

PROJET TWITEHO AMAGARA

Recherche Action

UTILISATION DES SERVICES DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

PAR LES ADOLESCENTS ET JEUNES DANS LES CENTRES DE SANTE

AMIS DES JEUNES

Rapport final



Décembre 2022



Recherche réalisée par le Bureau SADEV

1. Dr. Juma Mohamed KARIBURYO
2. Dr. Gilbert BATUNGWANAYO
3. Mme Diane MPINGANZIMA
4. Prof. Menus NKURUNZIZA

Consortium et membres :
MEMISA, ENABEL, MEDECINS SANS VACANCES, LOUVAIN COOPERATION



MEDECINS SANS VACANCES
ARTSEN ZONDER VAKANTIE
MEDICS WITHOUT VACATION
LE SAVOIR GUÉRIT



TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION -----	7
1.1 CONTEXTE GLOBAL -----	7
1.2 CONTEXTE SPECIFIQUE -----	9
1.3 OBJECTIF -----	10
1.4 LOGIQUE D'INTERVENTION -----	10
2. METHODOLOGIE -----	14
2.1 TYPE D'ETUDE -----	14
2.2 DEROULEMENT DE L'ETUDE -----	14
2.3 LIEUX D'ETUDE -----	14
2.4 POPULATION-CIBLE DE L'ETUDE -----	14
2.5 OBJECTIFS ET COLLECTE DE DONNEES -----	15
3. RESULTATS -----	18
3.1. PROFIL DES ADOLESCENTS ET JEUNES RECUS AUX CDSAJ -----	18
3.1.1 INTRODUCTION -----	18
3.1.2 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES JEUNES VUS EN CONSULTATIONS AUX CDSAJ -----	18
3.1.3 ACCES GEOGRAPHIQUE ET CARACTERISTIQUES DES MENAGES -----	20
3.2. OBSERVATION DES CONSULTATIONS DEDIEES AUX ADOLESCENTS ET JEUNES -----	21
3.2.1. QUALITE DE LA CONSULTATION GENERALE -----	21
3.2.1.1 Motifs de consultation -----	22
3.2.1.2 Attitude du prestataire lors de l'accueil -----	22
3.2.1.3 Attitude du prestataire lors de l'interrogatoire / anamnèse -----	23
Il s'agissait d'observer principalement l'attitude et le comportement du prestataire, notamment s'il : -----	23
3.2.2. QUALITE DE LA CONSULTATION SSR -----	25
3.2.2.1 Capacités des prestataires de soins en SSRAJ -----	25
3.2.2.2 Motifs de consultation -----	26
3.2.2.3 Attitude du prestataire lors de l'accueil -----	26
3.2.2.4 Attitude du prestataire lors de l'interrogatoire / anamnèse -----	27
3.2.3. SCORE DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS ET JEUNES -----	32
3.3. SATISFACTION DES JEUNES PAR RAPPORT AUX CONSULTATIONS -----	34
3.3.1. ACCES ET RECOURS AUX SOINS PAR LES ADOLESCENTS ET JEUNES -----	34
3.3.1.1 Accès géographique aux soins dans les CDSAJ -----	34
3.3.1.2 Fréquentation/recours aux soins dans les CDSAJ -----	35
3.3.1.3 Participation aux activités attractives pour jeunes -----	36
3.3.1.4 Motivation/expérience des jeunes dans les consultations des CDSAJ -----	38
3.4. SATISFACTION DES JEUNES PAR RAPPORT AUX ACTIVITES RECREATIVES -----	40
3.4.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET DES MENAGES -----	40
3.4.1.1 Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés -----	40
3.4.1.2 Caractéristique des ménages -----	42
3.4.2. ACCES ET RECOURS AUX SOINS PAR LES ADOLESCENTS ET JEUNES -----	42
3.4.2.1 Accès géographique aux soins dans les CDSAJ -----	42
3.4.2.2 Fréquentation/recours aux soins dans les CDSAJ -----	43
3.4.2.3 Participation aux activités récréatives pour jeunes -----	44
3.4.2.4 Expérience et appréciation des jeunes par rapport aux activités attractives -----	46
3.5. SATISFACTION DES JEUNES VIA LES PAIRS EDUCATEURS -----	48
3.5.1. SATISFACTION PAR RAPPORT A L'OFFRE D'ACTIVITES ATTRACTIVES -----	48
3.5.2. SATISFACTION PAR RAPPORT AUX CAUSERIES: ORATEURS, THEMATIQUES, UTILITE/INTERET -----	51

