilleure redevabilité des acteurs étatiques et de la société civile dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (au niveau national).
Budget du projet (Contribution de Plan Suède):	586 000 dollars américains
Date de démarrage	1 ^{er} Janvier 2015
Date de clôture	31 juin 2018
Zones d'intervention du projet:	Région du Centre Nord : Provinces du Bam, Namentenga, Sanmatenga, Région du Centre Est : Province Kourittenga Région du Sud-Ouest : Provinces du Poni, Nounbiel, Bougouriba et Iobo
Bénéficiaires/Groupes cibles du projet :	Bénéficiaires directs Les garçons et les filles âgés de 10 à 19 ans vivant dans les zones d'intervention de Plan International Burkina Faso: 500 pairs éducateurs dans les clubs scolaires (10 par club scolaires par PU); 50 enseignants superviseurs de clubs scolaires 10 conseillers de la ligne verte

	<p>10 encadreurs de groupe (deux groupes de base par PU) Un superviseur de groupe spécifique par région (1 groupe spécifique par zone) 100 agents de santé (20 agents de santé par PU) 200 membres du groupe de soutien (8 membres de groupes de soutien par PU) 50 membres de la société civile (10 membres de la société civile par PU).</p> <p>Bénéficiaires indirects</p> <p>Les détenteurs de droits: Le tableau ci-dessous montre la population cible indirecte âgée de 10 à 19 ans dans les 5 PU et les 3 régions de la zone du projet:</p> <table border="1" data-bbox="493 483 1356 694"> <thead> <tr> <th>Région</th> <th>Filles</th> <th>Garçons</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Centre-nord</td> <td>173 301</td> <td>164 714</td> <td>338 015</td> </tr> <tr> <td>Centre-est*</td> <td>46 366</td> <td>45 569</td> <td>91 935</td> </tr> <tr> <td>Sud-ouest</td> <td>77 656</td> <td>86 774</td> <td>164 430</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>297 323</td> <td>297 057</td> <td>594 380</td> </tr> </tbody> </table> <p>*La population du Centre-est inclut uniquement celle de la province du Kouritenga.</p> <p>D'autres cibles indirectes comprendront les groupes d'adultes tels que les agents de la santé et de l'action sociale, les parents, les enseignants, les patrons d'ateliers et les leaders d'opinion.</p> <p><u>Les porteurs d'obligations (à savoir les institutions et représentants de l'Etat, gouvernementales, les responsables de l'application de la loi, les travailleurs sociaux):</u></p> <p>Le ministère de l'Education nationale et de l'Alphabétisation (MENA) Le ministère des Enseignements secondaire et supérieur (MESS) Le ministère de la santé Les communes (au niveau local)</p> <p><u>Porteurs secondaires d'obligations (notamment les personnes s'occupant d'enfants, les enseignants, les gardiens et la société civile):</u></p> <p>Association burkinabè pour le Bien-être familial (ABBEF) Association des Enfants et Jeunes Travailleurs du Burkina (AEJTB) Association des Femmes africaines face au SIDA (AFAFSI) RAJS (Réseau africain de jeunesse et de développement au Burkina Faso) Plan Agents de santé Enseignants Parents Leaders religieux Leaders communautaires</p>	Région	Filles	Garçons	Total	Centre-nord	173 301	164 714	338 015	Centre-est*	46 366	45 569	91 935	Sud-ouest	77 656	86 774	164 430	Total	297 323	297 057	594 380
Région	Filles	Garçons	Total																		
Centre-nord	173 301	164 714	338 015																		
Centre-est*	46 366	45 569	91 935																		
Sud-ouest	77 656	86 774	164 430																		
Total	297 323	297 057	594 380																		
<p>Personne de contact</p>	<p>Daniel McCormick, PSM/Stratégie Daniel.Mccormick@plan-international.org Dieudonné NARE, Conseiller Santé par Intérim Dieudonne.nare@plan-international.org Claude KANE claud.kane@plan-international.org</p>																				

2.2 Les objectifs et résultats attendus du projet

Le projet intitulé **BFA0315 : « Eliminer les obstacles aux droits à la santé de promotion des droits à la santé sexuelle et reproductive des enfants et des jeunes dans les zones d'intervention de Plan International Burkina Faso »** est une réponse appropriée aux difficultés pour la réalisation des droits des jeunes et des adolescents à la santé sexuelle et reproductives au Burkina Faso.

La santé doit être comprise conformément à la définition de l'OMS à savoir : « un état de bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité ».

La « santé des jeunes au Burkina est constituée des tranches d'âge de 6 à 24 ans tant du milieu scolaire et universitaire que du secteur informel, des travailleurs ou chômeurs ».

Dans le cadre de sa collaboration avec Plan International Burkina Faso, Plan International Suède (SNO) a obtenu en faveur de ce pays, le financement de l'Agence Suédoise de Développement International (ASDI) pour la mise en œuvre de programmes liés à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes pour les 40 mois prochains. C'est dans ce cadre que le projet : « **Eliminer les obstacles aux droits à la santé de promotion des droits à la santé sexuelle et reproductive des enfants et des jeunes dans les zones d'intervention de Plan Burkina** » a été financé.

Le droit à la santé sexuelle et de la reproduction désigne un ensemble de droits composé du droit à l'information, droit à des bons services de santé, droit à la protection contre les abus et exploitation sexuels, droit du choix de son mari/épouse, droit à la prise de décision concernant l'âge du mariage et des relations sexuelles, droit à la liberté de reproduction et droit à la vie privée et la confidentialité.

Le projet, en réduisant les conséquences sanitaires et sociales des grossesses précoces chez les adolescentes, va faciliter la réalisation de toute leur potentialité économique et éducationnelle dans la mesure où les grossesses précoces conduisent généralement aux abandons scolaires. Se préserver des grossesses précoces et non désirées va donc permettre aux filles d'avoir une éducation de qualité leur permettant plus tard d'accéder aux opportunités d'emplois décentes pour une meilleure autonomisation.

Les cibles directes et indirectes sont spécifiées ci-dessus dans le tableau descriptif du projet. Ce projet sera mis en œuvre de Janvier 2015 à juin 2018. Son but est de contribuer à réduire de 5% la prévalence des grossesses précoces et non désirées chez les adolescents et les jeunes.

Pour atteindre ce but, les actions seront centrées sur le niveau individuel, communautaire et institutionnel pour obtenir les résultats ci-dessous (suivants) :

- **premier résultat:** au niveau individuel les adolescents et les jeunes auront adopté des comportements à moindre risque, c'est-à-dire l'abstinence des rapports sexuelles, le port du préservatif en cas de rapport sexuel et la fidélité ou l'utilisation d'autres méthodes contraceptives adaptées.
- **deuxième résultat :** au niveau institutionnel (services de santé et les centres d'écoute pour jeunes), la prise en charge des jeunes dans ces structures sera renforcée en terme de fonctionnalité et de convivialité.
- **troisième résultat :** au niveau communautaire, les capacités des acteurs communautaires (leaders religieux, coutumiers, les groupes de soutien aux adolescents, parents...) auront été renforcées par le plaidoyer afin de créer un environnement favorable et générer la demande en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ).
- **quatrième résultat :** au niveau institutionnel et national (communes, l'Etat, etc.), les acteurs communaux et gouvernementaux auront été responsabilisés dans les interventions en faveur du droit à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes; pour ce faire des actions de renforcement de capacité, de plaidoyer et de sensibilisation seront menées.

Un dispositif de suivi-évaluation et recherche du projet a été bâti sur le dispositif global de suivi évaluation de Plan International Burkina tout en prenant en compte les attentes particulières de SNO et de ASDI.

III. METHODOLOGIE

3.1 Approche méthodologique

3.1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête CAP basée sur une approche quantitative et qualitative qui va combiner plusieurs techniques et outils, notamment le questionnaire, le guide d'entretien et la grille de revue documentaire.

La méthodologie est articulée autour des questions de recherche qui contiennent les variables à renseigner. La pertinence de ces questions réside dans le fait qu'elles mettent en relief les informations à rechercher, les analyses à réaliser et les résultats à produire. Il s'est agi dans les approches méthodologiques de préciser comment procéder au traitement de chaque question de recherche.

3.1.2. Questions de recherches et leur opérationnalisation

❖ Questions de recherche1 :

- 1 *Quel est le niveau de connaissance, les attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ) ? Quelles sont leurs pratiques et leurs attitudes en la matière ?*
- 2 *Quel est le niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques des populations par rapport aux thèmes de la santé de la reproduction (SR)*

→ Démarche opérationnelle1

Les deux premières questions de recherche donnent à l'étude son caractère véritable d'une étude CAP qui procède à l'appréhension et à l'analyse des connaissances, des attitudes et des pratiques des cibles à couvrir dans la perspective de l'élaboration de stratégies d'intervention appropriées. Pour traiter ces questions, il impose de collecter des données primaires sur les variables spécifiées et de renseigner les indicateurs qui les accompagnent. A ce niveau, les informations à rechercher sur les connaissances, les attitudes et les pratiques sont mentionnées dans les termes de référence.

❖ Question de recherche2 :

Quelles sont les potentialités et les contraintes liées aux droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (DSRAJ) dans les zones d'intervention du projet ?

→ Démarche opérationnelle2

L'analyse des potentialités et des contraintes liées aux droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (DSRAJ) dans les zones d'intervention du projet relève d'une investigation des perceptions et des appréciations des acteurs impliqués ou non dans les questions des droits notamment les porteurs de responsabilités. Il s'agit de même d'atteindre les appréciations et les perceptions des titulaires de droits sur les contraintes liées aux droits à la santé sexuelle et reproductive.

En d'autres termes, il s'agit de procéder à une investigation qui consiste, au niveau de chaque zone d'intervention, à appréhender les perceptions des acteurs sur les droits des enfants en général et sur les droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes. Les données de l'investigation des perceptions et des appréciations seront croisées avec les données de l'enquête par questionnaire pour faire ressortir les potentialités et les contraintes liées aux droits des adolescents et des jeunes.

❖ Question de recherche3 :

Quelles sont les propositions pour permettre d'élaborer des stratégies appropriées d'IEC ?

→ Démarche opérationnelle3

Les réponses à ces questions (propositions et statut initial des indicateurs) découleront des analyses des données produites aussi bien par le questionnaire que par le guide d'entretien.

❖ Question de recherche4 :

Quel est le statut initial ou la situation de référence des indicateurs contenus dans le cadre de mesure des résultats du projet ?

→ Démarche opérationnelle4

La réponse à cette question se fera en deux temps

- dans un premier temps, la conception des indicateurs à renseigner tiendra compte des indicateurs contenus dans le cadre de mesure des résultats du projet. Cela tiendra compte aussi des ajustements qui seront proposés dans le cadre de l'analyse du cadre de mesure des résultats du projet
- dans un deuxième temps, à l'issue de la collecte des données, chaque indicateur du cadre de mesure des résultats du projet sera renseigné afin de situer le statut initial ou la situation de référence. Certains indicateurs pourront être renseignés à partir de la revue documentaire

❖ Questions de recherche5 :

Quel est le niveau de prise en compte des cinq (5) normes DCCE Plan International dans l'élaboration du projet ?

- Dans quelle mesure le projet est-il en cohérence avec l'approche DCCE de Plan ?*
- Comment le projet aborde-t-il la question de l'inclusion ? adopte-t-il une approche basée sur les droits ? Implique-t-il les porteurs de responsabilités ? Encourage-t-il la participation des enfants et des adultes et favorise-t-il leur implication en tant que citoyens ? Quel est le niveau de prise en compte de la stratégie sur l'égalité des sexes de Plan International dans l'élaboration du projet ?*
- Quelles sont les suggestions et recommandations, notamment des propositions pour l'amélioration du cadre de mesure des résultats, le plan de suivi-évaluation du projet et pour le renforcement de la prise en compte des cinq (5) normes DCCE et de la stratégie sur l'égalité des sexes de Plan International au cours de la mise en œuvre du projet ?*

→ Démarche opérationnelle5

Pour répondre à ces questions, une grille d'analyse sera utilisée. Cette grille est conçue sur la base des cinq normes opérationnelles du DCCE.

En pratique, il s'agira de rechercher dans le document de projet comment l'intervention de Plan à travers ce projet prend en compte ces différentes normes

3.1.3. Les cibles de la collecte

En ce qui concerne l'étude des comportements, attitudes et pratiques qui procède par une collecte de données quantitatives, deux catégories de cibles seront touchées. Il s'agit d'une part des adolescents et des jeunes, notamment les filles et garçons de 10 à 19 ans vivant dans les zones d'intervention de Plan International Burkina Faso. D'autre part, il s'agit des populations constituées des parents et enseignants.

En ce qui concerne la collecte de données qualitatives, l'enquête couvrira des acteurs qui connaissent non seulement les questions relatives aux droits des adolescents et des jeunes mais aussi qui maîtrisent le contexte social fait de normes sociales, d'habitus et d'organisation sociale. Au titre de ces acteurs, l'on retrouve les enseignants encadreurs de clubs scolaires, les agents de santé, les membres des groupes de soutien et les membres de la société civile.

3.1.4. Echantillon et échantillonnage

Conformément à l'hypothèse George Polya, au moins un effectif 30 individus est suffisant et donne une bonne approximation de la distribution réelle d'un phénomène.

Ainsi, 30 individus sont retenus pour chaque cible répondant aux critères, soit une taille d'échantillon de : $n_1 \geq 1\ 440$ personnes. Le nombre de parents à enquêter a été déterminé en fonction du nombre d'élève à enquêter soit $n_2 \geq 240$ personnes. Aussi, nous avons tenu compte des ressources possibilités (finance, temps). Au total 1787 personnes ont été touchées par la collecte des données, soit 241 parents et 1546 adolescents/jeunes.

3.1.4.1. Echantillonnage

→ *Garçons/filles scolarisés âgés de 10-19ans, enseignant et parents d'élèves*

Par choix raisonné, les écoles et les collèges se trouvant dans les villages sièges des communes ont été concernés par la collecte. Dans ces structures (écoles, collèges), les élèves âgés de 10 à 19 ans ont été enquêtés. Leur répartition selon le sexe a été fonction des effectifs disponibles.

Une fois les écoles/collèges identifiés, les directeurs/proviseurs et présidents des parents d'élèves ont été enquêtés. Lorsqu'il y a plusieurs écoles/collèges au sein du village siège de la commune, une liste alphabétique de ces structures a été faite afin de choisir au hasard la première école à visiter. Puis de proche en proche les autres ont été touchées jusqu'à atteindre la taille de l'échantillon. Pour les cibles suivantes, les services de l'action sociale et certaines ONG ont été mis à contribution pour leur localisation. Ces cibles ont été touchées de façon aléatoire sur le terrain jusqu'à épuisement de la taille retenue.

→ *Enfants de la rue, adolescent/jeune marchands ambulants et garçons/filles non scolarisés âgés de 10-19ans*

Ces enfants ont été retrouvés dans les lieux publics (marché, gare, bar, maquis, ...).

→ *Jeunes du secteur informel*

Les jeunes du secteur informel ont été retrouvés dans les ateliers de petit métier (mécanique, menuiserie, soudure,...) ou dans les marchés (employé de commerce) ou encore dans les champs.

→ *Jeune en situation de handicap*

Les jeunes en situation de handicap ont été retrouvés dans les centres pour personne handicapée ou au sein d'associations.

→ *Partenaires de mise en œuvre*

En fonction de leur nombre et de leur diversité dans les communes, un choix raisonné a été effectué pour les partenaires à enquêter.

→ *Les techniques et outils de collecte de données*

L'enquête par questionnaire est recommandée dans les études CAP de façon générale. Un questionnaire qui reprend l'ensemble des variables a été élaboré et adressé aux cibles ci-dessus énumérées. Les données ont été collectées à l'aide des appareils Smartphone avec l'appui de l'informaticien de Plan International Burkina Faso.

Les questionnaires ont été conçus sur la base du cadre de mesure des résultats du projet notamment dans le volet sur les indicateurs.

Les consultants ont au préalable procédé à une revue de ce cadre avant de finaliser les outils de collecte. La liste des indicateurs a été complétée avec celle relative au «cadre de mesure des performances des CAP de santé reproductive des adolescents et de jeunes au BF».

Pour appréhender les appréciations et les perceptions des acteurs, l'entretien semi directif est le plus indiqué. Un guide d'entretien semi structuré a été élaboré à cet effet.

3.1.4.2. Critères de sélection

- Être garçon/fille scolarisé âgés de 10-19ans,
- Être garçon/fille non scolarisé âgés de 10-19ans,
- Être enseignant,
- Être parent d'élève,
- Être un enfant de la rue,
- Être adolescent/jeune marchand ambulant,
- Être jeune du secteur informel,
- Être jeune en situation de handicap,
- Être partenaire de mise en œuvre du projet.

3.2 Les caractéristiques des enquêtés

L'enquête menée auprès des adolescents et des jeunes a permis de couvrir un échantillon de 1546 personnes dans les zones d'intervention de Plan International Burkina Faso. 7,8% de cet échantillon proviennent de la région du Centre Est, 46,1% du Centre Nord et 46,2% du Sud-Ouest.

Tableau 1 : Répartition des jeunes enquêtés par sexe et par région

Sexe	Région			Total
	Centre Est	Centre Nord	Sud-Ouest	
Féminin	44 (7, 8%)	246 (43, 5%)	276 (48, 8%)	566
Masculin	76 (7, 8%)	466 (47, 6%)	438 (44, 7%)	980
Total	120 (7, 8%)	712 (46, 1%)	714 (46, 2%)	1546

Centre Est (province Kouritenga) **Centre Nord** (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) **Sud-Ouest** (province Bougouriba, province Poni, province, province)

L'âge des adolescents et des jeunes enquêtés varie entre 10 et 19 ans avec une moyenne de 16,62 ans.

Tableau 2 : Répartition des jeunes enquêtés par âge et par région

Âge	Région			Total
	Centre Est	Centre Nord	Sud-Ouest	
10	4 (19, 0%)	8 (38, 1%)	9 (42, 9%)	21
11	0 (0%)	20 (74, 1%)	7 (25, 9%)	27
12	6 (10, 5%)	25 (43, 9%)	26 (45, 6%)	57
13	5 (6, 8%)	20 (27, 4%)	48 (65, 8%)	73
14	6 (5, 9%)	30 (29, 7%)	65 (64, 4%)	101
15	18 (10, 6%)	57 (33, 5%)	95 (55, 9%)	170
16	19 (11, 5%)	55 (33, 3%)	91 (55, 2%)	165
17	21 (9, 2%)	110 (48, 2%)	97 (42, 5%)	228
18	23 (7, 8%)	161 (54, 4%)	112 (37, 8%)	296
19	18 (4, 4%)	226 (55, 4%)	164 (40, 2%)	408
Total	120 (7, 8%)	712 (46, 1%)	714 (46, 2%)	1546

Centre Est (province Kouritenga) **Centre Nord** (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) **Sud-Ouest** (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

La majorité des jeunes non scolarisés ou alphabétisés ou encore de niveau primaire sont de la région du Centre Nord. Ceux de niveau secondaire ont été plus rencontrés dans la région du Sud-Ouest.

Tableau 3 : Répartition des jeunes enquêtés selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Région			Total
	Centre Est	Centre Nord	Sud-Ouest	
Alphabétisé	3 (16, 7%)	9 (50, 0%)	6 (33, 3%)	18
Non scolarisé	38 (10, 5%)	205 (56, 8%)	118 (32, 7%)	361
Primaire	37 (16, 2%)	106 (46, 3%)	86 (37, 6%)	229
Secondaire	42 (4, 5%)	392 (41, 8%)	504 (53, 7%)	938
Total	120 (7, 8%)	712 (46, 1%)	714 (46, 2%)	1546

Parmi les jeunes, la plus forte proportion d'élèves et de jeunes handicapés a été retrouvée dans la région du Sud-Ouest. Les enfants de la rue, les marchandes ambulantes et les jeunes du secteur informel sont plus rencontrés dans la région du Centre Nord.

Tableau 4 : Répartition des jeunes selon le profil

Profil	Région			Total
	Centre Est	Centre Nord	Sud-Ouest	
Elève	36 (4, 0%)	398 (44, 0%)	471 (52, 0%)	905
Enfants de la rue	30 (23, 4%)	62 (48, 4%)	36 (28, 1%)	128
Handicapé	15 (20, 5%)	28 (38, 4%)	30 (41, 1%)	73
Marchandes ambulantes	11 (7, 7%)	81 (57, 0%)	50 (35, 2%)	142
Secteur informel	28 (9, 4%)	143 (48, 0%)	127 (42, 6%)	298
Total	120 (7, 8%)	712 (46, 1%)	714 (46, 2%)	1546

Centre Est (province Kouritenga) **Centre Nord** (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) **Sud-Ouest** (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

En ce qui concerne les populations, l'enquête a couvert un échantillon de 241 parents. Parmi eux, 50,21% sont de la région de Sud-Ouest, 41,5% sont du Centre Nord et 8,30% sont de la région du Centre Est. Le sex-ratio dans l'échantillon est de 3.15.

La majorité des parents de sexe masculin sont de la région du Sud-Ouest suivie de celle du Centre-Nord puis moins de 10% se retrouve au Centre-Est.

Tableau 5 : Répartition des parents enquêtés selon le sexe et la région

Sexe	Région			Total
	Centre Est	Centre Nord	Sud-Ouest	
Féminin	6 (10, 34%)	29 (50, 0%)	23 (39, 66%)	58
Masculin	14 (7, 65%)	71 (38, 8%)	98 (53, 55%)	183
Total	20 (8, 30%)	100 (41, 5%)	121 (50, 21%)	241

Centre Est (province Kouritenga) **Centre Nord** (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) **Sud-Ouest** (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

La majorité des parents de niveau primaire et plus est retrouvée dans la région du Sud-Ouest. Ceux non scolarisés, et ceux alphabétisés sont plus nombreux dans le Centre Nord.

Tableau 6 : Répartition des parents enquêtés selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Région			Total
	Centre Est	Centre Nord	Sud-Ouest	
Alphabétisé	0 (0, 0%)	7 (50%)	7 (50%)	14
Non scolarisé	2 (0, 04%)	33 (71, 74%)	11 (23, 91%)	46
Primaire	2 (4, 88%)	12 (29, 27%)	27 (65, 85%)	41
Secondaire	5 (7, 25%)	23 (33, 33%)	41 (59, 42%)	69
Supérieur	11 (15, 49%)	25 (35, 21%)	35 (49, 30%)	71
Total	20 (8, 30%)	100 (41, 5%)	121 (50, 21%)	241

Centre Est (province Kouritenga) **Centre Nord** (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) **Sud-Ouest** (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

IV. LES RESULTATS DE L'ETUDE DE BASE

4.1 Etat des lieux de la SSR des adolescents et des jeunes

Il s'est agi dans ce point de faire la synthèse des travaux et recherches qui ont été conduits sur la SSR des adolescents et des jeunes, en prélude à l'analyse des données collectées par la présente étude.

Selon les sources du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020, la situation de la santé des adolescents et des jeunes est influencée par des grossesses précoces et non désirées, des avortements provoqués clandestins, des rapports sexuels précoces et non protégés, le multi partenariat, une prévalence élevée du VIH, SIDA et IST et de violences diverses. Le phénomène est aggravé par la faible utilisation des méthodes contraceptives et des services de santé par les jeunes. La consommation d'alcool, de drogue et de tabac, substances hautement nuisibles pour la santé, n'épargne pas la frange jeune de la population.

De façon globale, l'insuffisance d'offre de services de santé de la reproduction adaptés aux adolescents contribue largement à la situation précaire de leur état de santé. Des centres jeunes existent pour apporter une réponse aux préoccupations des jeunes, mais sont actuellement inégalement répartis sur le territoire national. L'offre est beaucoup plus concentrée en milieu urbain.

4.1.1 La précocité des rapports sexuels :

Les jeunes s'exposent à de graves risques liés essentiellement à la précocité des rapports sexuels. L'EDSBF-MICS 2010 estime l'âge médian des premiers rapports sexuels est à 17,2 ans pour les filles et 19,7 pour les garçons (20-24 ans). Près de la moitié des filles, et un peu plus d'un quart des garçons, de 15-19 ans ont déjà eu des rapports sexuels.

Selon les mêmes sources, plus d'un quart des jeunes filles de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde. A l'âge de 17 ans, une jeune fille sur cinq a déjà commencé sa vie féconde et à 20 ans cette proportion est de 59%. Une étude réalisée¹ sur les grossesses non désirées en milieu scolaire en 2013, a révélé qu'au cours de l'année scolaire 2011-2012, 1056 élèves du primaire et du post-primaire sont tombées en grossesses (dont 40 cas pour le primaire). Selon le tableau de bord de la santé de 2013, le nombre d'avortements enregistrés dans les formations sanitaires en 2013 est de 28 987 contre 26 518 en 2012, soit une hausse de 9,3%. Ce nombre en 2013 représente 3,7% des grossesses attendues. Les régions des Hauts-Bassins et du Centre enregistrent les plus grands nombres d'avortements avec respectivement 4 372 et 3 947 cas. L'ampleur des avortements clandestins est très importante car 34,0% des avortements seraient liés à des grossesses non désirées². Le faible accès aux services de santé conviviaux par les jeunes et adolescents, la faible utilisation des services de santé, les comportements sexuels à risque, l'insuffisance d'information et d'éducation complète appropriée en fonction de l'âge, les violences et transactions sexuelles, les tabous sexuels, l'influence des médias et des TIC, la démission de certains parents face à leurs responsabilités, la réticence de certaines religions à promouvoir les méthodes de contraception, la sous-information des jeunes et adolescents sur les questions de santé reproductive, et l'insuffisance de leur encadrement peuvent être entre autres des fondements des comportements de ces jeunes. Ce qui nécessite alors un renforcement des actions de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive à l'endroit des jeunes à tous les niveaux.

4.1.2 Le mariage précoce³

Selon le rapport de l'UNICEF (2014) « Cartographie et évaluation du système de protection de l'enfant au Burkina Faso », le mariage précoce est une violence qui touche les jeunes burkinabè, surtout dans les régions du Sahel et de l'Est. Les mariages précoces de la tranche d'âge des enfants de 12 à 14 ans touchent 1,6% de garçons et 2,5% de filles.

¹ CNLS-IST, ONUSIDA : Rapport GARPR 2015 du Burkina Faso

²Ministère de la santé : Tableau de bord de la santé de 2013

³UNICEF : Cartographie et évaluation du système de protection de l'enfant au Burkina Faso, rapport provisoire ; août 2014

En milieu rural, ce sont surtout les filles qui sont concernées (3% contre 1,7%) et en ville, les garçons (1,1% contre 0,9%). Ces mariages précoces touchent aussi les enfants de 15 à 19 ans dans des proportions de 3,6% pour les garçons et 35,5% pour les filles. Les filles sont plus touchées en milieu rural soit 43,7% et les garçons en milieu urbain soit 15, 1%.

Dans certaines régions, le mariage précoce est également forcé, notamment avec la pratique du rapt (enlèvement et séquestration d'une fille en vue du mariage).

Les mariages précoces ne sont pas sans conséquences pour les victimes. On peut retenir comme effets néfastes de cette pratique la déscolarisation, la mortalité maternelle, les fistules obstétricales, les conflits conjugaux, les migrations précoces, les violences physique, morale et psychologique.

4.1.3 L'usage des substances psycho actives (l'alcool, le tabac et la drogue)

Au Burkina Faso, la consommation d'alcool, du tabac et de la drogue par les jeunes constitue une réalité préoccupante. Concernant la consommation d'alcool entre 2003 et 2005, 29,2% d'individus âgés de 15 ans et plus étaient des consommateurs d'alcool (39,7% d'hommes et 18,81% de femmes)⁴. La prévalence de personnes consommant au moins 60 grammes d'alcool par jour était de 46,6% en 2010 au Burkina Faso; et le risque de décès attribuable à la cirrhose du foie était de 65,0% pour les hommes (58,7% pour les femmes) et aux accidents de la route de 12,0% pour les hommes (2,9% pour les femmes) en 2012⁵.

Le tabagisme, est l'une des principales causes de décès, de maladie et d'appauvrissement⁶. On note que 17,3% des élèves âgés de 13-15 ans consomment du tabac et 12,2% d'entre eux fument la cigarette⁷. En 2012, le pourcentage de jeunes filles et garçons dont l'âge est compris entre 13 et 15 ans, ayant couramment usé du tabac est respectivement de 11,5% et 22,6%. Pour les garçons et les filles de la même tranche d'âge ayant usé de la cigarette, leur pourcentage est respectivement de 11,9% et 2,0%. Par ailleurs, le tabagisme est responsable de problèmes de santé pour la mère et l'enfant pendant et après la grossesse, que ce soit de type actif ou passif. Du reste, les enfants d'un fumeur ont deux fois plus de risques de devenir eux-mêmes fumeurs que les enfants d'un non-fumeur.

Les facteurs qui favorisent la consommation du tabac chez les jeunes et les adolescents sont, entre autres, le tabagisme des parents, des personnes «modèles» (enseignants, sportifs, musiciens, leaders politiques) et des pairs⁸. Au Burkina Faso⁹, les principaux facteurs favorisant le tabagisme des élèves étaient:

- les conditions économiques: 64 % étaient issus d'un milieu économiquement favorable avec de l'argent de poche quotidien (100 %) et 1 moyen de déplacement (74,8 %);
- l'environnement des fumeurs: 72 % des fumeurs vivaient éloignés de leurs parents géniteurs, 46 % des élèves avaient fumé par imitation de l'entourage. Les lieux de prédilection pour la consommation de la cigarette étaient l'école (67,9 %);
- l'influence des médias: 80,8 % ont été entraînés dans le tabagisme par l'influence de la publicité.

Contrairement à l'alcool et au tabac, la consommation de la drogue n'avait pas atteint des proportions inquiétantes au Burkina Faso puisqu'elle se résumait à l'usage du cannabis et de certains comprimés de type

⁴ MS, Evaluation du Plan stratégique de santé des jeunes (2004-2008): processus de préparation, de mise en œuvre et recommandations (rapport final).

⁵ OMS, Burkina Faso. Alcohol consumption: Levels et patterns OMS, 2014: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/bfa.pdf?ua=1.

⁶ OMS, Burkina Faso. Alcohol consumption: Levels et patterns OMS, 2014: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/bfa.pdf?ua=1

⁷ MS, Evaluation du Plan stratégique de santé des jeunes (2004-2008): processus de préparation, de mise en œuvre et recommandations (rapport final).

⁸ MS, Plan stratégique national de lutte antitabac 2009-2013. Ministère de la santé, Burkina Faso, 2009:

⁹ Koueta F, et al, Facteurs favorisant le tabagisme des élèves à Ouagadougou (Burkina Faso). Revue des maladies respiratoires, 2009.

amphétaminique¹⁰. D'autres formes plus récentes d'usage de substances nocives (inhalation de colles, de solvants ou de diluants) ont été décrites. Actuellement, la consommation de la drogue est de plus en plus répandue chez les jeunes.

Les trois principales causes socio-affectives expliquant en partie la consommation de drogue par l'adolescent sont le sentiment d'abandon (consécutif au divorce des parents, ou associé à un délitement familial), la difficulté de trouver un sens à sa vie et à la vie en général et une volonté de transgression plus forte que l'interdit¹¹.

4.1.4 La situation des Mutilations génitales féminines

L'une des principales mutilations dont sont victimes les femmes et les filles au Burkina Faso est l'excision, une pratique traditionnelle néfaste qui contribue à la dégradation de la santé de la fille et de la femme. L'ampleur de cette pratique reste toujours très importante malgré le fait que beaucoup d'actions de lutte contre le fléau aient été développées en direction de diverses composantes de la population.

L'évaluation du PAN 2009-2013 de lutte contre les MGF en 2014 fait ressortir que la prévalence de l'excision chez les filles de 0 à 14 ans était de 3,0%. Les données de cette évaluation font ressortir également que la classe modale de l'âge de l'excision des filles est située entre 1 et 4 ans. A 5 ans, 78,9% sont déjà excisées et à 10 ans, elles sont 96,7% à avoir subi l'excision.¹² Cette excision est généralement faite pendant que l'enfant est toujours au sein, ce qui permettrait de mener l'acte de façon inaperçue.

La figure ci-dessous donne l'évolution de la prévalence de l'excision par région¹³.

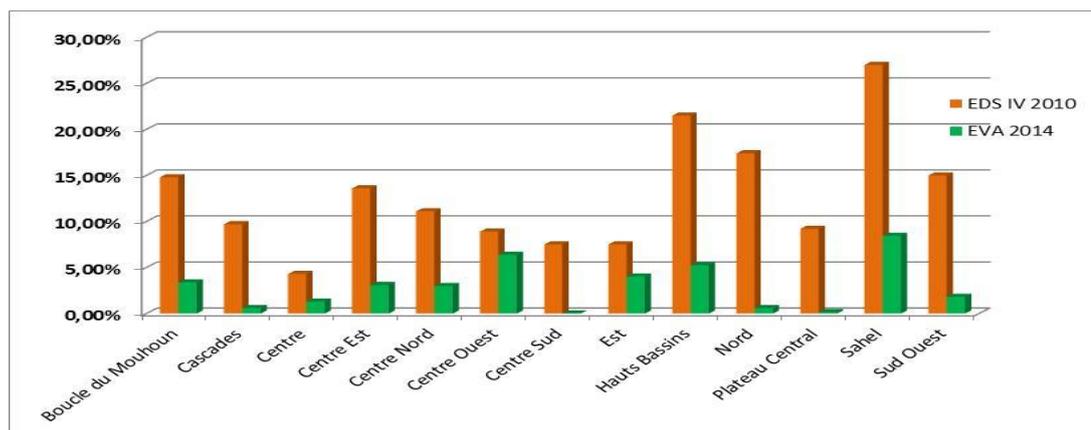


Figure 1 : Evolution de la prévalence de l'excision des filles -0-14ans) par région de 2010 à 2014

Il est ressorti de l'évaluation du PAN que la principale raison qui sous-tend la pratique de la religion est la coutume suivie de la religion. En plus de ces raisons relevées par les personnes enquêtées, d'autres éléments sont à prendre en compte notamment la faible maîtrise des zones de fortes prévalences de la pratique (forte hétérogénéité intra régionale) et, d'autre part, l'existence de possibilités de la pratique au-delà des frontières du Burkina Faso. Enfin le faible niveau d'instruction et d'alphabétisation reste un facteur majeur favorisant la pérennisation de la pratique.

¹⁰ MS, Evaluation du Plan stratégique de santé des jeunes (2004-2008): processus de préparation, de mise en œuvre et recommandations (rapport final).

¹¹ MS : Plan stratégique sante des adolescents et des jeunes 2016-2020 ; Version finale ; oct. 2015

¹² MASSN, Evaluation du plan d'actions national (2009-2013) de promotion de l'élimination des mutilations génitales féminines dans la perspective de la tolérance zéro. Rapport final, mai 2014.

¹³ **Source** : Evaluation du PAN (2009-2013) de promotion de l'élimination des mutilations génitales féminines et résultats EDS IV de 2010.

Les effets néfastes de l’excision sont entre autres l’atteinte à l’intégrité physique de la jeune fille pouvant altérer son bien-être physique, mental et social et les risques de traumatismes sur les plans médical et psychologique. Les filles de moins de 15 ans victimes de mutilations génitales représentent 13% et 1,4% peuvent subir des dommages irréversibles.

4.2 Les connaissances, attitudes et pratiques en matière de droits à la santé sexuelle et reproductives des adolescents et des jeunes

4.3.1 Les connaissances, attitudes et pratiques en matière des droits des adolescents et des jeunes

Les données collectées auprès des adolescents et des jeunes de 10 à 19 ans montrent qu’ils sont peu informés des droits en matière de SSR. En effet, moins de la moitié des enquêtés ont déclaré avoir entendu parler des droits des adolescents et des jeunes en matière de SSR. Au niveau régional, comme indiqué dans la figure 2, ces niveaux d’information varient de 18% dans la Centre Est à 41% dans le Centre Nord. Ainsi, les adolescents et les jeunes du Centre Nord sont plus informés que ceux du Sud-Ouest et ceux du Centre Est.

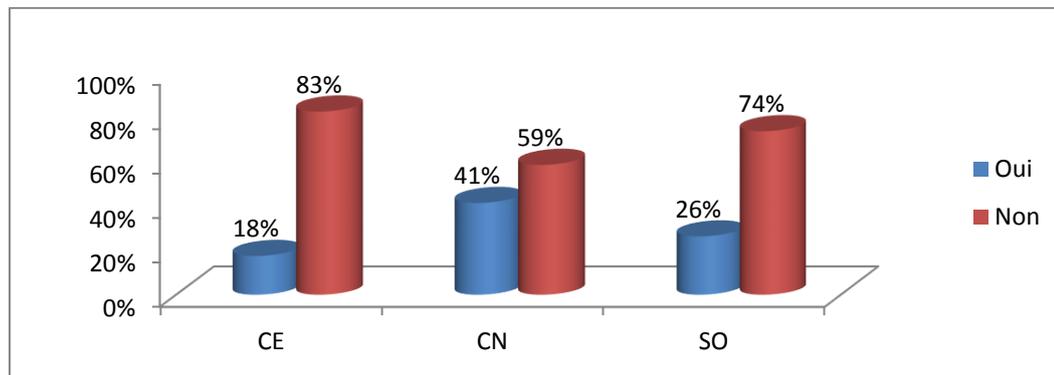


Figure 2 : Répartition des jeunes suivant qu’ils ont entendu ou non parlé des droits des jeunes en matière de SSR

Centre Est (province Kouritenga) **Centre Nord** (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) **Sud-Ouest** (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

Suivant la figure 3, les droits qui ont pu être cités sont dominés par le droit de choisir son futur (e) époux (se) suivi de la protection contre l’exploitation sexuelle puis contre les violences sexuelles.

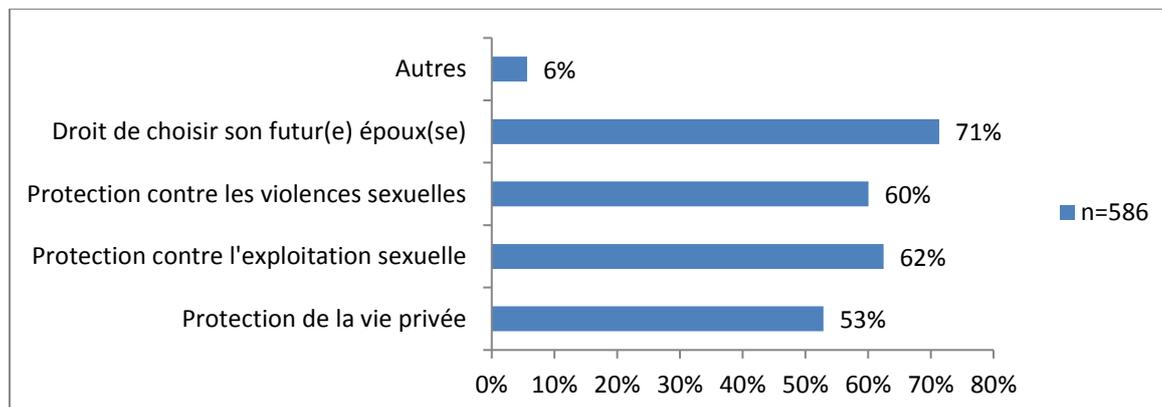


Figure 3 : Répartition des adolescents et des jeunes selon les droits cités

Selon les adolescents et les jeunes enquêtés (figure 4), les droits les moins respectés majoritairement sont la protection de la vie privée (35%) suivi du droit de choisir son futur époux (32%). La protection contre les violences sexuelles est le droit le moins cité (9%).

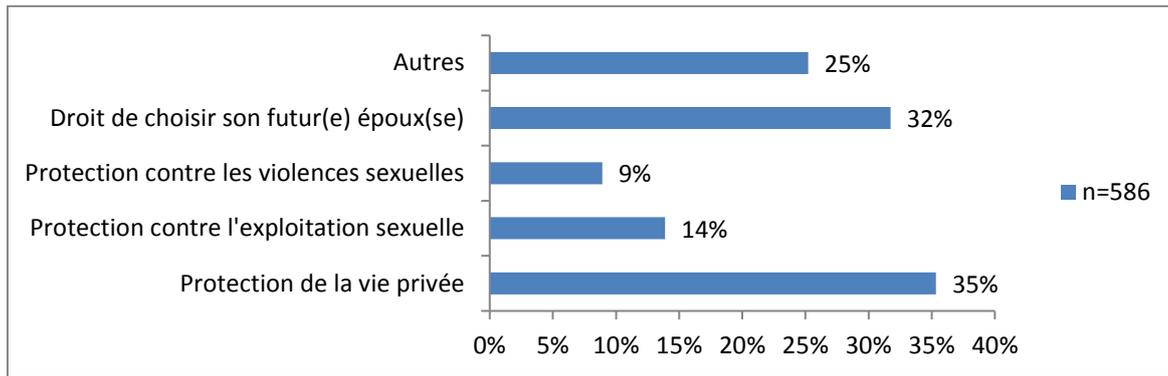


Figure 4: Répartition des adolescents et des jeunes selon les droits qu'ils estiment les moins respectés

Les attitudes par rapport à la circoncision se présentent ainsi qu'il suit : 82% des enquêtés déclarent qu'elle est plutôt une bonne chose. Dans le Centre Est ils sont 93% à le dire contre 91% dans le Centre Nord et 72% dans le Sud-Ouest. (Figure 5)

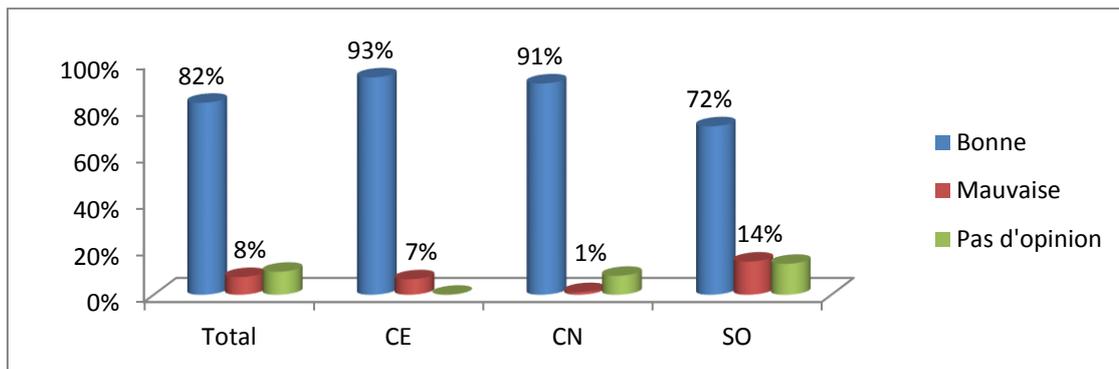


Figure 5 : Répartition des enquêtés selon ce qu'ils pensent de la circoncision (n=1546)

CE (province Kouritenga) CN (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) SO (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

En matière d'excision, la grande majorité des adolescents et des jeunes (88%) estime qu'elle est plutôt une mauvaise chose. Les adolescents et les jeunes de la région du Sud-Ouest sont les plus nombreux à le dire (93%), contre 87% dans le Centre Est et 83% dans le Centre Nord.