3.5.3.	SATISFACTION PAR RAPPORT AUX CONTACTS ENTRE JEUNES ET PERSONNEL DU CDS	55
3.5.4.	ACCEPTABILITE DES NOUVELLES ACTIVITES DEDIEES AUX JEUNES PAR LA COMMUNAUTE	56
3.5.5.	RESSENTI GENERAL PAR RAPPORT AU DISPOSITIF DEPLOYE	58
3.6.	CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES JEUNES EN MATIERE DE RELATIONS AFFECTIVES ET SEXUELLES	59
3.6.1.	RAPPORT SEXUEL ET UTILISATION DES PRESERVATIFS / CONTRACEPTIFS	59
3.6.2.	CAPACITE A PRENDRE DES DECISIONS	62
3.6.3.	CONNAISSANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES, GROSSESSES ET CAPACITE A DISCUTER DES SUJETS DE SEXUALITE EN FAMILLE	63
3.7.	SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS	65

TABLEAUX

TABLEAU 1: LOGIQUE D'INTERVENTION -----	10
TABLEAU 2 : REPARTITION DES ENQUETES SELON LEURS CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES -----	20
TABLEAU 3: REPARTITION DES ENQUETES SELON LES CARACTERISTIQUES DE LEURS MENAGES-----	21
TABLEAU 4 : CARACTERISTIQUES DES ADOLESCENTS ET JEUNES REÇUS EN CONSULTATION GENERALE -----	21
TABLEAU 5 : CARACTERISTIQUES DES ADOLESCENTS ET JEUNES REÇUS EN CONSULTATION PREVENTIVE POUR LES SSR -----	25
TABLEAU 6 : CAPACITES EN SRRAJ ET LA CONSULTATION SSR SELON SEXE DU PRESTATAIRE CONSULTANT -----	26
TABLEAU 7 : FRÉQUENTATION DES CDSAJ AVANT ET APRÈS INTRODUCTION D'ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES. -----	36
TABLEAU 8 : PARTICIPATION AUX ACTIVITES ATTRACTIVES -----	37
TABLEAU 9 : MOTIVATION ET EXPÉRIENCE DES JEUNES DANS LES CONSULTATIONS DES CDSAJ-----	38
TABLEAU 10: REPARTITION DES ENQUETES SELON LEURS CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES -----	41
TABLEAU 11 : REPARTITION DES ENQUETES SELON LES CARACTERISTIQUES DE LEURS MENAGES -----	42
TABLEAU 12 : FRÉQUENTATION DES CDSAJ AVANT ET APRÈS INTRODUCTION D'ACTIVITÉS ATTRACTIVES POUR JEUNES-----	44
TABLEAU 13: PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES ET SUJETS ABORDÉS AUX CAUSERIES -----	45
TABLEAU 14 : APPRECIATION ET EXPERIENCE DES JEUNES PAR RAPPORT AUX ACTIVITES RECREATIVES -----	47
TABLEAU 15: DISTRIBUTION DES JEUNES QUI ONT PARTICIPE AUX DISCUSSIONS DE GROUPE -----	48
TABLEAU 16: EQUIPEMENTS DISPONIBLES DANS LES CDS ET LEUR ETAT DE FONCTIONNALITE -----	48
TABLEAU 17: RELATIONS SEXUELLES, UTILISATION DU PRESERVATIF ET DES METHODES CONTRACEPTIVES CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES VENUS AUX CDSAJ -----	61
TABLEAU 18: CAPACITE A NEGOCIER SES RAPPORTS SEXUELS CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES VENUS AUX CDSAJ -----	63
TABLEAU 19: CONNAISSANCES DES METHODES CONTRACEPTIVES-----	64
TABLEAU 20: CAPACITE A DISCUTER DES SUJETS DE SS EN FAMILLE -----	64

GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1: PRINCIPALES ETAPES DE LA RECHERCHE-ACTION	12
GRAPHIQUE 2: REPARTITION DES ADOLESCENTS ET JEUNES AYANT PARTICIPE AUX ACTIVITES RECREATIVES PAR CDSAJ	14
GRAPHIQUE 3 : RÉPARTITION DES ENQUÊTÉS PAR CDS (N= 253)	18
GRAPHIQUE 4 : FREQUENCE DES MOTIFS DE CONSULTATION AU SERVICE DE CONSULTATION GENERALE DES CDSAJ (N= 165)	22
GRAPHIQUE 5 ATTITUDE DES PRESTATAIRES LORS DE L'ACCUEIL DES ADOLESCENTS/ JEUNES EN CONSULTATION GENERALE (N:165)	23
GRAPHIQUE 6 : ATTITUDE DES PRESTATAIRES POUR ASSURER LA CONFIDENTIALITE DE LA CONSULTATION GENERALE (N =165).....	24
GRAPHIQUE 7 : ATTITUDE DES PRESTATAIRES POUR ASSURER LA MISE EN CONFIANCE DE L'ADOLESCENT/ JEUNE (N =165)	24
GRAPHIQUE 8: ATTITUDE DU PRESTATAIRE POUR CONCLURE SUR LE MOTIF DE CONSULTATION OU DIAGNOSTIC (N=165).	25
GRAPHIQUE 9 : ATTITUDE DES PRESTATAIRES LORS DE L'ACCUEIL DES ADOLESCENTS ET JEUNES EN CONSULTATION SSR N=97)	27
GRAPHIQUE 10 : ATTITUDE DES PRESTATAIRES POUR ASSURER LA CONFIDENTIALITE EN CONSULTATION SSR (N = 97)	28
GRAPHIQUE 11 : ATTITUDE DES PRESTATAIRES POUR ASSURER LA MISE EN CONFIANCE DE L'ADOLESCENT/ JEUNE (N=97)	28
GRAPHIQUE 12 : ATTITUDE DU PRESTATAIRE LORS DE LA CONDUITE DE L'ENTRETIEN (N=97)	29
GRAPHIQUE 13 : ATTITUDE DU PRESTATAIRE LORS DE LA CONDUITE D'EXAMEN PHYSIQUE ET FOURNITURE D'INFORMATIONS UTILES (N=97)	30
GRAPHIQUE 14 : ATTITUDE DU PRESTATAIRE POUR CONCLURE ET DONNER DES RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES AU JEUNE APRES L'ENTRETIEN ET L'EXAMEN PHYSIQUE, N=97.....	31
GRAPHIQUE 15 : ATTITUDE DU PRESTATAIRE A CLOTURER LA SEANCE DE CONSULTATION N:97.	31
GRAPHIQUE 16 : SCORE DE QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES DANS LES CDSAJ	32
GRAPHIQUE 17 : DISTRIBUTION DES ENQUETES SELON LE TEMPS QU'ILS METTENT POUR ARRIVER AU CDSAJ (N=253)	34
GRAPHIQUE 18 : ATTITUDE DU PRESTATAIRE EN CONSULTATION GENERALE ET SSR SELON L'APPRECIATION DES JEUNES N: 253.....	39
GRAPHIQUE 19 : DISTRIBUTION DES ENQUETES SELON LE TEMPS QU'ILS METTENT POUR ARRIVER AU CDSAJ (N=125).....	43

ACRONYMES ET SIGLES.

AGR	Activités Génératrices de Revenus
AR	Activités Récréatives
AVEC	Associations Villageoise d'Epargne et de Crédit
CDS	Centre De santé
CDSAJ	Centre De santé Ami de Jeune
COSA	Comités de santé
CPN	Consultation Périnatale
DS	District Sanitaire
EI	Ecart Interquartile
FG	Focus Groups
FOSA	Formation Sanitaire
GASC	Groupement d'Agent de Santé Communautaire
GND	Grossesses Non Désirées
IST/ VIH	Infection Sexuellement Transmissible /Virus de l'Immuno Déficience Acquisée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OS	Objectif Spécifique
PBF	Paiement Basé sur la Performance
PF	Planification Familiale
RDV	Rendez-vous
SADEV	Santé et Développement
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquisée
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VSBG	Violence Sexuelle et Basée sur le Genre

1. INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE GLOBAL

L'adolescence est « la période de la vie humaine entre la puberté et l'âge adulte ». L'OMS définit l'adolescence comme une étape allant de 10 à 19 ans, et la jeunesse comme la période qui s'étend de 15 à 24 ans. C'est une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les fondations d'une bonne santé.