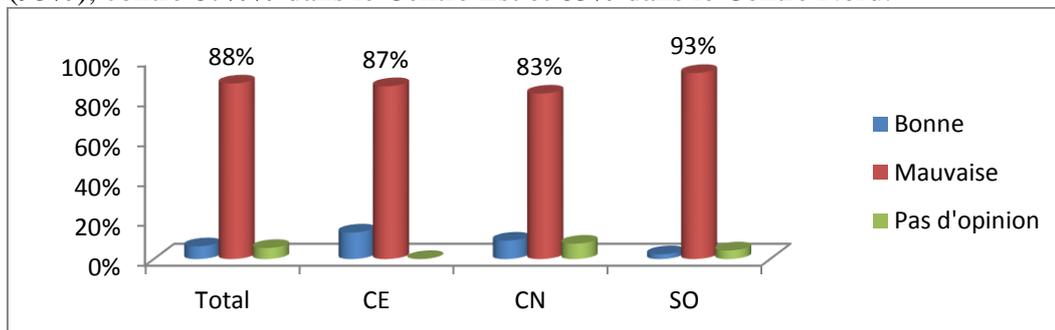


Figure 6: Répartition des enquêtés selon ce qu'ils pensent de l'excision (n=1546)

CE (province Kouritenga) CN (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) SO (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

L'appréhension des niveaux de connaissances des populations en rapport avec les droits des adolescents et des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive implique en premier lieu de savoir si elles estiment que les adolescents et les jeunes ont des droits en matière de santé sexuelles. Selon que l'on soit au Centre Est, au Centre Nord ou au Sud-Ouest, les différentes réponses sont indiquées dans la figure 7.

De façon générale, il est possible de dire que les populations ont une conscience claire du fait que les adolescents et les jeunes ont des droits en matière de SSR. De façon spécifique, on constate que c'est dans la région du Centre Est (90%) que les populations estiment le plus que les adolescents et les jeunes ont des droits en matière de SR par rapport aux 2 autres régions.

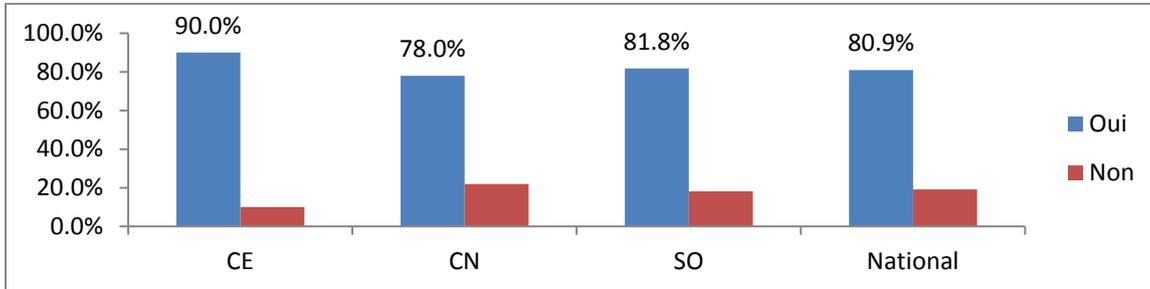


Figure 7: Répartition des parents selon qu'ils estiment ou non que les adolescents et les jeunes ont des droits en matière de SR (n=241)
 CE (province Kouritenga) CN (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) SO (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

Les constats faits sur l'âge du mariage des filles et des garçons montrent que pour la majorité des filles (73%), se marient entre 15 et 17 ans et celle des garçons (85,5%) à partir de 18 ans.

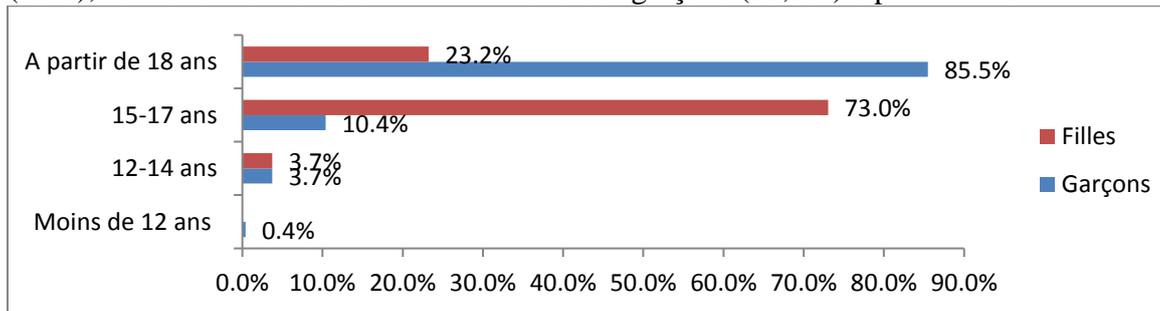


Figure 8: Répartition des enquêtés selon l'estimation qu'ils font de l'âge de mariage des filles et des garçons (n=241)

4.3.2 Les niveaux de connaissance sur les grossesses et leurs risques

L'appréhension des niveaux de connaissance, des attitudes et des pratiques des adolescents et des jeunes sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductives des adolescents et des jeunes (SSRAJ) aborde en premier lieu les questions relatives aux grossesses précoces et non désirées. En la matière, les enquêtés ont été interrogés sur leur connaissance de ce qu'est une grossesse ; la proportion de ceux qui connaissent la grossesse varient entre 61% dans la région du Centre Est à 97% dans le Sud-Ouest (figure 9).

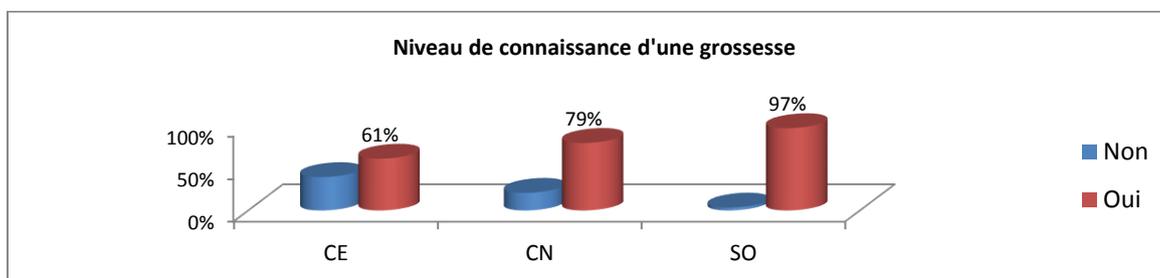


Figure 9: Niveau de connaissance d'une grossesse selon les régions
 CE (province Kouritenga) CN (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) SO (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

S’agissant de la manière dont on tombe enceinte, les réponses des enquêtés renvoient essentiellement aux rapports sexuels avec des variantes sur la protection de ces rapports. La figure 10 montre que dans les régions du Centre Nord et du Sud-Ouest on a sensiblement la même proportion de réponses (64%) contre 41% pour la région du Centre Est.

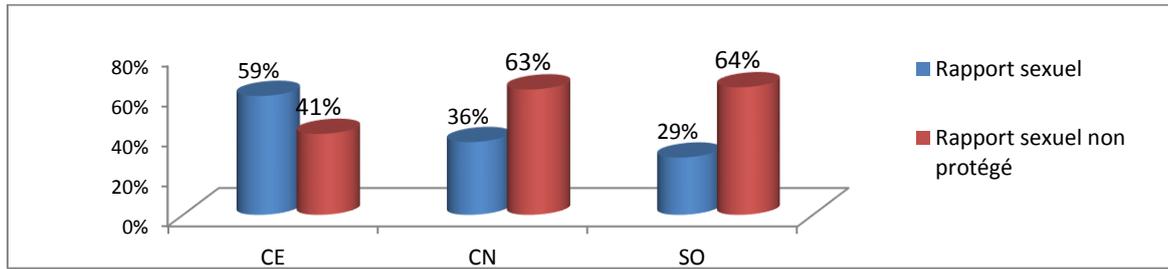


Figure 10: Répartition des jeunes selon le niveau de connaissance des voies/moyens pour contracter une grossesse
 CE (province Kouritenga) CN (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) SO (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

4.3.3 Les attitudes et pratiques en matière de grossesses et de leurs risques

En matière d’attitudes, il a été demandé aux adolescents et aux jeunes garçons ce qu’ils feraient en cas de grossesses dont ils sont l’auteur. La grande majorité déclarent qu’ils reconnaîtraient la grossesse (84%) contre 3% qui la refuseraient et 12% des enquêtés décideraient de ne pas engager une action spécifique face à une telle situation. Néanmoins, certains pensent à l’avortement même si c’est dans une faible proportion (1%). Figure 11

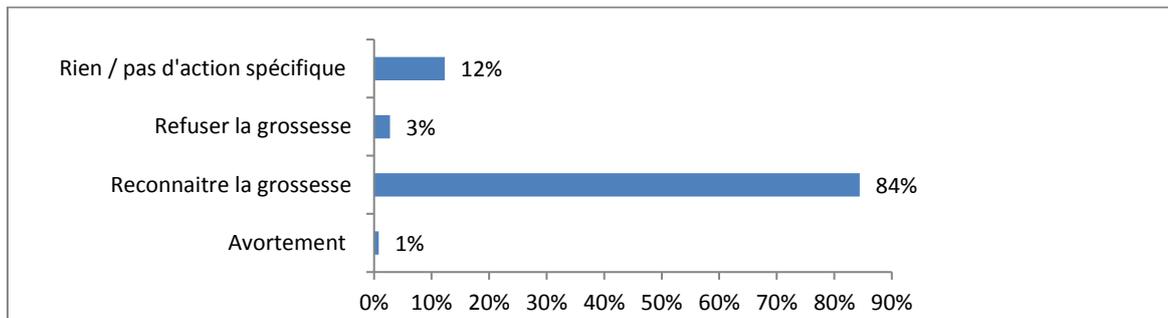


Figure 11: Répartition des jeunes selon les réactions possibles en cas de grossesse dont ils sont l'auteur (n=980)

Du côté des filles, la question est plutôt de savoir ce qu’elles feraient au cas où elles venaient à tomber enceintes. Ici les positions paraissent plus tranchées car suivant la figure 12, 98,06% des enquêtées disent se référer au centre de santé au cas où elles viendraient à tomber enceintes pour suivre les consultations prénatales (CPN), 6% environ décideraient de ne pas engager une action spécifique, 1% opérerait pour l’avortement.

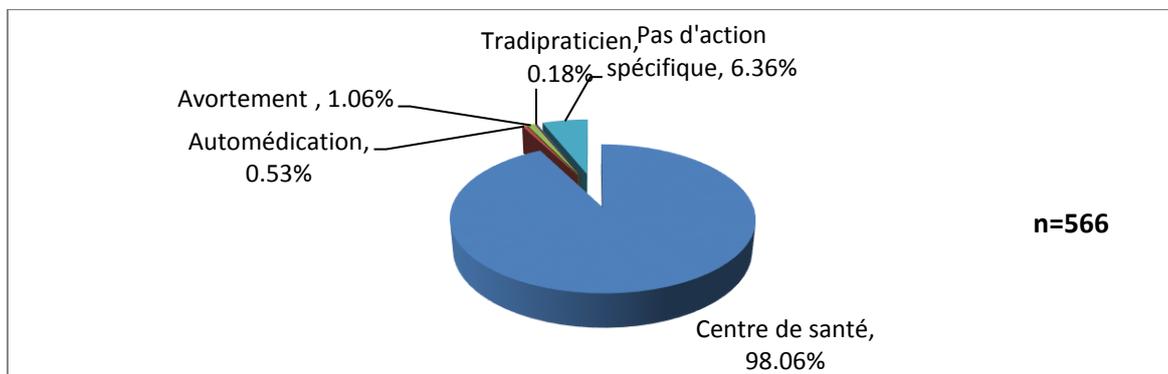


Figure 12: Réactions au cas où l'enquêtée contractait une grossesse

Au-delà des attitudes et pratiques vis-à-vis de soi, l'étude s'est intéressée aux attitudes et pratiques vis-à-vis des camarades. A la question donc de savoir ce que les enquêtés feraient si leurs camarades venaient à tomber enceintes, on constate que la majorité (84%) s'inscrit dans la logique du soutien de l'autre (Figure 13).

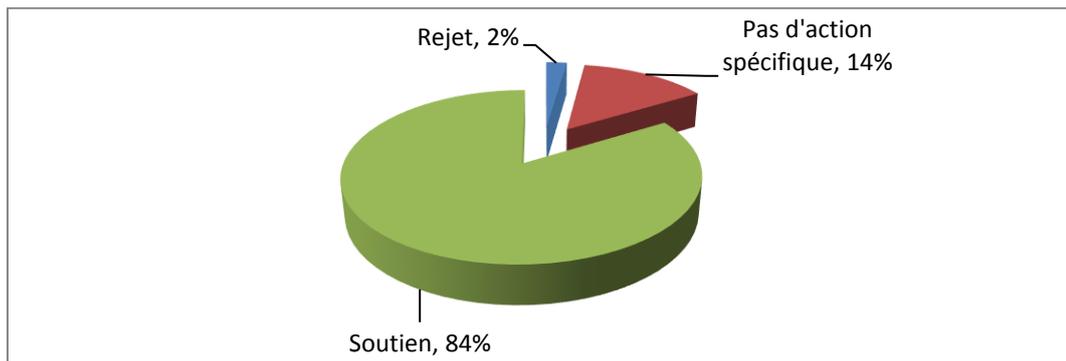


Figure 13: Répartition des enquêtés selon ce qu'ils feraient si une camarade prenait une grossesse (n=1546)

Dans le domaine des relations sexuelles, la répartition des enquêtés par région selon qu'ils aient déjà eu une relation sexuelle ou non donne la figure 14. On retient de ce graphique que 19% des enquêtés du Centre Est ont déjà eu une relation sexuelle contre 34% de ceux du Sud-Ouest et 40% au Centre Nord.

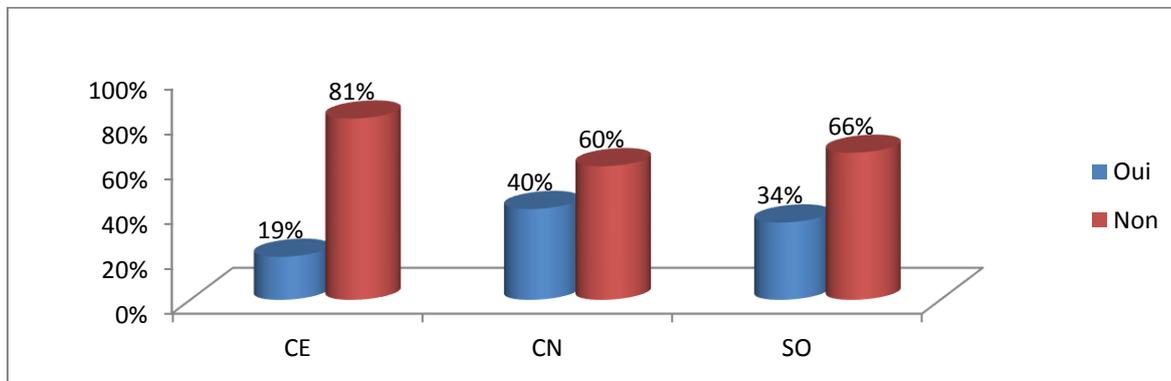


Figure 14: Répartition des enquêtés selon qu'ils aient déjà eu ou non une relation sexuelle (n=1546)

CE (province Kouritenga) CN (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) SO (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

L'âge au premier rapport est également un indicateur des comportements des adolescents et des jeunes en matière de sexualité. L'enquête fait ressortir qu'environ 36% des enquêtés déclarent avoir déjà eu une relation sexuelle. Ceux-ci se répartissent ainsi qu'il suit : 43,81% des filles et 31,02% des garçons. Sur le plan régional, ils sont 4,1% dans le Centre Est, 51,7% dans le Centre Nord et 44,2% dans le Sud-Ouest.

Suivant le sexe et l'âge comme indiqué dans le tableau 7, on note que 27% des filles ont leurs premiers rapports sexuels à 15 ans, contre 25% qui disent les avoir eu à 17 ans et 21,4% à 16 ans. En ce qui concerne les garçons, ils sont 29,4% à avoir eu leurs premiers rapports à 17 ans contre 18% qui les ont eus à 16 ans et 17% à 18 ans.

Sur 554 jeunes qui ont répondu à la question par rapport à l'âge au premier rapport sexuel, 55,23% (306) sont de sexe masculin contre 44,77% (248) de sexe féminin. Parmi les filles, la majorité (27,4%) a eu son premier rapport sexuel à l'âge de 15 ans. Cette proportion est de 29,4% chez les garçons pour lesquels cet âge est situé à 17 ans.

Parmi les filles qui ont déjà eu des rapports sexuels (43,81%), 12,1% étaient tombées enceintes.

Tableau 7 : Répartition des enquêtés selon l'âge du premier rapport (n=554)

Sexe	Age										Total
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
F	0 (0,0%)	01 (0,4%)	02 (0,8%)	04 (1,6%)	24 (9,7%)	68 (27,4%)	53 (21,4%)	62 (25,0%)	30 (12,1%)	04 (1,6%)	248
M	02 (0,7%)	01 (0,3%)	07 (2,3%)	07 (2,3%)	16 (5,2%)	62 (20,3%)	55 (18,0%)	90 (29,4%)	52 (17,0%)	14 (4,6%)	306

L'enquête a révélé également que 5,80% des enquêtés étaient mariés ; 41% d'entre eux se sont mariés à 17 et 18 ans, soit l'âge civile autorisée pour le mariage. Par contre il ressort que 3% de mariés l'ont été à 14 ans et 9% respectivement à 16 ans et à 19 ans (figure 15).

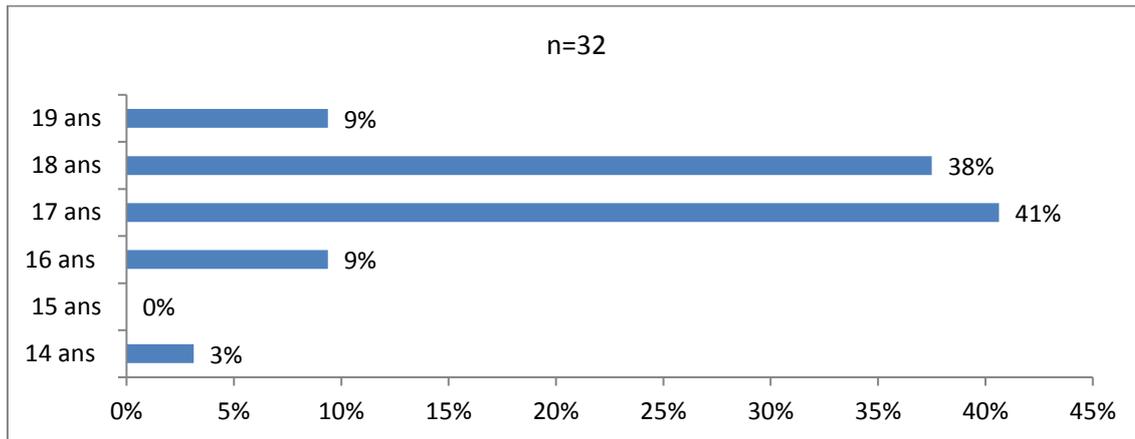


Figure 15: Répartition des enquêtés selon l'âge du mariage

S'agissant du comportement sexuel, 52% des enquêtés ont déclaré avoir eu d'autres partenaires. On constate à ce niveau que le multi partenariat dans les rapports sexuels est déjà assez pratiqué par les adolescents et les jeunes d'autant plus que la plus de la moitié de ceux qui ont déjà eu leurs rapports ont connu d'autres partenaires sexuels.

La répartition des adolescents et des jeunes qui ont eu plusieurs partenaires (figure 16) montre la grande majorité de ceux qui auraient eu plusieurs partenaire après leur premier rapport se retrouve dans la région du Sud-Ouest (71%) puis suivie de celle du Centre Est (62%).

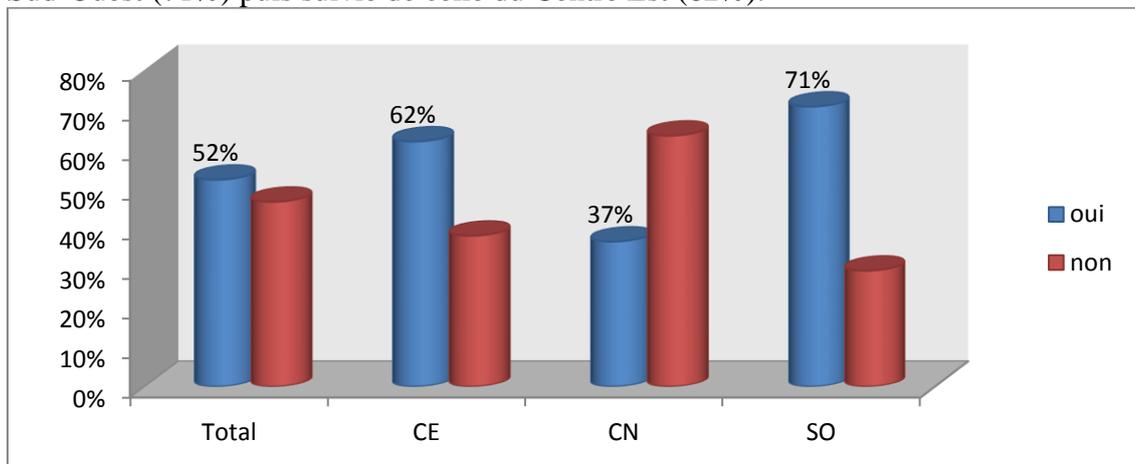


Figure 16: Répartition des enquêtés selon qu'ils aient eu plusieurs partenaires après les 1ers rapports sexuels

CE (province Kouritenga) CN (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) SO (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

Au niveau des populations, à la question de savoir ce que ferait chaque parent à l'annonce de la grossesse de sa fille adolescente ou jeune, les différentes attitudes possibles qui ont été relevées sont présentées dans la figure 17. On note que dans le Centre Est, tous les parents enquêtés déclarent assister leurs filles en grossesse jusqu'à l'accouchement. Dans le Sud-Ouest ils sont 80,2% à le déclarer, contre 11% qui disent ne plus s'occuper d'elle et 6,6% qui décideraient de la chasser de chez eux. Au niveau des trois régions, ce sont 83% des enquêtés qui décident de s'occuper de leurs filles en grossesse.

Au moment de l'accouchement, 95,6% des parents enquêtés déclarent orienter leurs filles vers le centre de santé.

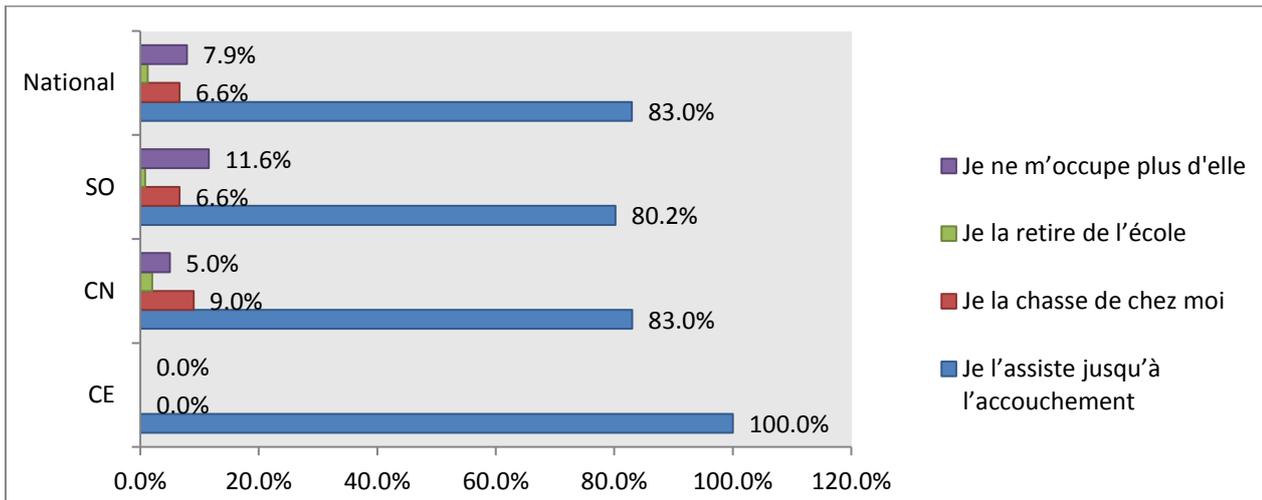


Figure 17: Répartition des populations par région selon les attitudes à l'égard des grossesses de leurs filles
 CE (province Kouritenga) CN (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) SO (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

4.3.4 Les niveaux de connaissance des méthodes modernes de contraception,

Dans le domaine de la contraception, les données renseignent que 72% des adolescents et jeunes enquêtés ont déclaré avoir entendu parler de la contraception. Au niveau régional, les données se présentent ainsi qu'il suit (figure 18). On observe que dans la région du Centre Est, la proportion de ceux qui ont entendu parler de la contraception est sensiblement inférieure à celle qui n'en ont pas entendu parler. Dans le Centre Nord et dans le Sud-Ouest, ceux qui ont entendu parler de la contraception sont à 78% et à 70%.

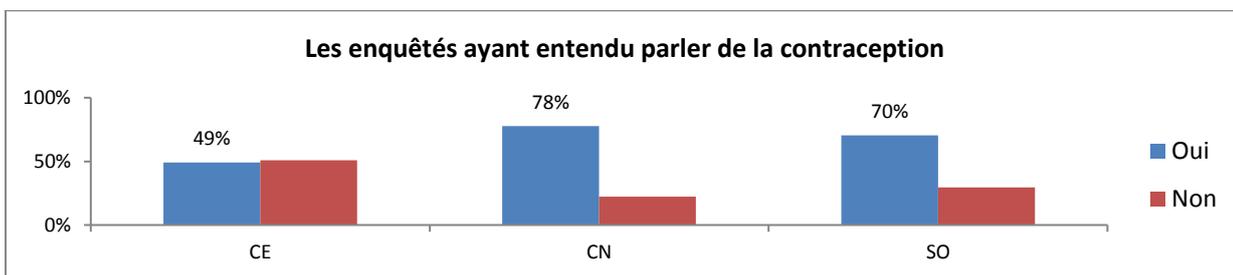


Figure 18: Répartition des enquêtés par région selon qu'ils aient entendu ou non parler de contraception

CE (province Kouritenga) CN (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) SO (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

Les méthodes modernes de contraception connues des adolescents et jeunes enquêtés sont essentiellement le préservatif (69%), suivis des pilules (45%) puis des injectables (23%). La méthode chirurgicale est la moins connue.

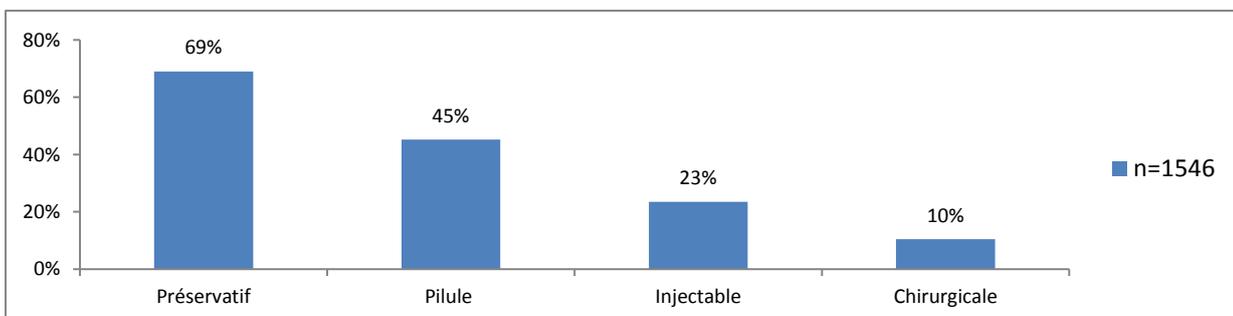


Figure 19: Répartition des enquêtés selon les méthodes modernes de contraception connues

4.3.5 Les attitudes et pratiques en matière de contraception

A la question de savoir par qui avez-vous entendu parler de la contraception, les propositions de réponses sont représentées dans la figure 20. On note que les amis (63%) et les camarades (39%) constituent les principaux canaux d'information des adolescents et des jeunes sur la contraception, suivis de la radio (34%) et de la télévision (23%). On constate également que les parents constituent le canal le moins utilisé pour s'informer sur la contraception.

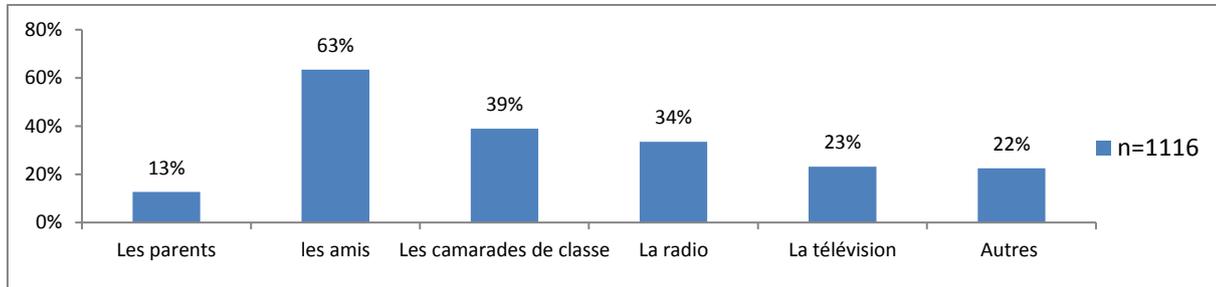


Figure 20: Les canaux d'information sur la contraception

L'enquête fait ressortir aussi que la grande majorité des parents enquêtés (93,8%) ont entendu parler de la contraception. Au niveau régional, on relève qu'au 100% des populations du Centre Est ont déclaré avoir entendu parler des méthodes contraceptives, suivies par celles du Centre Nord (99%) et celles du Sud-Ouest (93,80%). (Figure 21)

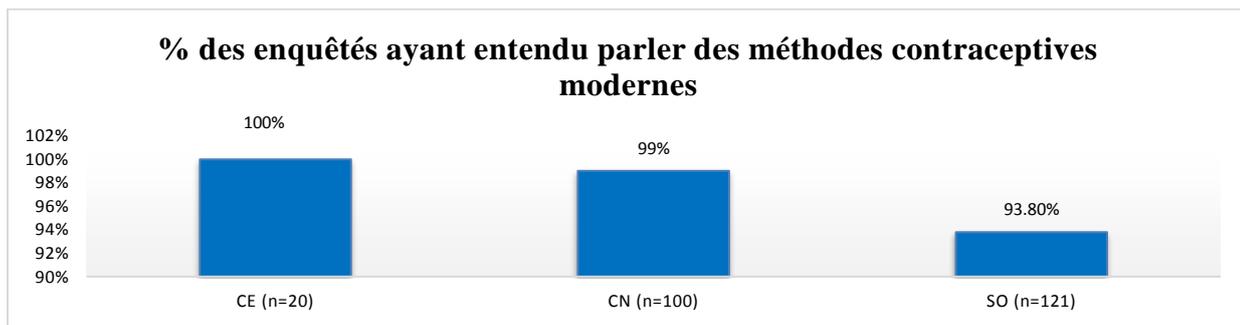


Figure 21: Proportion des parents enquêtés ayant entendu parler des méthodes modernes de contraception selon les régions Centre Est (province Kouritenga) Centre Nord (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) Sud-Ouest (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

Les niveaux de connaissance des méthodes contraceptives modernes paraissent relativement bien élevés au sein de la population. En effet, suivant la figure 22, le préservatif et la pilule sont connus par plus de 70% des parents enquêtés ; 55% connaissent les injectables et 27% citent la méthode chirurgicale. Ceux qui ont cité d'autres méthodes évoquent l'abstinence, la fidélité et le calcul du cycle menstruel.

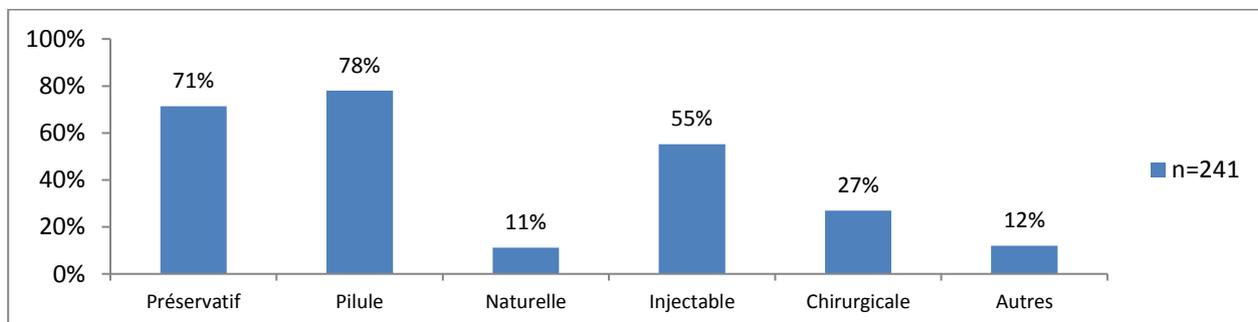


Figure 22: Répartition des enquêtés selon les méthodes modernes connues

Sur la question de la contraception, les populations ont des attitudes différentes quand il s'agit d'autoriser ou pas des méthodes contraceptives aux adolescents et jeunes. Ainsi à la question de savoir quelle méthode autorisez-vous aux garçons et aux filles, les données suivantes ont été collectées (figure 23). On relève principalement que le port du préservatif est autorisé aux garçons par 69% des enquêtés contre 51% qui l'autorisent aux filles. D'autre part, 23% des enquêtés déclarent ne rien autoriser aux filles contre 20% qui le disent pour les garçons.

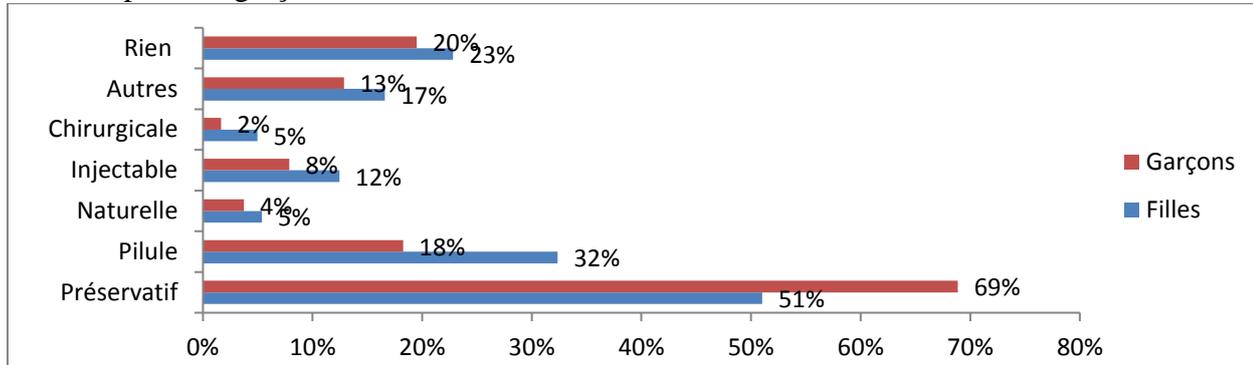


Figure 23: Répartition des enquêtés selon les méthodes autorisées aux filles et aux garçons

4.3.6 Les niveaux de connaissance sur les IST/VIH/SIDA / les moyens de prévention des IST et le SIDA

Les niveaux de connaissance sur les IST/VIH/Sida et des moyens de prévention sont mesurés à travers les indicateurs présentés dans les figures qui suivent.

Le premier élément à considérer est l'appréciation de l'importance du phénomène du VIH Sida par les enquêtés. Comme l'indique la figure 24, 30% sont d'accord que le sida constitue un véritable problème dans leurs localités. Ceux qui sont parfaitement d'accord représentent 13%. 35% des enquêtés sont sans opinion sur cette question.

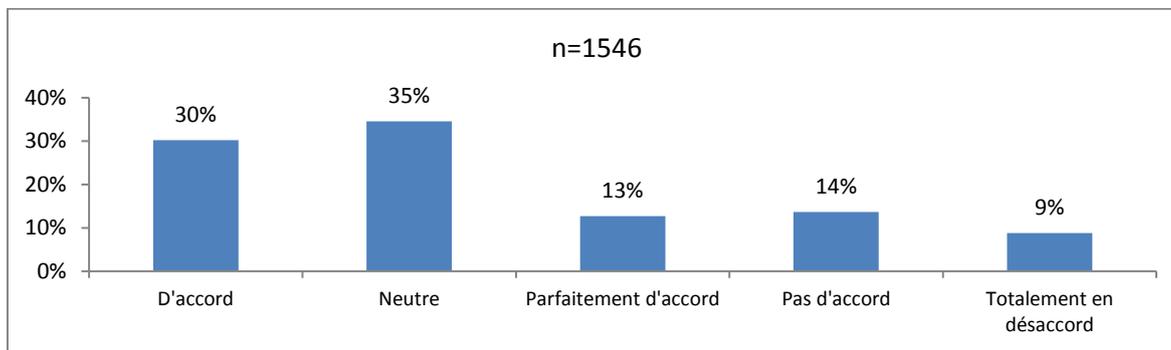
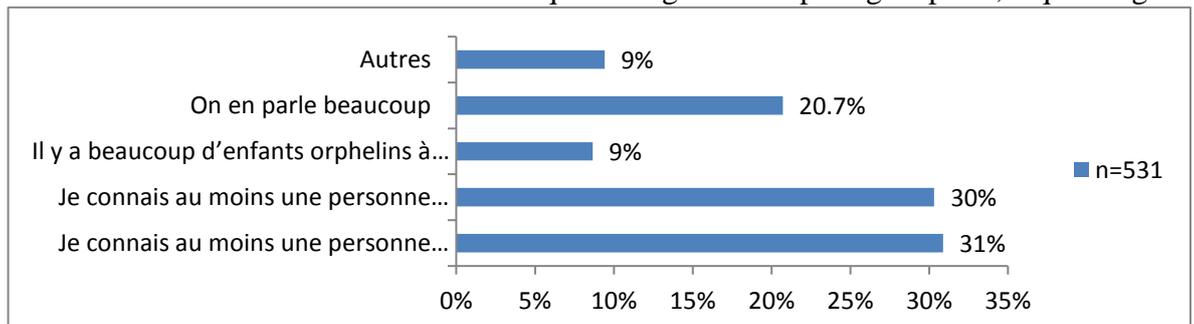


Figure 24: Répartition des enquêtés selon leurs perceptions de l'importance du VIH dans leurs localités

Pour les enquêtés qui se déclarent d'accord ou parfaitement d'accord que le sida constituent un véritable problème dans leurs localités, les motifs suivants avancés sont principalement la connaissance de personne affectée par la maladie. La figure 25 précise cela.

Les 9% qui avancent des raisons autres se réfèrent au fait que les « gens ne se protègent pas », « que les gens ne

connaissent pas leur statut sérologique » et « que les jeunes ont des relations



sexuelles avant le mariage ».

Figure 25: Répartition des jeunes enquêtés selon les raisons qui traduisent l'importance du VIH/Sida

A la question de savoir ce qui provoque le sida, les enquêtés dans leur majorité (71%) identifient les virus. Ceux qui ont répondu « Autres » précisent qu'il s'agit des relations sexuelles non protégées (9), l'infidélité (6) et les objets souillés (2). Une proportion non négligeable (28%) déclare ne pas avoir de réponse à ce sujet.

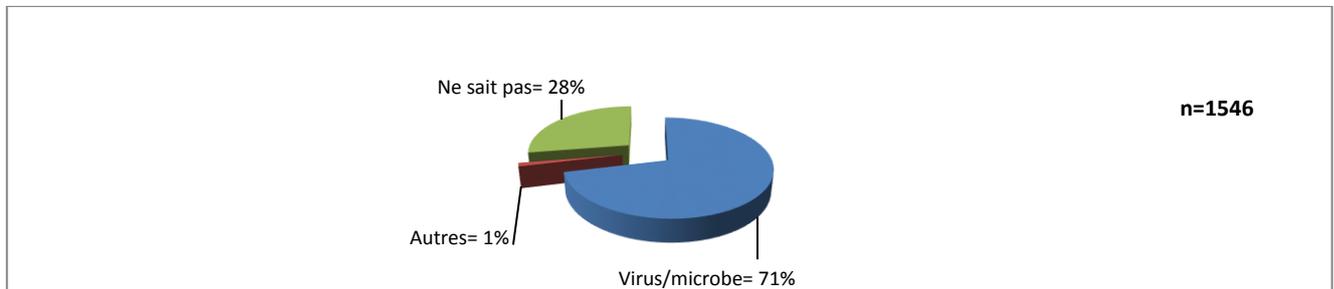


Figure 26: Répartition des enquêtés selon les causes du VIH/SIDA

Concernant les signes qui indiquent la manifestation de l'infection à VIH, les enquêtés ont cité plus la diarrhée, le résultat du test de dépistage suivi de l'amaigrissement (figure 28).

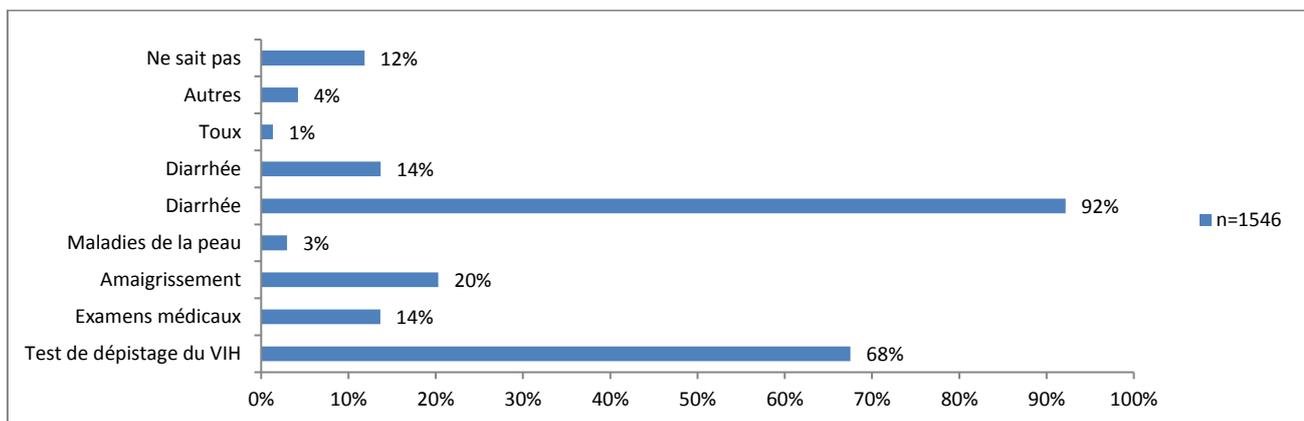


Figure 27: Répartition des enquêtés selon les signes qui permettent de reconnaître quelqu'un qui a sida

Au niveau des populations, l'étude révèle que dans le domaine des IST et du VIH/Sida, les niveaux de connaissance sont relativement avancés. On note en effet que pour la majorité des enquêtés, le sida constitue un problème suivant le tableau 8 qui suit :

Tableau 8: Répartition des enquêtés selon qu'ils pensent que le Sida est un problème dans leurs localités (n=241)

	Nombre	%
D'accord	88	36,5%
Neutre	53	22,0%
Parfaitement d'accord	71	29,5%
Pas d'accord	29	12,0%

La connaissance des modes de transmission du virus est assez bonne au niveau des populations. Parmi les canaux connus, 98% des enquêtés citent les relations sexuelles, 49% la transfusion sanguine et 46% la transmission via la mère et l'enfant. Les autres modes de transmission concernent les objets souillés par le sang.