L'adolescence est caractérisée par de profondes modifications qui exposent l'adolescent à des risques élevés pour sa vie et plus particulièrement pour sa santé sexuelle et reproductive. La puberté survient notamment chez la fille avec l'arrivée des premières règles, et signe l'entrée dans l'adolescence¹. Les changements principaux, sous l'effet des hormones, sont l'apparition des caractères sexuels secondaires (développement des seins, de la pilosité, système musculaire), ainsi que l'évolution rapide des caractères sexuels primaires (changement d'apparence de la vulve chez la fille, développement de la verge et des testicules chez le garçon).

Pour grandir et se développer en bonne santé, les adolescents ont besoin d'informations, y compris une éducation complète à la sexualité adaptée à leur âge et qui vise à les doter des connaissances factuelles, des aptitudes, des attitudes et des valeurs portant sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité² qui leur donneront les moyens de s'épanouir dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité ; d'établir des relations sociales et sexuelles respectueuses ; de réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être personnel et celui des autres ; et de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie. À leur passage de l'enfance à l'âge adulte, les adolescents connaissent de nombreux changements physiques, et émotionnels, ainsi qu'un développement cognitif et psychologique, psychique, corporel, physiologique, émotionnel et social rapide³. Diverses études et observations et, à titre illustratif « *Adolescent women's need for and use of sexual and reproductive health services in developing countries* » montrent leur fréquente impréparation à ces changements. La même ignorance est observée chez les adolescents, notamment en Afrique et en Asie, concernant l'endroit où obtenir et la manière d'utiliser une gamme de méthodes contraceptives modernes⁴. Les adolescents ont besoin de connaissances et d'aptitudes pour faire des choix éclairés concernant leur vie, apprendre comment éviter et surmonter les problèmes, et savoir à qui s'adresser pour obtenir de l'aide en cas de besoin.

L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) pour les adolescents et jeunes constitue une préoccupation majeure au niveau mondial. Les adolescents constituent un groupe hétérogène aux besoins différents et changeants, selon leur stade de développement personnel et leurs conditions de vie. Lors du passage de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte, chacun devra acquérir le savoir et les aptitudes nécessaires pour saisir les possibilités et relever les

¹ <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab>

² *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

³ *Édition révisée : principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité – une approche factuelle*. Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2018.

⁴ *Woog V, Singh S, Browne A, Philbin J. Adolescent women's need for and use of sexual and reproductive health services in developing countries*. New York: Guttmacher Institute; 2015 (<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adolescent-womens-need-and-use-sexual-and-reproductive-health>).

défis qui se présenteront dans le monde des adultes, mais acquérir les informations et connaissances de base de santé, d'éducation et de différents services sociaux, et bénéficier de services de santé sexuelle et reproductive abordables et confidentiels. Au rang des principaux obstacles pour l'accès des jeunes aux services de santé, figurent le coût, l'horaire, le lieu peu confidentiel, le manque de connaissances sur les services disponibles et la crainte perçue ou réelle des réactions des prestataires de soins de santé⁵, et de l'entourage.

Par ailleurs, une étude documentaire conduite dans 4 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (Guinée, Sénégal, Tchad et Togo) avec l'appui de l'UNFPA et MUSKOKA a également confirmé que⁶ ni les dispensateurs de ces services ni les systèmes dans lesquels ils travaillent n'étaient généralement organisés pour pourvoir aux besoins des adolescents et jeunes et faire appliquer leurs droits.

Selon l'étude « Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents »⁷, les grossesses précoces et notamment celles non désirées chez les adolescentes constituent un problème important. En 2016, on a estimé à 21 millions le nombre des filles âgées de 15 à 19 ans qui étaient enceintes dans les pays en développement, 12 millions d'entre elles environ ayant accouché. Par ailleurs, selon les estimations de l'étude « Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue – new estimates from demographic and household surveys in 42 countries »⁸, 2,5 millions de filles âgées de moins de 16 ans accouchent chaque année dans les pays pauvres en ressources. L'étude « Preventing adolescent pregnancy »⁹ rappelle que les facteurs favorisant des grossesses chez les adolescentes sont propres au contexte, tel le mariage d'enfants, la pauvreté, l'absence de perspectives et les valeurs sociales ou culturelles liées à la féminité et à la maternité. Les grossesses précoces chez les adolescentes ont des conséquences sanitaires majeures, car les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la cause principale de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde, 99 % des décès maternels de femmes âgées de 15 à 49 ans survenant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme l'ont respectivement démontré les études « Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015 »¹⁰ et « Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015 – Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies »¹¹. L'étude multi-pays réalisée par l'OMS « Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study » rappelle les risques encourus par les mères adolescentes, notamment celles âgées de 10 à 19 ans qui sont plus

⁵ Moreale MC, Kappahahn CJ, Elster AB, Juszcak L, Klein JD. Access to health care for adolescents and young adults: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 2004; 35:342–44.

⁶ UNFPA – MUSKOKA, *Services de Santé Sexuelle et Reproductive aux Adolescents et aux Jeunes, Éléments clés pour une mise en œuvre et mise à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre*

⁷ Darroch J, Woog V, Bankola A, Ashford L. *Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents*. New York: Guttmacher Institute; 2016

⁸ Neal S, Matthews Z, Frost M, Fogstad H, Camacho AV, Laski L. *Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue – new estimates from demographic and household surveys in 42 countries*. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012; 91(9):1114–1118.

⁹ *Girlhood, not motherhood: Preventing adolescent pregnancy*. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2015.

¹⁰ *Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

¹¹ *Tendances de la mortalité maternelle: 1990-2015 – Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.

exposées au risque d'éclampsie, d'endométrite puerpérale et d'infections systémiques que les femmes âgées de 20 à 24 ans¹².

Pour ce qui est des conséquences sociales, les adolescentes enceintes qui ne sont pas mariées peuvent être la cible d'une stigmatisation, d'un rejet ou d'actes de violence de la part de leur partenaire, de leurs parents et d'autres adolescents¹³. La grossesse chez une adolescente peut aussi compromettre ses chances futures en matière d'éducation et d'emploi^{14, 15}.

En prévenant les grossesses précoces et non désirées, la contraception peut aider à réduire la morbidité et la mortalité chez la mère et le nouveau-né et à réduire les avortements non sécurisés. De ce fait, les préservatifs masculins et féminins assurent par ailleurs une double protection contre les grossesses non désirées et contre les IST, y compris le VIH. Si les besoins des adolescentes en matière de contraception étaient satisfaits, les coûts sanitaires, sociaux et économiques associés des 2,1 millions de naissances non planifiées, des 3,2 millions d'avortements et des 5600 décès maternels pourraient être évités.

L'une des approches utilisées pour la promotion de l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les jeunes est l'approche « centre de santé ami des jeunes »¹⁶.

1.2 CONTEXTE SPECIFIQUE

Au Burundi, les données démographiques indiquent que la population burundaise est très jeune avec 65% de personnes de moins de 25 ans et 51,5% de moins de 18 ans¹⁷. Selon les résultats de différentes enquêtes et études récentes reprises dans les documents stratégiques nationaux^{18,19}, les adolescents et les jeunes sont confrontés à plusieurs défis en matière de SSR²⁰. En effet, ils sont peu informés sur les méthodes contraceptives modernes, ils sont entraînés dans des relations sexuelles précocement et avec de multiples partenaires. Ces comportements pouvant être à l'origine d'un nombre élevé de grossesses précoces et non-désirées, susceptibles de conduire à des avortements clandestins, infanticides, décès maternels, fistules obstétricales, abandons d'enfants, mariages précoces et abandons scolaires²¹. Ainsi, selon le rapport sur la santé des jeunes au Burundi²², 2/5 des jeunes ont eu leur première relation sexuelle avant 15 ans (Age médian 1ère relation : 16 ans) et 60% des jeunes, sans désir de grossesse, n'ont pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel.