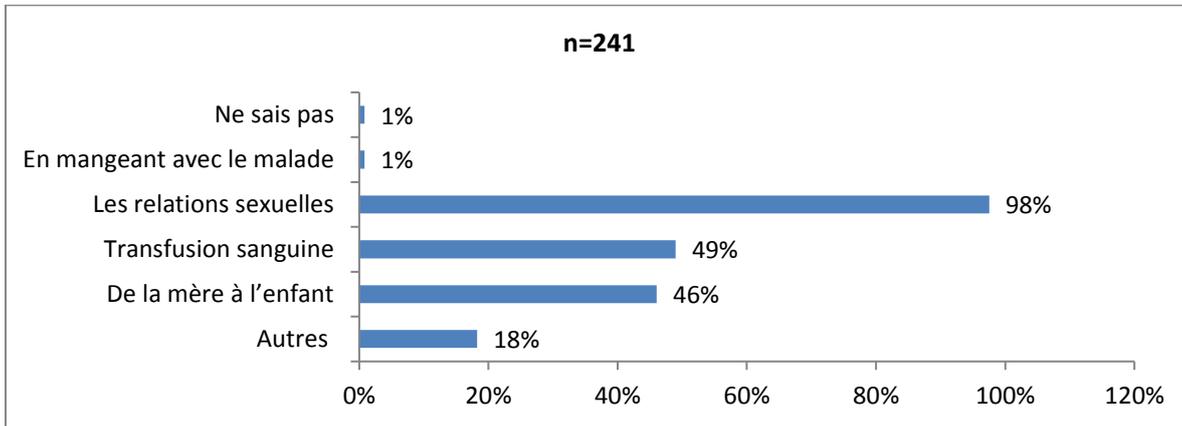


Figure 28: Répartition des enquêtés selon les modes de transmission du VIH cités

Les réponses apportées à la question des méthodes de protection contre le virus du VIH montrent également un bon niveau de connaissance sur le sida. Suivant la figure 30, la grande majorité des enquêtés connaissent les méthodes valides contre le VIH/Sida.

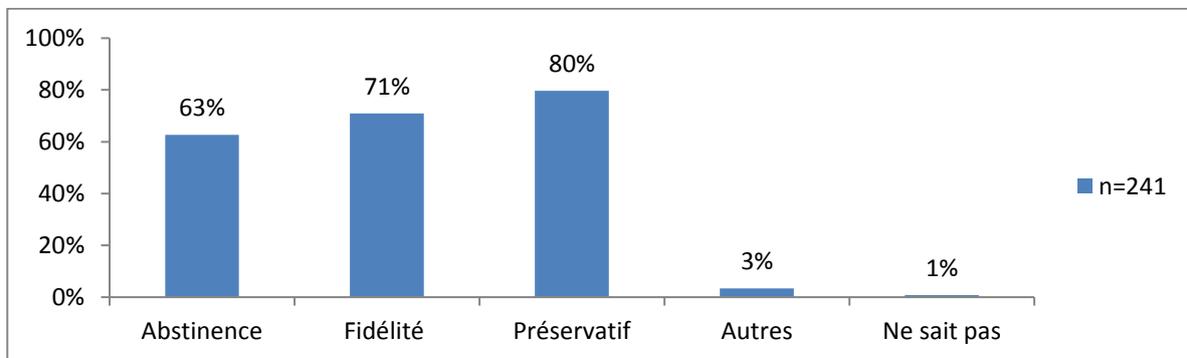


Figure 29: Répartition des enquêtés selon les méthodes de protection contre le VIH

4.3.7 Les attitudes et pratiques par rapport aux IST/VIH/SIDA

Au niveau des populations, à la question de savoir si l'enquêté a déjà fait le test du VIH, 73,4% ont déclaré l'avoir fait.

La répartition des enquêtés qui n'ont pas fait le test selon les raisons avancées est indiquée dans la figure 31. Le principal motif est le fait de ne pas avoir de raisons pour faire le test suivi de l'état de santé du moment.

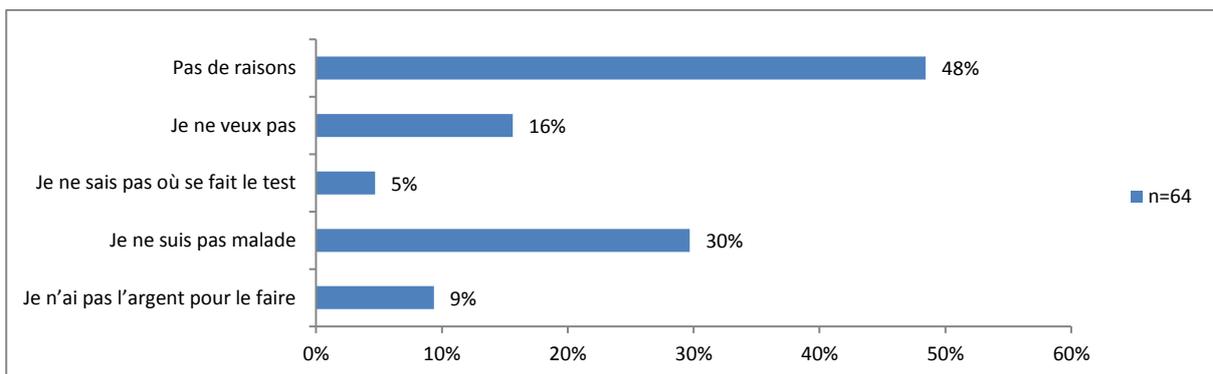


Figure 30: Répartition des enquêtés qui n'ont pas fait le test selon les raisons avancées

Les bons niveaux de connaissance sur le VIH et ses processus s'expliqueraient par le fait qu'une grande majorité des populations enquêtés (71%) déclarent avoir déjà participé à une séance de sensibilisation sur le VIH/Sida.

En ce qui concerne spécifiquement les IST, 85% des enquêtés déclarent en avoir déjà entendu parlées. Les signes d'IST qui sont cités sont représentés dans la figure 32 qui suit.

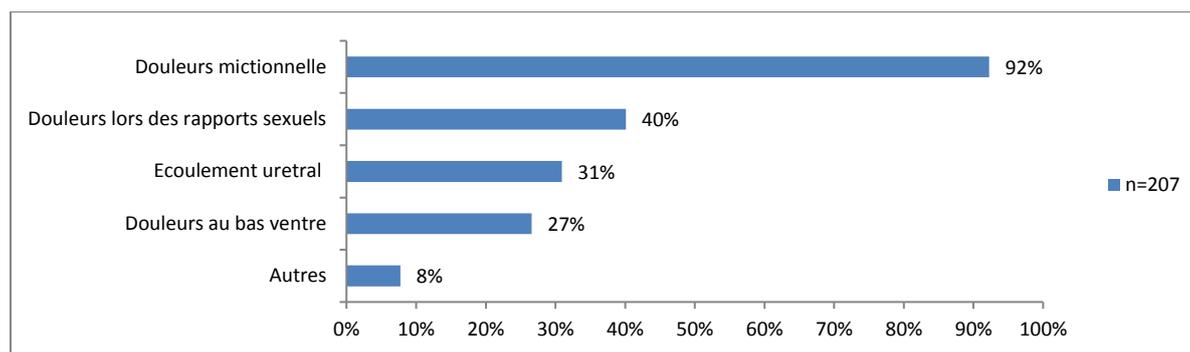


Figure 31: Répartition des enquêtés ayant entendu parler des IST selon les signes d'IST cités

A la question de savoir s'il existe des médicaments contre le VIH/Sida, la répartition des enquêtés suivant les réponses (tableau 9) se présente comme suit : 25% des répondants pensent que des médicaments existent en ce sens.

Tableau 9: Répartition des enquêtés selon l'existence de médicaments contre le VIH/Sida

	Région			Total
	Centre-Est	Centre-Nord	Sud-Ouest	
Non	10 (50,0%)	80 (80,0%)	92 (76,0%)	182
Oui	10 (50,0%)	20 (20,0%)	29 (24,0%)	59
Total	20	100	121	241

Centre Est (province Kouritenga) Centre Nord (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) Sud-Ouest (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

Lorsque l'on s'intéresse à l'existence de médicaments contre les IST, on constate que parmi les enquêtés qui ont déjà entendu parler des IST (205), 196 enquêtés, soit 95,6%, déclarent qu'il existe des médicaments contre ces IST.

4.3.8 L'existence de centres d'écoute pour jeunes

En ce qui concerne les centres d'écoutes pour jeunes, l'enquête révèle qu'ils ne sont pas très répandus. En effet, c'est au Centre Nord que 19% des enquêtés déclarent que des centres d'écoutes pour jeunes fonctionnels existent dans leurs localités contre 18% dans le Centre Est et 10% dans le Sud-Ouest.

Tableau 10: Répartition des enquêtés selon qu'il existe ou non un centre d'écoute fonctionnel dans leurs localités

	Centre-Est	Centre-Nord	Sud-Ouest
Non	98 (82%)	575 (81%)	644 (90%)
Oui	22 (18%)	137 (19%)	70 (10%)
Totaux	120	712	714

Centre Est (province Kouritenga) Centre Nord (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) Sud-Ouest (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

Ces centres semblent moins fréquentés. En effet, parmi ceux qui déclarent que des centres fonctionnels existent dans leurs localités (229), seuls 60 disent les fréquenter, soit environ 26%.

La fréquence de fréquentation des centres est illustrée dans le tableau 11 ci-dessous. Les adolescents et les jeunes enquêtés déclarent dans leur majorité fréquenter les centres une fois par mois (29/60).

Tableau 11: Répartition des enquêtés selon la fréquence de fréquentation des centres d'écoute

	Région			Total
	Centre-Est	Centre-Nord	Sud-Ouest	
Plusieurs fois par mois	0	3	5	8
Une fois dans l'année	0	5	5	10
Une fois par mois	1	17	11	29
Une fois par trimestre	0	9	4	13
Total	1	34	25	60

Centre Est (province Kouritenga) Centre Nord (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) Sud-Ouest (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

On note que 84% de ceux qui fréquentent les centres d'écoute se déclarent satisfaits de ces centres.

4.3.9 La consommation des drogues, de l'alcool et du tabac

La consommation des stupéfiants de façon générale et du tabac de façon spécifique apparaît pour les enquêtés plutôt comme une mauvaise chose. Dans la région du Centre Est l'ensemble des enquêtés le déclare, 98% dans le Centre Nord et 95% dans le Sud-Ouest. Il en est de même de la consommation de la drogue.

Dans la pratique, 199 des adolescents et jeunes enquêtés ont déclaré fumer la cigarette, soit 13%.

En matière de consommation drogue, les données révèlent que la pratique est très peu répandue. Seuls 4 jeunes dans le Centre Est et 2 dans le Sud-Ouest se déclarent consommateurs.

Par contre dans le cas de la consommation d'alcool, on note un plus grand engouement des adolescents et des jeunes. C'est ce qui apparaît dans le tableau 12 qui suit. Seule dans la région du Centre Nord, moins de 20% des jeunes ont consommé de l'alcool.

Tableau 12: Répartition des enquêtés selon qu'ils consomment ou non l'alcool

Consomme l'alcool	Centre-Est	Centre-Nord	Sud-Ouest	Total
Non	79 (65,8%)	596 (83,7%)	384 (53,8%)	1059 (68,11%)
Oui	41 (34,2%)	116 (16,3%)	330 (46,2%)	487(31,50%)

Centre Est (province Kouritenga) Centre Nord (province Bam, province Namentenga, province Sanmentenga) Sud-Ouest (province Bougouriba, province Poni, province Nounbiel, province Ioba)

L'enquête montre enfin que les adolescents et les jeunes enquêtés ont une grande propension à la fréquentation des débits de boisson. 9% des enquêtés ont déclaré en effet fréquenter les bars dancing et 73% fréquentent les buvettes.

4.4 Les propositions pour permettre d'élaborer des stratégies appropriées d'IEC

Les propositions pour permettre d'élaborer des stratégies appropriées d'IEC correspondent aux conditions à réunir pour identifier des stratégies efficaces en matière de SSRAJ. En la matière, la mission de l'étude de base propose les mesures suivantes.

i) Plan international Burkina Faso doit adopter une démarche de participation active dans l'élaboration du plan d'action opérationnel de CCC : Il s'agira à ce niveau de faire des adolescents / jeunes et des communautés les véritables acteurs de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel. A ce sujet, l'analyse de situation a mis en relief le fait que la présence d'une pluralité d'acteurs de la société civile intervenant dans la SR constitue une opportunité sur laquelle le projet pourra se fonder. Le projet devra donc mettre à profit la concertation avec les partenaires intervenant dans le domaine de la SSR pour accéder à des stratégies spécifiques qui ciblent les contextes locaux.

ii) Il y a la nécessité de mettre en adéquation les cibles à couvrir et les stratégies à adopter : le constat qui est fait de l'analyse de la formulation du projet est que celui-ci se donne une pluralité de cibles, notamment les adolescents et jeunes scolarisés, les jeunes en situation d'apprentissage, les enfants de la rues, les marchands

ambulants et les enfants en situation de handicap. La pluralité des cibles nécessite que des stratégies spécifiques d'IEC soient adoptées pour garantir l'efficacité des interventions.

iii) Mettre en place une équipe pluridisciplinaire pour les questions de SSRJ : la mise en œuvre du projet en général et l'identification de stratégies d'IEC nécessite la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire qui favorise une compréhension globale des problématiques liées à la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents. La triangulation de diverses compétences dans le domaine de la protection des droits des adolescents et des jeunes permet un meilleur ciblage des interventions et des stratégies qui les accompagnent.

4.5 Les potentialités et les contraintes liées aux Droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (DSRAJ) dans les zones d'intervention du projet

4.5.1 Les potentialités ou atouts

L'analyse des données collectées permettent de mettre en relief un certain nombre de facteurs qui se présentent comme des opportunités dans le contexte de la mise en œuvre du projet « Eliminer les obstacles aux droits à la santé sexuelle et reproductive des enfants et des jeunes dans les zones d'intervention de Plan International Burkina Faso ». Ces facteurs sont les suivants :

- vii) La disponibilité des ressources humaines qualifiées
L'une des principales opportunités qui est relevée par les acteurs est la disponibilité des ressources humaines. La question des droits des adolescents en général et en matière de santé sexuelle et reproductive en particulier a mis en inter relations des acteurs et des partenaires de l'Etat qui ont profité de cette opportunité pour renforcer leurs compétences. Le projet intervient donc dans un contexte où tous ces acteurs sont formés et susceptible d'apporter leur contribution dans la mise en œuvre du projet.
- viii) Le consensus autour de la pertinence de la problématique des droits en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes
A la disponibilité des ressources humaines qualifiées s'ajoute le fait que l'ensemble des acteurs rencontrés reconnaissent que la problématique des droits des adolescents et des jeunes en matière de SSR est toujours d'actualité. Les adolescents et les jeunes voient leurs droits remis en cause d'un certain nombre de facteurs qui tiennent au contexte culturel, social et économiques. Il y a donc concordance entre la pertinence du projet et le consensus sur le fait que la question sur les droits en matière de SSR est également pertinente.
- ix) La pluralité des partenaires (ONG, OSC) intervenants dans le domaine de SSRAJ
L'enquête de terrain a révélé que dans les zones d'intervention de Plan International Burkina Faso, et particulièrement les régions du Centre Nord et du Sud-Ouest, il y a une diversité d'acteurs intervenant dans le domaine de la SSR. Dans le Sud-Ouest par exemple, on note la présence de l'UNFPA, la GIZ et HEALTH-FOCUS, l'AEJTB, le RAJS, l'Association Vie Solidaire. Dans le Centre Nord il y a l'UNICEF, Save the Children, OCDES, l'AEJTB, le RAJS et plusieurs OSC. Ceci constitue une opportunité que le projet pourra utiliser pour non seulement assoir les bonnes stratégies mais aussi développer des protocoles de partenariats dans la mise en œuvre des actions.
- x) L'engagement des jeunes dans la stratégie des paires éducateurs et la présence des clubs scolaires
Sur le terrain les acteurs rencontrés dans les OSC (RAJS, AEJTB, Centres d'écoute) ont manifesté un vif intérêt pour les interventions liées à la protection des droits des adolescents et des jeunes à la santé sexuelle et reproductive. A priori de telles interventions relèvent de leurs prérogatives. Aussi le renforcement de leurs capacités permettrait de faire de leur engagement dans la lutte contre les obstacles à la réalisation des droits

des adolescents et des jeunes non seulement un atout mais aussi une opportunité le développement de partenariats.

4.5.2 Les contraintes

i) La complexité de la maîtrise de la cible jeune en matière d'intervention : « *l'Etat doit revoir sa politique en matière de jeunes. Les choses évoluent vite au niveau des jeunes ; c'est une cible très dynamique et variable entre le formel et l'informel* » Leader communautaire. Cette situation a pour conséquence l'insuffisance d'interventions ciblées (scolaire, non scolaire, enfant démuné indigent...)

ii) On note également une insuffisance de coordination des interventions à l'endroit des jeunes dans un contexte de pluralité des partenaires. Chaque partenaire accède à sa cible de façon cloisonnée, ce qui ne facilite pas une mutualisation des ressources ou une coordination des interventions.

iii) La persistance des mariages précoces des filles, des grossesses non désirées et de la migration des jeunes, surtout les garçons.

4.6 L'évaluation de la prise en compte des cinq (5) normes DCCE,

La vision de Plan International Burkina Faso est celle d'un monde dans lequel tous les enfants réalisent leur plein potentiel dans des sociétés respectueuses des droits et la dignité des personnes. L'approche du Développement Communautaire Centré sur l'Enfant (DCCE) est la matérialisation de cette vision de Plan international du développement. Le DCCE est une approche basée sur les droits, qui ne se limite pas à un secteur technique de développement, elle ne se campe pas non plus sur des notions idéologiques ni religieuses.

L'analyse de la cohérence du projet avec l'approche Développement Communautaire Centré sur l'Enfant de Plan vise à apprécier dans quelle mesure le projet tel que formulé prend en compte les 5 normes DCCE. L'approche prend en compte le fait que pour obtenir des changements significatifs dans la vie des enfants, il faut un changement social, politique, économique et culturel à tous les niveaux, allant au-delà du niveau communautaire pour couvrir le niveau national. Les points qui suivent analysent le niveau de prise en compte des cinq normes du DCCE que sont :

- la collaboration avec les enfants et les communautés ;
- la lutte contre l'exclusion et l'inégalité du genre ;
- l'engagement vis-à-vis de la société civile ;
- l'influence sur le Gouvernement ;
- le renforcement de la responsabilité de Plan International Burkina Faso ;

L'analyse s'intéresse également à la prise en compte de l'égalité des sexes. L'évaluation du niveau de prise en compte de chaque norme va du degré 1 au degré 4. La figure suivante fait la synthèse du niveau de prise en compte des normes du DCCE dans la formulation du projet.

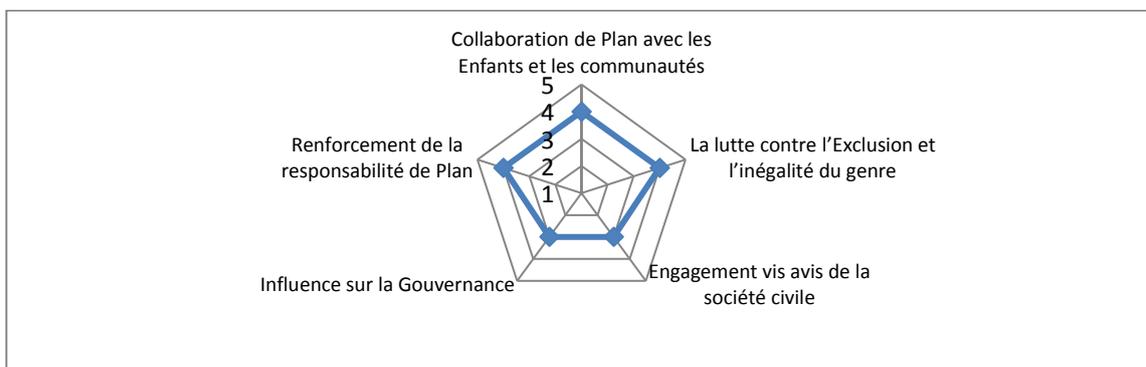


Figure 32: Synthèse de l'appréciation de la prise en compte des normes DCCE dans la formulation du projet

Le graphique ci-dessus montre que selon la matrice des standards opérationnels de la DCCE, la prise en compte de la première norme « **collaboration avec les Enfants & les Communauté** » dans la formulation du projet est au degré 4 : « *Plan apporte un soutien à long terme aux groupes d'enfants et aux groupes communautaires pour collaborer avec les autres afin d'influencer les autorités pour opérer d'importants changements* ». En effet le projet prévoit le renforcement des capacités des bénéficiaires retenus, l'équipement des structures et la conception / mise en œuvre d'un « un plan opérationnel de CCC pour les adolescents, leurs familles, les communautés et les porteurs d'obligations (autorités administratives locales) et les prestataires de services ». Le renforcement de capacités s'inscrit dans la logique de fournir les compétences nécessaires à une bonne participation et à une bonne collaboration autour de l'atteindre des résultats attendus.