¹² Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014;121(Suppl. 1):40-48.

¹³ *Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy*. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2015

¹⁴ *Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy*. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2015

¹⁵ Merrick T. Making the case for investing in adolescent reproductive health: a review of evidence and PopPov research contributions. Washington, DC: Population and Poverty Research Initiative and Population Reference Bureau; 2015.

¹⁶ ILENE S. SPEIZER, Ph.D., ROBERT J. MAGNANI, Ph.D., AND CHARLOTTE E. COLVIN, M.A. The Effectiveness of Adolescent Reproductive Health Interventions in Developing Countries: A Review of the Evidence: *JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH* 2003; Vol. 33, No. 5

¹⁷ EDS III, 2016

¹⁸ Programme conjoint 2016 - 2020 : Améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes au Burundi

¹⁹ Stratégie nationale de la santé des adolescents au Burundi, Novembre 2015

²⁰ INSP, La santé des jeunes de 10 à 24 ans au Burundi, enquête 2019

²¹ Plan stratégique national de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents 2019-2023

²² INSP, La santé des jeunes de 10 à 24 ans au Burundi, enquête 2019

En dépit de nombreuses initiatives du gouvernement burundais et ses partenaires, seuls 13% des jeunes dont 1,3% chez les 15-19 ans et 11,7% chez les 20-24 ans utilisent les méthodes contraceptives modernes au Burundi²³.

Face à cette situation, MEMISA Belgique et ses partenaires se sont engagés aux côtés du gouvernement burundais pour améliorer la SSR des adolescents et jeunes dans les provinces de Karuzi, Muyinga et Bubanza, depuis 2019 dans le cadre du Projet Twiteho Amagara, à travers un projet d'appui aux CDS érigé en sous-composante du Projet Twiteho Amagara financé par l'Union Européenne (UE). L'intervention comprend 3 volets visant à attirer les jeunes dans les centres de santé amis des jeunes (CDSAJ) afin de les sensibiliser à la SSR et faciliter leur accès aux soins adaptés aux adolescents et jeunes.

1.3 OBJECTIF

La présente recherche – action se propose de contribuer aux efforts du gouvernement burundais en vue d'améliorer le recours des adolescents et des jeunes aux services spécifiques, dédiés à leur SSR, dans les centres de santé amis des jeunes (CDSAJ).

1.4 LOGIQUE D'INTERVENTION

L'intervention mise en œuvre par le consortium MEMISA vise à améliorer le recours des adolescents et des jeunes aux services spécifiques, dédiés à leur SSR et contribuant à leur épanouissement dans les CDSAJ qui, outre le paquet minimum des activités habituelles proposées dans les CDS, offrent des prestations de SSR aux adolescents et jeunes.

Tableau 1: Logique d'intervention

Problèmes	Activités	Effets / changements	Résultats / impact
<ul style="list-style-type: none"> - Faible recours aux CDS pour SSR - Accueil non optimal pour les jeunes - Stigmatisation des jeunes - Manque d'infos SSR - ... 	<p>Création Centres Amis des Jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formations prestataires (accueil, prise en charge...) - Fourniture matériel <u>médico-technique</u> - Mise à disposition activités attractives (jeux) associées aux causeries - Réseautage avec les acteurs proches des jeunes (écoles, églises, structures associatives...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestataires aptes à une PEC adaptée aux jeunes - Activités attractives motivent les jeunes à participer aux sensibilisations - Sensibilisation SSR adaptée aux jeunes - Réseaux permettent d'attirer + de jeunes (tous profils) - Jeunes bien accueillis et informés 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'utilisation des services SSR - Amélioration des connaissances et pratiques SSR <p style="text-align: center;">Amélioration de la santé des jeunes</p>

➤ **Avant l'intervention dans les CDS concernés, les problèmes ci-après étaient régulièrement renseignés:**

- Un accueil non optimal pour les jeunes avec stigmatisation et une tendance à l'infantilisation par les prestataires ;
- Un manque d'information pour les jeunes, les adolescents, les prestataires et la communauté sur la santé sexuelle et reproductive ainsi que sur les droits sur la thématique
- Un faible recours des adolescents et jeunes aux CDS pour les services SSR