Outre les activités de renforcement des activités, Plan International Burkina Faso garantit la participation des enfants à travers d'une part les clubs scolaires et les groupes de bases qui seront également formés et d'autre part à travers l'identification et la formation des paires éducateurs.

Au niveau de la seconde norme, « **la lutte contre l'Exclusion et l'inégalité du genre** », la prise en compte dans le projet est au degré 4 : « *Plan International fournit une assistance à long terme aux organisations de la société civile et au gouvernement pour s'attaquer aux causes premières de l'exclusion et de l'inégalité du genre (en changeant les lois par exemple ou les pratiques sociales)* ».

L'analyse des bénéficiaires directs et indirects du projet montre que le projet intègre la question de la lutte contre l'exclusion. Les bénéficiaires directs sont constitués en premier lieu des filles et des garçons de 10 à 19 ans, vivant dans les zones d'intervention de Plan International Burkina Faso sans distinction de catégories ou de groupes spécifiques. Il s'agit en effet des filles et garçons scolarisés, des enfants de la rue, des enfants en situation d'apprentissage et des vendeurs et vendeuses ambulants. En plus de ces groupes d'individus. La prise en compte des organisations de la société civile intervenant en facteur de ces groupes est un gage non seulement de leur représentativité mais également de la prise en compte des intérêts et des spécificités de ces groupes.

La lutte contre l'inégalité du genre est prise en compte d'une part à travers la question de l'inclusion ci-dessus analysée et d'autre part à travers le premier résultat attendu « au niveau individuel les adolescents et les jeunes auront adopté des comportements à moindre risque, c'est-à-dire l'abstinence des rapports sexuelles, le port du préservatif en cas de rapport sexuel et la fidélité ou l'utilisation d'autres méthodes contraceptives adaptées ».

Au niveau de la norme « **prise en compte de l'engagement vis-à-vis de la Société Civile** » la prise en compte dans le projet est au degré 3 : « *Plan International développe des partenariats à long terme avec les organisations de la société civile travaillant sur les droits des enfants, y compris le renforcement de leur capacité* »

La description des cibles du projet montre que Plan International Burkina Faso s'inscrit dans le principe de la prise en compte de l'engagement vis-à-vis de la société civile. Il est prévu en effet d'inclure parmi les bénéficiaires directs 50 membres de la société civile (10 membres de la société civile par PU).

Les actions qui engagent la Société Civile sont décrites dans le résultat 3. Elles mettent l'accent sur le renforcement des capacités, le plaidoyer et les appuis aux organisations de la Société Civile (OSC). Tout ceci dénote de l'implication de la Société Civile dans la mise en œuvre du projet.

La prise en compte de « **l'influence de Plan sur le Gouvernement** » est au degré 3. En effet le projet prend en compte la norme à travers la prise en compte dans les bénéficiaires non seulement les titulaires de droits (adolescents et jeunes de 10 à 19 ans) mais également les porteurs d'obligations, notamment les institutions étatiques, les représentants de l'Etat, les collectivités territoriales) qui constituent dans une large mesure les responsables de l'application de la loi. A ceux-ci s'ajoutent ceux définis comme porteurs secondaires d'obligations (notamment les personnes s'occupant d'enfants, les enseignants, les gardiens et la société civile).

Mais il n'est pas prévu des indicateurs d'effet ou d'impact. C'est dire que le projet ne se donne pas pour ambition de provoquer des effets et de mesurer ces effets à partir d'un environnement institutionnel qu'il a amélioré pour une meilleure redevabilité des acteurs étatiques et de la société civile dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (au niveau national).

Quant à la prise en compte du « **renforcement de la Responsabilité de Plan** », le graphique ci-dessus montre qu'elle est au degré 4 « *Plan International adapte régulièrement notre travail en fonction des demandes des enfants, des membres communautaires et des partenaires* ». En effet, l'existence du présent projet consécutive à une mobilisation de ressources conséquentes est un indicateur pertinent de la prise en compte du principe du renforcement de la responsabilité de Plan. Le projet est également une opportunité pour Plan International Burkina Faso de réaliser son engagement à œuvrer avec les enfants pour réclamer leurs droits, pour apporter un appui aux garants des droits afin de les aider à tenir leur engagement sur ces revendications, et à les amener à rendre compte.

V. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

5.1 Conclusions

L'analyse des connaissances, attitudes et comportements des adolescents et jeunes de 10 à 19 ans et des populations en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes aboutit à un certain nombre de constats majeurs à prendre en compte dans la formulation des recommandations.

En ce qui concerne les niveaux de connaissances, les attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes en matière de SSR, le constat majeur est que les adolescents et les jeunes ont une connaissance relativement large des grossesses et de leurs mécanismes, voir leurs risques. Malgré ce niveau de connaissance, les adolescents et les jeunes ont des relations sexuelles précoces.

Le constat est fait également que la contraception en général et les méthodes contraceptives en particulier sont bien connues des adolescents et des jeunes. Il est à retenir tout de même que c'est à travers les amis et les camarades de classe plutôt que les parents que les adolescents et les jeunes reçoivent l'information sur la contraception.

Dans le domaine des IST/VIH-SIDA, on note que les connaissances des adolescents et des jeunes sont relativement avancées. En effet la grande majorité (71%) sait que le Sida est une maladie provoquée par un virus et que le moyen de le savoir est la réalisation du test (68%).

Au sujet des centres d'écoute pour jeunes, on retient qu'ils ne sont pas très développés dans les zones d'intervention de Plan International Burkina Faso.

Enfin, l'analyse fait ressortir que la consommation des drogues n'est pas encore très répandue. La consommation de la cigarette est sensiblement perceptible et la consommation de l'alcool très développée. L'analyse de la cohérence du projet avec l'approche DCCE fait ressortir que le projet plutôt très cohérent avec les cinq principes DCCE eu égard à la diversité des cibles d'adolescents et de jeunes pris en compte, aux niveaux d'implication des organisations de la société civile tels que décrits, aux actions entreprises

envers les détenteurs d'obligation et à l'engagement de Plan. Ce sont les actions entreprises envers les détenteurs d'obligation qui présentent une certaine faiblesse d'autant plus qu'elles ne font de place à la prise d'engagement de ces détenteurs d'obligation envers les détenteurs de droits.

5.2 Recommandations

Les analyses faites ci-dessus dans le corps du rapport permettent de formuler des recommandations à plusieurs niveaux, notamment i) au niveau des connaissances, attitudes des adolescents et des jeunes et des populations, ii) au niveau de la cohérence du projet avec l'approche DCCE et iii) au niveau de la formulation du projet lui-même. Ces recommandations sont adressées à l'Etat du Burkina Faso, à Plan International Burkina Faso et au projet dans la mesure où ce dernier n'est qu'à sa phase de lancement.

5.2.1 Recommandation à l'Etat du Burkina Faso

L'étude a révélé une diversité des cibles notamment les jeunes, une diversité de leurs contextes et une diversité des enjeux liées à ces jeunes. Il est donc recommandé à l'Etat d'élaborer une politique en matière de jeunes qui prenne en compte la diversité des statuts (scolaire, non scolaire, enfant de la rue).

5.2.2 Recommandation à Plan Burkina Faso et au projet

→ au niveau des connaissances, attitudes des adolescents et des jeunes et des populations

- a) Au regard de la précocité des premiers rapports sexuels chez les adolescents et les jeunes, il est recommandé que le projet développe un volet de mise à disposition de préservatifs dans les centres d'écoute pour jeunes. La distribution de ces intrants sera l'occasion de renforcer l'éducation sexuelle des cibles visées par le projet. L'étude a révélé qu'en matière de SSRAJ les jeunes avaient l'information à travers les amis et les camarades de classe, ce qui démontre que l'éducation sexuelle n'est finalement pas assurée par les parents.
- b) L'étude a révélé qu'une grande proportion des adolescents et jeunes enquêtés avait la propension non seulement de consommer de l'alcool mais aussi de fréquenter les bars et buvettes. La mission de l'étude recommande que le projet soit saisi comme une opportunité pour mettre en relief l'incompatibilité de la cohabitation des établissements scolaires avec les débits de boissons. Les actions de plaidoyer auprès des détenteurs d'obligations doivent déboucher dans la mise en œuvre du projet sur l'aboutissement d'engagements visant à éloigner les débits de boissons des centres scolaires.

→ au niveau de la cohérence du projet avec l'approche DCCE

- a) Pour une plus grande prise en compte de l'approche DCCE dans la mise en œuvre du projet, la mission recommande au projet d'adopter une démarche participative dans l'élaboration des plans d'action opérationnels d'IEC CCC pour les stratégies retenues prennent en compte les spécificités de chaque zone d'intervention de Plan International Burkina Faso. Il s'agira à ce niveau de faire des adolescents / jeunes et des communautés les véritables acteurs de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel.
- b) La participation des enfants implique également qu'au-delà de la formation des clubs scolaires, l'identification et la formation des paires éducations, des responsabilités spécifiques de ces acteurs dans la mise en œuvre du projet soient formulées. Cela n'est pas spécifiquement mentionné dans le cadre logique du projet.

→ au niveau de la formulation du projet lui-même

- a) Au regard du constat fait sur la pluralité des cibles à couvrir et de leur complexité et au regard des stratégies d'IEC à élaborer, il est recommandé à Plan International Burkina Faso de mettre en place une équipe pluridisciplinaire chargée de la mise en œuvre du projet en général et du traitement des questions liées à la SSRAJ en particulier.

Il pourrait s'agir d'un médecin de santé publique, d'un spécialiste en communication et d'un spécialiste en sciences humaines. Cette équipe favorisera la compréhension globale des problématiques liées à la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents à toutes les phases du projet susceptible de créer une bonne synergie des interventions. La triangulation de diverses compétences dans le domaine de la protection des droits des adolescents et des jeunes permet en effet un meilleur ciblage des interventions et des stratégies qui les accompagnent.

- b) L'analyse du cadre de mesure des résultats et la détermination du niveau initial des indicateurs ont permis de relever le fait qu'il n'y a pas une concordance entre les cibles bénéficiaires directes du projet (10-19 ans) et les 20-24 ans, cibles pour les quelles des indicateurs sont prévus. La mission recommande à Plan International Burkina Faso d'axer la mesure des résultats sur les cibles prioritaires du projet pour plus de cohérence et d'efficacité.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Appréciation de la prise en compte des normes DCCE

Évaluation globale à remplir par l'évaluateur (échelle : 1- pauvre, 3- moyenne, 5- excellent)	1	2	3	4	5
Dans quelle mesure le programme/projet est-il conforme aux aspects clés de l'approche DCCE de Plan International ?				4	
<p>Commentaires : Les activités retenues pour atteindre les résultats couvrent les domaines du renforcement des capacités des bénéficiaires retenus, l'équipement des structures et la conception / mise en œuvre d'un « un plan opérationnel de CCC pour les adolescents, leurs familles, les communautés et les porteurs d'obligations (autorités administratives locales) et les prestataires de services ». Le renforcement de capacités s'inscrit dans la logique de fournir les compétences nécessaires à une bonne participation et à une bonne collaboration autour de l'atteindre des résultats attendus.</p> <p>Plan garantit également la participation des enfants à travers d'une part les clubs scolaires et les groupes de bases qui seront également formés et d'autre part à travers l'identification et la formation des paires éducateurs</p> <p>La lutte contre l'inégalité du genre est prise en compte d'une part à travers la question de l'inclusion ci-dessus analysée et d'autre part à travers le premier résultat attendu « au niveau individuel les adolescents et les jeunes auront adopté des comportements à moindre risque, c'est-à-dire l'abstinence des rapports sexuelles, le port du préservatif en cas de rapport sexuel et la fidélité ou l'utilisation d'autres méthodes contraceptives adaptées »</p> <p>La description des cibles du projet montre que Plan s'inscrit dans le principe de la prise en compte de l'engagement vis-à-vis de la société civile. Il est prévu en effet inclure parmi les bénéficiaires directs 50 membres de la société civile (10 membres de la société civile par PU). Enfin la Société Civile figure en bonne place parmi les porteurs secondaires d'obligations qui sont les bénéficiaires indirects du projet.</p> <p>Les actions qui engagent la Société Civile sont décrites dans le résultat 3. Elles mettent l'accent sur le renforcement des capacités, le plaidoyer et les appuis aux organisations de la Société Civile (OSC). Tout ceci dénote de l'implication de la Société Civile dans la mise en œuvre du projet.</p> <p>L'analyse des bénéficiaires directs et indirects du projet montre que le projet intègre la question de la lutte contre l'exclusion. Les bénéficiaires directs sont constitués en premier lieu des filles et des garçons de 10 à 19 ans, vivant dans les zones d'intervention de Plan International Burkina sans distinction de catégories ou de groupes spécifiques. Il s'agit en effet des filles et garçons scolarisés, des enfants de la rue, des enfants en situation d'apprentissage et des vendeurs et vendeuses ambulants. En plus de ces groupes d'individus. La prise en compte des organisations de la société civile intervenant en facteur de ces groupes est un gage non seulement de leur représentativité mais également de la prise en compte des intérêts et des spécificités de ces groupes</p> <p>Le projet prend en compte l'approche DCCE dans sa norme « influence de Plan sur le Gouvernement à travers la prise en compte dans les bénéficiaires non seulement les titulaires de droits (adolescents et jeunes de 10 à 19 ans) mais également les porteurs d'obligations, notamment les institutions étatiques, les représentants de l'Etat, les collectivités territoriales) qui constituent dans une large mesure les responsables de l'application de la loi. A ceux-ci s'ajoutent ceux définis comme porteurs secondaires d'obligations (notamment les personnes s'occupant d'enfants, les enseignants, les gardiens et la société civile).</p>					
Dans quelle mesure le programme/projet est-il conforme à la stratégie locale de Plan International (Plan stratégique national/ approches ou stratégies régionales pertinentes) ?	1	2	3	4	5
<p>Commentaires :</p> <p>Le projet tel que formulé s'inscrit dans l'axe stratégique 1 du Cadre stratégique pays de 2016-2020. C'est dire qu'il est conforme à la stratégie locale de Plan International. Par ailleurs le Ministère de la Santé du Burkina Faso a élaboré une politique et normes en matière de santé de la reproduction qui décrit les orientations adoptées en la matière. L'on retient de ce document que « Le but visé par la politique en matière de SR est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être des populations dans la perspective d'un développement humain durable »¹⁴. Le projet apparaît donc conforme à la stratégie locale de plan et à la politique nationale en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes</p>					

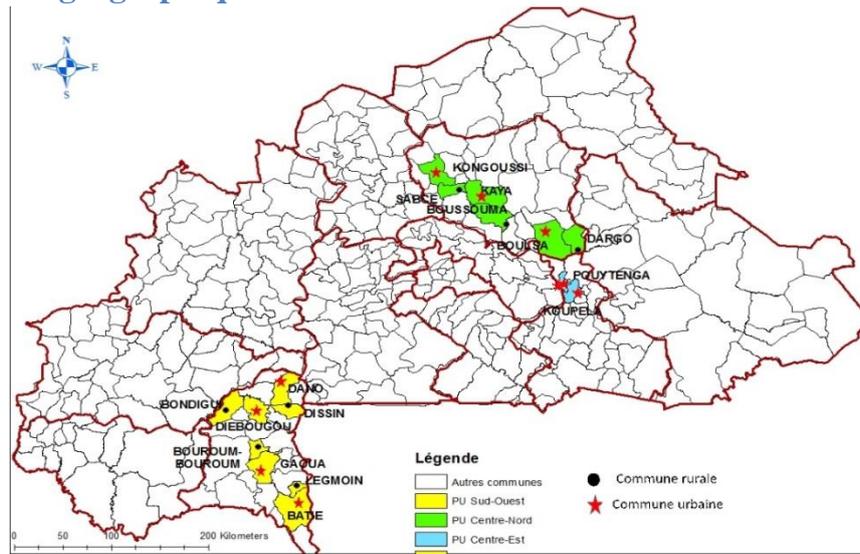
Annexe 2 : Liste des personnes interviewées

Nom	Prénom	Structure	Localité
BOUDA	Théodore	ABBEF	Koupéla
OUANGRE	S Hamed	AJPOD/RAJS	Koupéla
WANGRE		Action Sociale	Koupéla

¹⁴ Ministère de la santé, Politique et normes en matière de santé de la reproduction, mai 2010.

OUATTARA	Mahama	Action Sociale	Koupéla
KABORE	Michel	Action Sociale	Kaya
KIEMDE	Christian	Action Sociale	Kaya
SAWADOGO	Mélène	AJETB	Kaya
IMA	Moussa	AJETB	Kaya
SAWADOGO	Thimoté	RAJS	Kaya
SAWADOGO	Moussa	Centre d'écoute	Kaya
SAWADOGO	Daniel	RAJS	Kaya
NANEMA	Vincent	District de Santé	Diébougou
SOMDA	Yves	RAJS	Diébougou
SOME	Luc	RAJS	Diébougou
OUATTARA	Apollinaire Winô	AJTB	Diébougou
BAZIOMO	Mathieu	Action Sociale	Diébougou
PALE	Stella Madeleine	Parlement des Enfants	Diébougou
BAKAYOGO	Brahima	Action Sociale	Dano
SAWADOGO	Alassane	Action Sociale	Dano
OUEDRAOGO	Adama	Action Sociale	Dano
KAMBOULE	Jean François	District de Santé	Dano
Mme GUERE/ SANON	Josiane	District de Santé	Dano
DABIRE	Léandre	RAJS	Dano
DABIRE	Frédéric	AJTB	Dano

Annexe 3 : Situation géographique des zones couvertes



Annexe 4 : Bibliographie

1. Bioforce, Projet d'Appui à la Santé Maternelle et Infantile dans les Régions des Hauts-Bassins et des Cascades : Document de projet
2. CNLS-IST, ONUSIDA : Rapport GARPR 2015 du Burkina Faso
3. CNLS-IST, CSLS 2016-2020 ; document provisoire 2 ; Janvier 2016.
4. DSF Rapport annuel PTME/VIH 2009
5. DSF Rapport annuel PTME/VIH 2010
6. DSF Rapport annuel PTME/VIH 2011
7. DSF Rapport annuel PTME/VIH 2012
8. DSF Rapport annuel PTME/VIH 2013
9. DSF Rapport annuel PTME/VIH 2014
10. DSF : Rapport d'évaluation finale du programme national 2006-2010 de PTME/VIH
11. DSF : Rapport annuel de 2014 du Programme de PTME/VIH
12. Guiella (Georges), Woog (Vanessa), 2007. Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso : résultats d'une enquête nationale en 2004. The Allan Guttmacher Institute, Occasional Report, n° 21, New York, 152 p.
13. INSD : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010, avril 2012
14. INSD : Recensement général de la population et de l'habitation 2006
15. INSD : Enquête Démographique et de Santé, 1998.
16. Koueta F, et al., Facteurs favorisant le tabagisme des élèves à Ouagadougou (Burkina Faso). Revue des maladies respiratoires, 2009.
17. Ministère de la santé : Tableau de bord de la santé de 2013
18. MS, Evaluation du Plan stratégique de santé des jeunes (2004-2008): processus de préparation, de mise en œuvre et recommandations (rapport final).
19. MS, Plan stratégique national de lutte antitabac 2009-2013. Ministère de la santé, Burkina Faso, 2009:
20. MS, Evaluation du Plan stratégique de santé des jeunes (2004-2008): processus de préparation, de mise en œuvre et recommandations (rapport final).
21. OMS, Burkina Faso. Alcohol consumption: Levels et patterns OMS, 2014.
22. Rapport Séro-surveillance 2013
23. UNICEF : Cartographie et évaluation du système de protection de l'enfant au Burkina Faso, rapport provisoire ; août 2014
24. UNICEF 2012, Rapport sur le statut des adolescents et des jeunes en ASS-

Annexe 5 : Termes de références

I. CONTEXTE DE L'ETUDE DE BASE

Le projet intitulé **BFA0315 : « Eliminer les obstacles aux droits à la santé de promotion des droits à la santé sexuelle et reproductive des enfants et des jeunes dans les zones d'intervention de Plan Burkina »** est une réponse appropriée aux difficultés pour la réalisation des droits des jeunes et des adolescents à la santé sexuelle et reproductives au Burkina Faso.

La santé doit être comprise conformément à la définition de l'OMS à savoir : « un état de bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité ». La « santé des jeunes au Burkina est constituée des tranches d'âge de 6 à 24 ans tant du milieu scolaire et universitaire que du secteur informel, des travailleurs ou chômeurs ».

Dans le cadre de sa collaboration avec Plan International Burkina Faso, Plan International Suède (SNO) a obtenu en faveur de ce pays, le financement de l'Agence Suédoise de Développement International (ASDI) pour la mise en œuvre de programmes liés à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes pour les 40 mois prochains. C'est dans ce cadre que le projet : **« Eliminer les obstacles aux droits à la santé de promotion des droits à la santé sexuelle et reproductive des enfants et des jeunes dans les zones d'intervention de Plan Burkina »** a été financé.

Le droit à la santé sexuelle et de la reproduction désigne un ensemble de droits composé du droit à l'information, droit à des bons services de santé, droit à la protection contre les abus et exploitation sexuels, droit du choix de son mari/épouse, droit à la prise de décision concernant l'âge du mariage et des relations sexuelles, droit à la liberté de reproduction et droit à la vie privée et la confidentialité.

Le projet, en réduisant les conséquences sanitaires et sociales des grossesses précoces chez les adolescentes, va faciliter la réalisation de toute leur potentialité économique et éducationnelle dans la mesure où les grossesses précoces conduisent généralement aux abandons scolaires. Se préserver des grossesses précoces et non désirées va donc permettre aux filles d'avoir une éducation de qualité leur permettant plus tard d'accéder aux opportunités d'emplois décentes pour une meilleure autonomisation.

Les cibles primaires du projet vivent dans les zones d'intervention de Plan International Burkina Faso et bénéficieront de renforcement de capacités pour mettre en œuvre les stratégies du projet auprès des cibles secondaires. Il s'agit de:

- Les filles et garçons de 10 à 19 ans, vivant dans les zones d'intervention de Plan International Burkina: 500 pairs éducateurs de clubs scolaires (10 clubs scolaires par Unité de Programme ou PU);
- 50 enseignants encadreurs de clubs scolaires
- 10 conseillers de la ligne verte
- 10 encadreurs de groupe de base (2 groupes de base par PU)
- Un encadreur de groupe spécifique par région (1 groupe spécifique par région)
- 100 agents de santé (20 agents de santé par PU)
- 200 membres de groupes de soutien (8 membres de groupes de soutien par PU)
- 50 membres de la société civile (10 membres de la société civile par PU)

Le présent projet sera mis en œuvre de Janvier 2015 à juin 2018. Le but de ce projet est de contribuer à réduire de 5% la prévalence des grossesses précoces et non désirées chez les adolescents et les jeunes.

Pour atteindre ce but, les actions seront centrées sur le niveau individuel, communautaire et institutionnel pour obtenir les résultats ci-dessous (suivants) :

- **premier résultat:** au niveau individuel les adolescents et les jeunes auront adopté des comportements à moindre risque, c'est-à-dire l'abstinence des rapports sexuelles, le port du préservatif en cas de rapport sexuel et la fidélité ou l'utilisation d'autres méthodes contraceptives adaptées.
- **deuxième résultat :** au niveau institutionnel (services de santé et les centres d'écoute pour jeunes) la prise en charge des jeunes dans ces structures sera renforcée en terme de fonctionnalité et de convivialité.
- **troisième résultat :** au niveau communautaire les capacités des acteurs communautaires (leaders religieux , coutumiers, les groupes de soutien aux adolescents, parents...) auront été renforcées par le plaidoyer afin de créer un environnement favorable et générer la demande en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ).
- **quatrième résultat :** au niveau institutionnel et national (communes, l'Etat, etc.) les acteurs communaux et gouvernementaux auront été responsabilisés dans les interventions en faveur du droit à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes; pour ce faire des actions de renforcement de capacité, de plaidoyer et de sensibilisation seront menées.

Un dispositif de suivi-évaluation et recherche du projet sera bâti sur le dispositif global de suivi évaluation de Plan International Burkina tout en prenant en compte les attentes particulières de SNO et de ASDI.

Une étude de base définissant clairement la situation de référence des indicateurs devra être réalisée dans ce cadre. C'est dans ce contexte qu'une enquête CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) sera réalisée auprès des bénéficiaires et des cibles dans la zone d'intervention de Plan International Burkina Faso par un consultant local spécialisé.

L'enquête CAP s'inscrit dans le cadre des efforts déployés pour mieux cerner l'état réel des connaissances et des pratiques en Santé de la Reproduction et de l'utilisation de la contraception. Il s'agit d'avoir des données de base pertinentes et utiles qui ne sont pas collectées lors des grandes études d'envergure nationales et /ou ne sont pas spécifiques aux zones d'intervention de Plan International Burkina Faso. Les données recueillies seront capitalisées et utilisées pour le suivi du projet sur la SRAJ au niveau des zones d'intervention de Plan International Burkina Faso.

Les termes de références de l'étude indiquent les objectifs, les résultats attendus, les informations à fournir/indicateurs à évaluer, les orientations méthodologiques, la durée et le calendrier de l'étude, l'expertise requise, le financement de la mission, l'utilisation et le plan de dissémination des résultats, le contenu du rapport de l'étude et autres informations utiles.

II. OBJECTIFS, RESULTATS ATTENDUS ET QUESTIONS D'EVALUATION

2.1. Objectifs de l'étude de base

Objectif global

L'objectif assigné à l'étude est de doter Plan International Burkina Faso, de données reflétant les niveaux réels de connaissance, d'identifier et d'analyser les attitudes et les pratiques et/ou d'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes y compris les questions liées aux IST/VIH-Sida.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de l'étude de base sont :

- Évaluer le niveau de connaissance, des adolescents et des jeunes sur leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) ainsi que leurs pratiques et attitudes en la matière ;
- Évaluer le niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques des populations par rapport aux thèmes de la santé de la reproduction (SR) ;
- Faire des propositions pour permettre d'élaborer des stratégies appropriées d'IEC.
- Identifier les potentialités et les contraintes liées aux Droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (DSRAJ) dans les zones du projet ;
- Disposer de données de référence pour le suivi et l'évaluation finale du projet
- Évaluer le niveau de prise en compte des cinq (5) normes de l'Approche de Développement Communautaire Centrée sur l'Enfant (DCCE) et de la stratégie sur l'égalité des sexes de Plan International dans l'élaboration du projet ;
- Faire des suggestions et recommandations, notamment des propositions pour l'amélioration du cadre de mesure des résultats, le plan de suivi-évaluation du projet et pour le renforcement de la prise en compte des cinq (5) normes DCCE et de la stratégie sur l'égalité des sexes de Plan International au cours de la mise en œuvre du projet.

2.2. Questions de recherche

Les principales questions de l'étude sont les suivantes :

- Quel est le niveau de connaissance, les attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ) ? Quelles sont leurs pratiques et leurs attitudes en la matière ?
- Quel est le niveau de connaissance, les attitudes et pratiques des populations par rapport aux thèmes de la santé de la reproduction (SR) ?
- Quelles sont les propositions pour permettre d'élaborer des stratégies appropriées d'IEC.
- Quelles sont les potentialités et les contraintes liées aux Droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (DSRAJ) dans les zones d'intervention du projet ;

- Quel est le statut initial ou la situation de référence des indicateurs contenus dans le cadre de mesure des résultats du projet ?
- Quel est le niveau de prise en compte des cinq (5) normes DCCE Plan International dans l'élaboration du projet ?
- Quel est le niveau de prise en compte de la stratégie sur l'égalité des sexes de Plan International dans l'élaboration du projet ?
- Quelles sont les suggestions et recommandations pertinentes, notamment des propositions pour l'amélioration du cadre de mesure des résultats, le plan de suivi-évaluation du projet et pour le renforcement de la prise en compte des cinq (5) normes DCCE et de la stratégie sur l'égalité des sexes de Plan International au cours de la mise en œuvre du projet ?
- Quel est le niveau de prise en compte des cinq (5) normes DCCE Plan International dans l'élaboration du projet ?
- Dans quelle mesure le projet est-il en cohérence avec l'approche DCCE de Plan.
- Comment le projet aborde-t-il la question de l'inclusion? Adopte-t-il une approche basée sur les droits? Implique-t-il les porteurs de responsabilités? Encourage-t-il la participation des enfants et des adultes et favorise-t-il leur implication en tant que citoyens?
- Dans quelle mesure la conception du projet est-elle bien faite pour atteindre des résultats initialement fixés? Les résultats ont-ils été clairement définis? Les hypothèses étaient-elles correctes? Était-il réaliste de s'attendre à ce que les activités prévues permettent d'atteindre les résultats dans les limites du temps et du montant investi?
- Dans quelle mesure le système de suivi interne contribue-t-il à l'évaluation et à la mise en œuvre courante du projet?
- Les indicateurs proposés sont-ils pertinents et effectivement mesurables?

2.3. Résultats attendus de l'étude de base

L'étude de base fournira une réponse à chacune des questions d'évaluation établies ci-dessus. En outre au terme de l'étude un rapport (30 à 40 pages sans les annexes) sera produit. Il fournira les informations essentielles sur :

- Le niveau de connaissance, attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ) ;
- Le niveau de connaissance, d'attitudes et de pratiques des populations par rapport aux thèmes de la santé de la reproduction (SR) ;
- Les propositions pour permettre d'élaborer des stratégies appropriées d'IEC ;
- Les potentialités et les contraintes liées aux Droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (DSRAJ) dans les zones d'intervention du projet ;
- le statut initial ou la situation de référence des indicateurs contenus dans le cadre de mesure des résultats du projet ;
- le niveau de prise en compte des cinq (5) normes DCCE Plan International dans l'élaboration du projet est indiqué ;
- le niveau de prise en compte de la stratégie sur l'égalité des sexes de Plan International dans l'élaboration du projet est présenté ;
- des suggestions et recommandations, notamment des propositions pour l'amélioration du cadre de mesure des résultats, le plan de suivi-évaluation du projet et pour le renforcement de la prise en compte des cinq (5) normes DCCE et de la stratégie sur l'égalité des sexes de Plan International au cours de la mise en œuvre du projet sont faites.

III. UTILISATION ET PLAN DE DISSEMINATION DES RESULTATS

L'étude vise à faire le point sur les niveaux de connaissances, d'attitudes et de pratiques des adolescents et des jeunes par rapport aux droits à la SRAJ dans la zone d'intervention de Plan International Burkina Faso afin de disposer d'éléments permettant de revoir les stratégies d'IEC planifiées.

Les résultats de l'étude permettront de mieux cibler ses interventions et activités dans les domaines de l'Information, de l'Education, de la Communication et de la mobilisation des communautés en vue d'une plus grande fréquentation des services pour jeunes et d'un changement positif de comportement sur les questions de Santé de la Reproduction.

Ces données de références permettront d'évaluer à mi-parcours et en fin de projet les progrès accomplis au cours de la mise en œuvre du projet.

Destinataires des résultats de l'étude de base: Le staff de Plan International Burkina Faso (du siège et des unités de programme), du Bureau régional de Plan International (WARO), les bureaux de Plan International-Togo et Benin, le bureau de Plan International Suède, l'Agence Suédoise de Développement International (ASDI), des Ministères partenaires, des Organisations partenaires de mise en œuvre du projet (ABBEF, AJETB, etc.), les organisations d'enfants et de jeunes, les organisations de société civile, les agences des nations unies sont les destinataires primaires des résultats de cette étude de base. Ces résultats seront utilisés pour mesurer les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs du projet.

Finalité de l'étude de base : les résultats de l'étude de base serviront de situation de base pour suivre les progrès vers l'atteinte des objectifs du projet. Les résultats serviront également de référence pour l'évaluation à mi-parcours et finale du projet. Ils seront aussi utilisés comme source pour la vérification de la qualité des données et les activités d'apprentissage. Le rapport de l'étude de base sera partagé avec les partenaires des collectivités locales, les structures déconcentrées de l'état impliquées, les organisations de la société civile et les structures d'enfants et de jeunes pour le suivi du projet.

Implication des parties prenantes : l'Agence Suédoise de Développement International, le bureau de Plan International – Suède, le bureau régional Plan International Afrique de l'Ouest, le bureau de Plan International Burkina Faso, l'équipe de gestion du projet sont chargés de la préparation, la gestion et l'utilisation des résultats de l'étude de base. Les groupes cibles et les bénéficiaires (cités dans le tableau 1) seront des sources d'informations clés et participeront à la validation des résultats de l'étude.

La dissémination des résultats de la présente étude de base se fera conformément au tableau ci-après :

Activités	Responsable	Acteurs concernés	Délais
Restitution du rapport provisoire au siège de Plan International Burkina Faso	Consultant/Bureau d'Etudes	Directeur des programmes strategy Directrice des programmes opérations Responsable des Recherches et des Evaluations de Plan International Burkina Faso Chargé de suivi-évaluation des projets du SIDA Framework à Plan International Burkina Faso Conseiller Santé de Plan International Burkina Faso Coordonnateur du projet ABBEF Comptable projet BFA0315 Partenaires techniques de mise en œuvre du projet Groupes cibles et bénéficiaires du projet Chargés de suivi, Evaluation et Recherche des Unités de programmes ; SNO Equipe MER-WARO	
Partage du rapport final avec Plan International Suède et WARO	Département Grant	Responsable des Recherches et des Evaluations de Plan International Burkina Faso Chargé de suivi-évaluation des projets du SIDA Framework à Plan International Burkina Faso	
Envoi du rapport final à ASDI	Plan International Suède	Département Grant Equipe MER WARO	
Postage des résultats de l'évaluation sur le Site Web de Plan International Burkina Faso	Responsable des Recherches et des Evaluations de Plan International Burkina Faso	Webmaster de Plan International Burkina Faso Chargé de suivi-évaluation des projets du SIDA Framework à Plan International Burkina Faso Conseiller Santé de Plan International Burkina Faso Coordonnateur du projet ABBEF	

Activités	Responsable	Acteurs concernés	Délais
Publication d'article de journaux sur les résultats clés de l'étude de base	Responsable des Recherches et des Evaluations de Plan International Burkina Faso	Chargé de suivi-évaluation des projets du SIDA Framework à Plan International Burkina Faso Conseiller Santé de Plan International Burkina Faso Coordonnateur du projet ABBEF	

IV. ORIENTATIONS METHODOLOGIQUES

L'étude de base sera externe et sera réalisée par un consultant ou un bureau d'études recruté à cet effet. Le consultant/bureau d'études devra faire une analyse critique des présents termes de référence et développer une méthodologie appropriée pour conduire la mission en fonction des objectifs assignés à la mission, les informations à fournir et des informateurs clés.

Portée de l'étude : Le consultant/bureau d'étude devrait fournir des informations détaillées, exhaustives et actualisées sur la situation de référence du projet, celles-ci devront être désagrégées suivant plusieurs variables (sexe, âge, situation géographique, niveau de scolarisation). Les informations sont relatives aux connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes par rapport aux Droits à la SRAJ dans la zone d'intervention de Plan Burkina Faso et le statut initial des indicateurs du projet (indicateurs de résultats et d'impact).

Zone de l'étude : Les informations devront couvrir les zones d'interventions du projet et suffisamment désagrégées (selon le lieu de résidence, le sexe, etc.). La mission sera conduite sur l'ensemble du pays et spécifiquement dans les trois régions et huit provinces couvertes par le projet (cinq (5) Unités de Programme (PU) dans 08 provinces) suivant une méthode d'échantillonnage appropriée.

Population et méthode : L'enquête sera réalisée en tenant compte des objectifs de l'étude. La méthodologie KPC sera utilisée pour prospecter et analyser les Connaissances Attitudes et Pratiques des enquêtés.

Sans être exhaustif, les cibles suivantes seront touchées par la collecte de données :

- Les enfants et jeunes garçons et les jeunes filles scolarisées ou non de la zone d'intervention de Plan International Burkina Faso âgés entre 10 et 19 (?) ans ;
- Les groupes spéciaux susceptibles d'être plus exposés à certains risques seront également ciblés en milieu semi-urbain :
 - *les enfants de la rue (filles et garçons),*
 - *les adolescentes /jeunes marchandes ambulantes*
 - *les jeunes du secteur informel*
 - *les jeunes vivants en situation de handicap.*
- Les enseignants mais aussi les parents d'élèves et/ou les membres de la communauté seront également concernés pour un besoin de triangulation
- Les partenaires de mise en œuvre (ci-dessus cités).
- La méthodologie utilisée par le consultant/bureau d'étude devra permettre de collecter des données auprès de sources d'informations pertinentes.

Collecte et traitement des données : Une combinaison de données qualitatives et quantitatives sera nécessaire dans le cadre de cette mission. A cet effet un questionnaire structuré permettra de recueillir des informations quantifiables auprès des cibles primaires et secondaires. Des guides d'entretien seront conçus aussi bien pour les informateurs clés tels que les enseignants, parents /communauté, en vue d'étayer les informations obtenues avec le questionnaire. La source des données sera aussi bien primaire que secondaire.

Les **données primaires** seront collectées auprès de différentes cibles en rapport avec la mise en œuvre du projet. Des missions de terrain seront organisées à cet effet.

La revue documentaire au niveau de toutes les structures impliquées dans la mise en œuvre du projet. Ils mettront à la disposition de l'équipe de mission toute la documentation indispensable en rapport avec les indicateurs de mise en œuvre du projet « Eliminer les obstacles aux droits à la santé de promotion des droits à la santé sexuelle et reproductive des enfants et des jeunes dans les zones d'intervention de Plan Burkina ». Des observations et/ou prises de vues pourront être effectués à des fins de triangulation des données (Les dire et les faits).

Sans être exhaustives les informations suivantes seront à rechercher :

Les connaissances

Il s'agira d'apprécier les connaissances sûres :

- les grossesses et leurs risques,
- les méthodes modernes de contraception,
- les IST/VIH/SIDA,
- les moyens de prévention des IST et le SIDA,
- l'existence de centres d'écoute pour jeunes
- etc.

Les attitudes,

Il s'agira d'apprécier les attitudes par rapport à :

- l'existence du Sida et des IST et les croyances sur le VIH et le SIDA,
- la maternité,
- l'éducation à la vie sexuelle des enfants,
- les relations entre adolescents et jeunes de sexe opposé,
- la médecine traditionnelle,
- etc.

Les Pratiques

Il s'agira d'apprécier les pratiques par rapport à :

- L'âge du premier rapport sexuel (l'expérience des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive)
- Le partenariat multiple,
- L'âge de la première grossesse,
- L'avortement provoqué,
- L'âge au mariage,
- L'utilisation des méthodes de contraception,
- L'utilisation des méthodes de prévention contre les IST/VIH/SIDA,
- Les pratiques à risques ;
- La consommation de tabac et de drogues ;
- L'excision et la circoncision ;
- Les recours éventuels en cas de maladie,
- la fréquentation de centres d'écoute pour jeunes
- etc.

Le consultant utilisera toute autre méthode jugée pertinente pour collecter des données afin de garantir leur qualité et leur fiabilité.

Les méthodes de validation des données seront explicitées.

En tout état de cause, l'équipe du consultant ou Bureau d'Etudes restituera après chaque entretien le résumé des données à l'enquêteur avant le départ du terrain à des fins de validation.

Le processus d'analyse devrait privilégier une triangulation des informations fournies par différentes sources. Lorsque les sources ne sont pas concordantes, la source la plus officielle et la plus récente devrait être retenue. La méthodologie finale et les outils de collecte, de traitement et d'analyse des données seront validés au cours d'une rencontre de cadrage.

Le consultant a la responsabilité globale d'assurer la qualité du processus et des résultats de l'étude. L'analyse de données et la production d'un rapport analytique sont la responsabilité principale du consultant. Le rapport final devra comporter des orientations de sorte à permettre à Plan International Burkina Faso d'utiliser ces résultats pour projeter les interventions appropriées qui satisfont les besoins prioritaires des populations cibles.

Après le dépôt du rapport provisoire de l'étude de base, les résultats et les conclusions seront présentés par le consultant/bureau d'études aux acteurs de mise en œuvre du projet, aux groupes cibles et aux bénéficiaires au niveau national.

V. RAPPORT A PRODUIRE

7.1- Versions de rapports attendues

Il est attendu un rapport provisoire et un rapport final.

7.2- Langue du rapport

Langue du rapport	Français dans un style accessible.
Résumé exécutif	Français et Anglais

7.3- Contenu du rapport

Le rapport comportera les sections suivantes, qui ne sont pas limitatives :

- la page de couverture (comprend le logo et adresse de Plan International Burkina Faso, l'intitulé, la date et les auteurs de l'étude de base) ;
- Page 2 : Annexe 3 complétée
- la table des matières ;
- les listes (tableaux, figures, sigles) ;
- le résumé analytique de l'étude de base (5 pages maximum : le contexte de l'étude et les grandes lignes des conclusions de l'étude en tenant compte des objectifs y compris (i) le niveau de connaissance des adolescents et des jeunes sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ) ; (ii) le niveau de connaissance, d'attitudes et de pratiques des populations par rapport aux thèmes de la santé de la reproduction (SR) ; (iii) les propositions pour permettre d'élaborer des stratégies appropriées d'IEC ; (iv) les potentialités et les contraintes liées aux Droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (DSRAJ) dans les zones d'intervention du projet ; (v) le tableau synthèse de la situation de référence des indicateurs clés du projet (vi) l'évaluation de la prise en compte des cinq (5) normes DCCE, la stratégie sur l'Egalité des sexes dans l'élaboration du projet, le tableau synthèse de la situation de référence des indicateurs clés du projet) ;
- Introduction (le contexte de l'étude de base, description brève du projet. Les objectifs de l'étude et l'utilisation qui doit en être fait) ;
- la méthodologie de l'étude de base et les difficultés rencontrées lors de la réalisation de la mission, les actions prise pour mitiger les défis rencontrés lors de la mission ainsi que les limites de la méthodologie;
- la description du projet
- Les résultats de l'étude de base incluant ((i) le niveau de connaissance des adolescents et des jeunes sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ) ; (ii) le niveau de connaissance, d'attitudes et de pratiques des populations par rapport aux thèmes de la santé de la reproduction (SR) ; (iii) les propositions pour permettre d'élaborer des stratégies appropriées d'IEC ; (iv) les potentialités et les contraintes liées aux Droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (DSRAJ) dans les zones d'intervention du projet ; (v) le tableau synthèse de la situation de référence des indicateurs clés du projet (vi) l'évaluation de la prise en compte des cinq (5) normes DCCE, la stratégie sur l'Egalité des sexes dans l'élaboration du projet, le tableau synthèse de la situation de référence des indicateurs clés du projet) ;
- la conclusion de l'étude et faire des suggestions et recommandations, notamment des propositions pour l'amélioration du cadre de mesure des résultats, le plan de suivi-évaluation du projet et pour le renforcement de la prise en compte des cinq (5) normes DCCE et de la stratégie sur l'égalité des sexes de Plan International au cours de la mise en oeuvre du projet ;
- **et les annexes.**
 - Un résumé des questions de l'étude de base
 - Liste des personnes interviewées ou consultées
 - La bibliographie
 - Les termes de références
 - Les documents en annexes des présents Termes de Références à renseigner
 - Autres documents jugés pertinents (Outils utilisés, etc.).

En plus du rapport ci-dessus -cité, il sera élaboré un résumé succinct de l'étude de base **qui n'excédera pas dix (10) pages**. Ce résumé mettra l'accent sur la méthodologie de l'étude de base, les grandes lignes des résultats de l'étude de base, les conclusions et recommandations essentielles de l'étude de base y compris le renforcement des Normes DCCE et la stratégie sur l'égalité des sexes.

NB. Les recommandations seront adressées en désignant les responsables

Ce rapport succinct répondra également aux questions figurant dans l'annexe 3 des Termes de Références

7.4- Format des rapports

Les rapports seront présentés sous le format ci-après :

- Les textes en MS Word
- Les tableaux en Excel
- Les images en JPEG

Tous les rapports sont fournis à Plan International Burkina Faso en version copies dures (1 original **en couleur**) et 2 copies) et électroniques (CD et email).

Annexe 6 : Cadre des résultats du projet

CODES	INDICATEURS	NIVEAUX	SOURCES
OCI.1.1	% des adolescents (filles/garçons) qui ont utilisé des condoms ou d'autres méthodes modernes de contraception au cours de leur dernière relation sexuelle/au cours des trois derniers mois	29.69%	Etude de base
OCI.1.1	% des filles/garçons âgés de 10 à 19 ans qui peuvent citer 3 méthodes de prévention des grossesses	43.73%	Etude de base
OCI.1.3	% des adolescents et adolescentes sexuellement actifs confirmant que leurs 3 dernières relations sexuelles étaient consensuelles	52.42%	Etude de base
OCI.2.1	% de professionnels de santé formés connaissant au moins 4 principes clés de services de SSR amis des adolescents	ND	
OCI.2.2	% des adolescents (garçons/filles) ayant visité des centres de santé au moins une fois pour des consultations ou des conseils sur la SSR	26.20%	Etude de base
OCI.2.3	% des adolescents (filles/garçons) qui affirment avoir été satisfaits de la qualité de service de SSR reçus à la dernière consultation	84.21%	Etude de base
OCI.3.1	% des communautés dans lesquelles au moins 30% des membres de la communauté qui affirment que l'on discute ouvertement des DASSR dans la communauté	11.51%	Etude de base
OCI.3.2	% de membres des communautés (adolescents, parents, enseignants) qui savent comment signaler un mariage précoce et des violences sexuelles à l'encontre d'enfants/d'adolescent	ND	
OCI.3.3	Nbre d'OSC participant à l'effort de plaider et ayant déclaré avoir augmenté leurs capacités de plaider en matière de SSR par l'action	ND	
OCI.4.1	Nbre de plaider pour la mise à jour des modules sur l'ESC dans le programme de formation des enseignants du primaire et du secondaire en direction du MENA et du MESS et le MS	ND	
OCI.4.2	Nbre de plaider pour l'intégration de l'éducation à la SSR dans les programmes scolaires	ND	

Annexe 7 : Indicateurs SSRAJ

Indicateurs	Etat actuel National	Etat actuel Centre Est)	Etat actuel Centre Nord	Etat actuel Sud-Ouest	Source
1.23 Proportion de femmes de 12 ans ou plus en union	2%				
1.24 Proportion des adolescents qui ont déjà été enceintes	23,9% (EDS)	19,30%	ND	33,70%	EDS 2010
1.25 Proportion des 15-19 ans (scolarisés ou non) ayant déjà eu des relations sexuelles	42,66%	22,22%	46,06%	42,57%	Enquête de base
1.26 Prévalence contraceptive des femmes de 15-49 ans sexuellement actives					
Toute méthode	16,2%	9,10%	9,5%	10,50%	EDS2010
Méthode moderne	15%	9,00%	9,3%	10,00%	EDS2010
1.27 Incidence IST chez les 15-19 ans (scolarisés ou non)	Nombre de cas notifiés 15-19 ans: H= 1660	2,20%	290	2,80%	EDS2010

Indicateurs	Etat actuel National	Etat actuel Centre Est)	Etat actuel Centre Nord	Etat actuel Sud-Ouest	Source
	F= 22493 T= 24153				
1.28 Proportion de filles qui ont déjà eu des relations sexuelles avec un garçon (en milieu scolaire et non scolaire)	44,96%	43,18%	47,15%	41,66%	Enquête de base
1.29 Proportion de garçons qui ont déjà eu des relations sexuelles avec une fille (en milieu scolaire et non scolaire)	31,32%	5,26%	36,9%	29,9%	Enquête de base
1.30 Prévalence de fille mère dans le milieu scolaire	ND	ND	ND	ND	
1.31 Prévalence de fille mère dans le milieu non scolaire	ND	ND	ND	ND	
1.32 Prévalence des grossesses dans le primaire	8,23%	15,38%	2,5%	12,12%	Enquête de base
1.33 Prévalence de la consommation de tabac en milieu scolaire	10,12%	23,19%	8,67%	9,56%	Enquête de base
1.34 Prévalence de la consommation de drogues en milieu scolaire	0,5%	4,87%	0%	0,33%	Enquête de base
1.35 Prévalence d'adolescentes mariées en milieu scolaire	1,43%	2,43%	1,18%	1,51%	Enquête de base
1.36 Prévalence de l'avortement (aveu d'avortement) en milieu scolaire	0,54%	0%	0%	1,63%	Enquête de base
1.37 Proportion de jeunes ayant déjà discuté de sexualité avec leurs parents (mère et/ou père)	2,14%	0,83%	1,40%	4,20%	Enquête de base
1.38 L'âge moyen au premier rapport sexuel	16,06%	13,65	16,45%	15,73%	
1.39 Taux d'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel (en milieu scolaire et non scolaire)	65%	ND	ND	ND	EDS 2010
1.40 Taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel (en milieu scolaire et non scolaire)	29,69%	ND	ND	ND	Enquête de base
1.41 Proportion de jeunes 15-24 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année précédente	52%	62%	37%	71%	Etude de base
1.42 Proportion de filles qui ont déjà été victimes de violences sexuelles (rapports sexuels transactionnels ou forcés)	ND	ND	ND	ND	
1.43 Taux d'acceptation du test chez les 15-24 ans (en milieu scolaire et non scolaire)	ND	ND	ND	ND	
1.44 Proportion des jeunes de 15-24 ans (en milieu scolaire et non scolaire) ayant des connaissances sur la PTME	23%	24%	17%	62%	Enquête de base
1.45 Pourcentage d'adolescents consommant régulièrement l'alcool	31,50%	34,2%	16,3%	46,2%	Enquête de base
1.46 Pourcentage d'adolescents qui ont déjà consommé de la drogue	0,4%	3,33	0%	0,28%	Enquête de base
1.47 Pourcentage d'adolescents qui ont déjà consommé du tabac	12,9%	22,5%	12,64%	11,34%	Enquête de base
1.48 Pourcentage d'adolescents qui consomment régulièrement du tabac	- 20,4% (13-15 ans) ont déjà fumé une ou plusieurs fois	ND	ND	ND	(Ministère de la santé 2004 : 17)

Indicateurs	Etat actuel National	Etat actuel Centre Est)	Etat actuel Centre Nord	Etat actuel Sud-Ouest	Source
1.49 Pourcentage d'adolescents qui se sentent « reliés » à leurs parents ou à leur famille	6,3				EDS 2010
1.50 Pourcentage d'adolescentes (scolarisées et non scolaire) ayant déjà été enceintes	5,12%	15,90%	4,47%	3,98%	Enquête de base
1.51 Pourcentage d'adolescents ayant déjà causé une grossesse	ND	ND	ND	ND	
1.52 Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les adolescentes	40% (15-24ans), EDS 2010	ND	ND	ND	
1.53 Prévalence contraceptive des femmes de 15-19 ans sexuellement actives	34% des filles et 48% des garçons				Guiella et Woog (2006)
1.54 Pourcentage d'adolescents ayant déjà été diagnostiqué d'une IST	ND	ND	ND	ND	
1.55 Proportion des 15-19 ans non célibataires (mariés, veufs, divorcés ou en union libre)	2,06%	1,7%	2,4%	1,8%	Enquête de base
1.56 Pourcentage de jeunes ayant eu recours au commerce du sexe au cours des 12 derniers mois	ND	ND	ND	ND	
1.57 % des 10 – 24 ans ayant subi un accident de la voie publique	ND	ND	ND	ND	
1.58 Prévalence de l'excision chez les jeunes filles de 19 ans	67,7% des filles de 15 à 19 ans				EDS-MICS 2010
1.60 Taux d'utilisation des services par les 6 – 24 ans	3,9%	0,8%	4,8%	3,5%	Enquête de base
1.61 Taux d'avortement clandestin chez les jeunes filles de 10 à 24 ans	5,7% (15-24ans),				Enquête spéciale à base communautaire, 2009 (cf. Bankole, Hussain, Sedgh et al. 2013)
1.62 % des 10 – 24 ans utilisant des drogues et substances illicites (10-19 ans)	0,4% (10-19 ans)	3,33	0%	0,28%	Enquête de base
1.63 Proportion de jeunes garçons de 10 à 24 ans (scolarisés et non scolarisés) qui fument le tabac (10-19 ans)	12,9% (10-19 ans)	22,5%	12,64%	11,34%	Etude de base
1.64 % des 10-24 ans ayant une IST	ND	ND	ND	ND	
1.65 % des 10-24 ans HIV+	0,3% pour les 15-19 ans				EDS-MICS 2010
1.66 % des 10-24 ans utilisant le condom à chaque rapport sexuel	ND	ND	ND	ND	
1.67 % de grossesses survenues chez les 10 – 24 ans	ND	ND	ND	ND	
1.68 % de grossesse non désirées	8%				EDS-MICS 2010
1.69 Taux d'utilisation d'une méthode contraceptive chez les 10 – 24 ans	16%				EDS-MICS 2010

Indicateurs	Etat actuel National	Etat actuel Centre Est)	Etat actuel Centre Nord	Etat actuel Sud-Ouest	Source
Taux d'utilisation d'une méthode contraceptive moderne (adolescentes mariées) 15-19 ans	6%				UNICEF 2012
Taux d'utilisation d'une méthode contraceptive moderne (jeunes femmes) 20-24 ans	34% des filles et 48% des garçons				Guiella et Woog (2006)
1.70 % des mariés par groupes d'âge chez les 10 – 24 ans					Enquête de base
10-14 ans	0%				
15-19 ans	2%				

1.71 : % des 10-24 ans ayant une IST : cet indicateur a été supprimé du tableau car il est équivalent à l'indicateur 1.64

1.59 : % des 10 – 24 ans ayant subi un accident de la voie publique : cet indicateur a été supprimé du tableau car il est équivalent à l'indicateur 1.57

Management response

Étude de base du Projet Éliminer les obstacles aux droits à la santé sexuelle et reproductive des enfants et des jeunes dans les zones d'intervention de Plan International



Société d'études et de recherche en santé

Réalisée par :

MCCORMICK Daniel : PSM/ST

KABA Ismailou : Health advisor

Dans le cadre de sa collaboration avec Plan International Burkina Faso, Plan International Suède (SNO) a obtenu en faveur de ce pays, le financement de l'Agence Suédoise de Développement International (ASDI) pour la mise en œuvre de programmes liés à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes pour les 40 mois prochains. C'est dans ce cadre que le projet : « **Éliminer les obstacles aux droits à la santé, de promotion des droits à la santé sexuelle et reproductive des enfants et des jeunes dans les zones d'intervention de Plan Burkina** » a été financé.

En vue d'évaluer les besoins réels du terrain et de décrire la situation initiale en matière de droits à la santé, de promotion des droits à la santé sexuelle et reproductive des jeunes dans les zones d'intervention de Plan international Burkina, la présente étude a été commanditée. Cette action contribuera au renforcement de l'efficacité du M&E du projet en déterminant le niveau de base au quel sera comparée la situation finale.

La description de la situation initiale porte sur les niveaux : i) **individuel** (comportements à risques des adolescents et jeunes); ii) **communautaire** (capacités des acteurs communautaires : leaders religieux, coutumiers, les groupes de soutien aux adolescents, parents à promouvoir les droits des adolescents et jeunes en santé sexuelle et reproductive); iii) **institutionnel** (fonctionnalité et de convivialité services de santé et les centres d'écoute pour jeunes, plaidoyer et de sensibilisation des autorités nationales, ONG et OSC pour leur engagement et soutien pour la promotion de la SSR des jeunes et adolescents)

Récapitulatif des constatations : au terme de l'évaluation on peut faire les constats suivants

Constatations positives

▪ Niveau individuel (*des jeunes et adolescents*)

L'évaluation du niveau de connaissance, des attitudes et des pratiques des adolescents et des jeunes sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductives des adolescents et des jeunes (SSRAJ) aborde en premier lieu *les questions relatives aux grossesses précoces et non désirées. Les principaux constats sont :*

Utilisations génitales féminines

- 88% des adolescents et des jeunes estiment que l'excision est une mauvaise chose
- Ce taux varie de 93% au Sud-Ouest à 83% dans le Centre-Nord

Grossesse non désirées

- 89,6% des filles et 83,8% des garçons savent d'une part ce qu'est une grossesse et d'autre part que les rapports sexuels non protégés constituent le canal principal pour contracter une grossesse.

Méthodes contraceptives

- 43,8% des filles et 56,2% des garçons ont déclaré avoir entendu parler de la contraception
- La méthode la plus connue est le préservatif (69% des adolescents et des jeunes), suivi de la pilule (45%) et les injectables (23%).
- Les amis (63%) et les camarades (39%) constituent les principaux canaux d'information des adolescents et des jeunes sur la contraception, suivis de la radio (34%) et de la télévision (23%).

- Les parents (13%) constituent le canal le moins utilisé pour s'informer sur la contraception.

IST-VIH/SIDA

- 43% à déclarer qu'ils sont d'accord ou parfaitement d'accord que le sida constitue un véritable problème de santé
- 71% des enquêtés savent que le sida est provoqué par un virus
- 68% des enquêtés déclarent que seul le test de dépistage du VIH permet de reconnaître un séropositif.

▪ **Niveau communautaire**

Grossesse non désirées

- 72% des femmes déclarent qu'ils prendraient la grossesse en charge contre 62% des hommes
- 21% des femmes et des hommes qui engageraient la procédure de vie commune en cas de grossesse
- 100% des femmes décideraient de se référer au centre de santé en cas de grossesse contre 95% des hommes
- A l'annonce de la grossesse de leur fille adolescente ou jeune, 100% des enquêtés du Centre Est déclarent assister leurs filles jusqu'à l'accouchement contre 83% au Centre Nord et 80% au Sud-Ouest

Méthodes contraceptives

- 93,8%, ont entendu parler de la contraception avec respectivement 96,5% des femmes et 92,9% des hommes ;
- Bon niveau de connaissance des méthodes contraceptives modernes : 1 femme/2 cite 3 méthodes modernes, 1 femme/3 connaît 2 méthodes ;
- Le préservatif et la pilule sont connus par plus de 70% des enquêtés, suivi des injectables 55% et 27% pour les implants ;
- 69% des parents enquêtés conseillent le port du préservatif aux garçons contre 51% aux filles.

IST-VIH/SIDA

- 85% des enquêtés déclarent en avoir déjà entendu parler des IST-VIH/SIDA ;
- 98% des enquêtés citent les relations sexuelles non protégées comme principale voie de transmission du VIH, suivi de la transfusion sanguine 49% et de la transmission mère-enfant 46% ;
- Le préservatif constitue le principal moyen de prévention des IST-VIH/SIDA (80%) ;
- 95,6%, déclarent qu'il existe des médicaments contre les IST

▪ **Niveau institutionnel**

- Des Centres d'écoute pour jeunes existent dans la majorité des districts

Les constats négatifs

▪ **Niveau individuel (des jeunes et adolescents)**

Droits SSR

- Les adolescents et des jeunes de 10 à 19 restent peu informés sur leurs droits en matière de SSR (< 1 adolescent /2 en ont entendu parler)
- Les adolescents et jeunes estiment que le droit le moins respecté en matière SSR est la protection contre les violences sexuelles

Comportement sexuels

- 36% des enquêtés déclarent avoir déjà eu une relation sexuelle avec respectivement 43,81% des filles et 31,02% des garçons.
- 27% des filles ont leurs premiers rapports sexuels à 15 ans, contre 25% qui disent les avoir eus à 17 ans et 21,4% à 16 ans.
- 29,4% des garçons ont eu leurs premiers rapports à 17 ans contre 18% qui les ont eus à 16 ans et 17% à 18 ans.
- Parmi les 43,81% de filles qui ont déjà eu des rapports sexuels, 12,1% sont tombées enceintes

Methodes contraceptives

Les parents (13%) constituent le canal le moins utilisé pour s'informer sur la contraception.

▪ Niveau communautaire

Methodes contraceptives

- l'âge de l'excision des filles est située entre 1 et 4 ans
- Les filles de moins de 15 ans victimes de mutilations génitales représentent 13%

Grossesse non désirées

- 13% hommes décideraient de ne plus s'occuper des adolescents après une grossesse non désirée

IST-VIH/SIDA

- 75, 5% des enquêtés disent qu'il n'y a pas de médicaments contre le VIH/sida
- **Niveau institutionnel**
- Faible fonctionnalité des centres d'écoute pour jeunes
- 16% des jeunes qui fréquentent les CEJ ne sont pas satisfaits des services offerts

Forces et faiblesses identifiées



Les forces

- les adolescents et les jeunes ont une connaissance relativement large des grossesses et de leurs mécanismes, voir leurs risques
- la contraception en général et les méthodes contraceptives en particulier sont bien connues des adolescents et des jeunes
- le projet plutôt très cohérent avec les cinq principes DCCE eu égard à la diversité des cibles d'adolescents et de jeunes pris en compte, aux niveaux d'implication des organisations de la société civile tels que décrits, aux actions entreprises envers les détenteurs d'obligation et à l'engagement de Plan



Les faiblesses

- les adolescents et les jeunes ont des relations sexuelles précoces ;
- les adolescents et les jeunes reçoivent l'information sur la contraception avec les amis et les camarades de classe plutôt que les parents ;
- les centres d'écoute pour jeunes ne sont pas très développés dans les zones d'intervention de Plan International Burkina Faso

Recommandations

Acteurs concernés	Recommandations	Domaine d'action
Plan International Burkina Faso et au projet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ développer un volet de mise à disposition de préservatifs dans les centres d'écoute pour jeunes ▪ mettre en relief l'incompatibilité de la cohabitation des établissements scolaires avec les débits de boissons. ▪ mener des actions de plaidoyer visant à éloigner les débits de boissons des centres scolaires auprès des détenteurs d'obligations. 	connaissances, attitudes des adolescents et des jeunes et des populations

	<ul style="list-style-type: none"> adopter une démarche participative dans l'élaboration des plans d'action opérationnels d'IEC CCC pour les stratégies retenues prennent en compte les spécificités de chaque zone d'intervention afin de faire des adolescents / jeunes et des communautés les véritables acteurs de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel garantir la participation des enfants par la formulation responsabilités spécifiques de ces acteurs dans la mise en œuvre. 	cohérence du projet avec l'approche DCCE
	<ul style="list-style-type: none"> mettre en place une équipe pluridisciplinaire chargée de la mise en œuvre du projet en général et du traitement des questions liées à la SSRAJ en particulier (1 spécialiste de santé publique, 1 spécialiste en communication et 1 spécialiste en sciences humain) axer la mesure des résultats sur les cibles prioritaires du projet pour plus de cohérence et d'efficacité 	formulation du projet

Réponse aux conclusions et recommandations:

Recommandations	Echéance	IOV	Responsable
Elaborer une politique en matière de jeunes qui prenne en compte la diversité des statuts (scolaire, non scolaire, enfant de la rue).	Juin 2017	Existence d'une politique intégrant la diversité des statuts	Etat
Développer un volet de mise à disposition de préservatifs dans les centres d'écoute pour jeunes	Mars 2017	100% des CEJ disposent de préservatifs	Plan international
Mener des actions de plaidoyer visant à éloigner les débits de boissons des centres scolaires auprès des détenteurs d'obligations.	Juin 2017	% de centres scolaire n'ayant pas un débit de boissons à proximité	Plan international
Adopter une démarche participative dans l'élaboration des plans d'action opérationnels d'IEC CCC pour les stratégies retenues prennent en compte les spécificités de chaque zone d'intervention afin de faire des adolescents / jeunes et des communautés les véritables acteurs de l'élaboration et de la mise en œuvre du	Continue	% des zone d'interventions disposant d'un plan d'IEC/CCC élaboré avec la participation des jeunes	Plan international
Garantir la participation des enfants par la formulation responsabilités spécifiques de ces acteurs dans la mise en œuvre.	Continue	Existence d'un document d'analyse des acteurs + description de leurs rôles et responsabilités	Plan international
Mettre en place une équipe pluridisciplinaire chargée de la mise en œuvre du projet en général et du traitement des questions liées à la SSRAJ en particulier (1 spécialiste de santé publique, 1 spécialiste en communication et 1 spécialiste en sciences humain)	Mars 2017	% de zone d'intervention de Plan disposant d'une équipe pluridisciplinaire en SSRAJ	Plan international
Axer la mesure des résultats sur les cibles prioritaires du projet pour plus de cohérence et d'efficacité	Mars 2017	Existence d'un document sur les cibles revus	Plan international

Signature

Nom et prenom

Programme Support Manager

Strategy



Signature Electronique afin de pouvoir poster

Nom et prenom

Conseiller du Domaine



Signature Electronique afin de
pouvoir poster