²³ Plan stratégique national de la sante de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents 2019-2023

➤ **La présente intervention a permis de mener les activités ci-après :**

Une série de formations a été réalisée, et notamment celles portant sur :

- Formation sur les services conviviaux adaptés aux adolescents et jeunes
- Formation des formateurs sur l'organisation et la gestion des CDSAJ
- Formation in situ du personnel soignant et d'appui des CDSAJ sur l'organisation et la gestion des CDSAJ
- Formation des membres des comités de réseautage sur leur rôle et attributions

A cet effet, la présente intervention a permis d'apporter **les inputs** ci-après et a permis l'acquisition de :

- Meilleures connaissances des prestataires sur la spécificité de l'interaction nécessaire entre l'adolescent/jeune et le prestataire, à la base :
 - D'un bon accueil pendant les consultations, des attitudes positives, la conduite d'une séance de counseling, la conduite d'une séance de causerie éducative,
- Meilleures connaissances des prestataires sur la prise en charge des problèmes de SSRAJ spécifiques aux adolescents/jeunes
 - Prévention des grossesses non souhaitées chez les adolescentes et les jeunes (counseling en lien avec les comportements à risque, contraception, y compris la contraception en urgence, etc.), gestion de la menstruation, prise en charge médicale des survivants des VSBG, prévention et prise en charge des *IST/VIH/SIDA* chez les adolescents et jeunes
- Meilleures connaissances des prestataires et personnel d'appui sur l'organisation et la gestion des services de SSRAJ
 - Approches et stratégies visant à accroître la demande des services SSRAJ, création d'un environnement favorable à la fréquentation et l'utilisation des services SSRAJ, horaires de prestations favorables à la disponibilité, la sécurité et l'intimité des jeunes qui fréquentent le CDSAJ, établissement d'un **circuit des jeunes au sein du CDS**, réservation des espaces adaptés aux adolescents et jeunes

Les équipements des CDS ont été renforcés :

- Identification des besoins et des équipements nécessaires (analyse de l'état des lieux des CDS en termes des besoins et des capacités d'acquisition des équipements)
- Acquisition des équipements (appels d'offres, commandes, réception)
- Dotation des équipements (transport et remise aux CDSAJ avec procès-verbaux de remise).

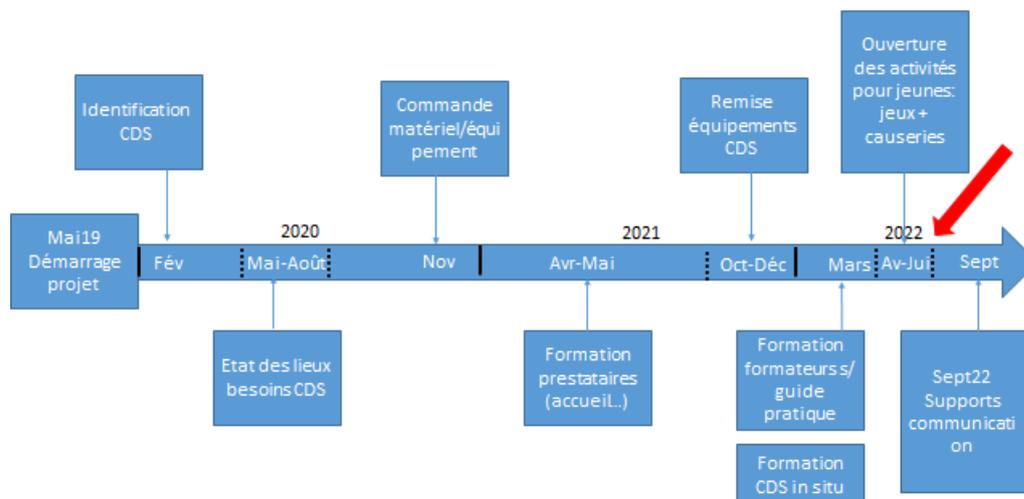
A cet effet, la présente intervention a permis d'apporter **les inputs** ci-après et a permis l'acquisition de :

- Matériel pour l'offre des services en SSR : consultations contraceptives, consultations prénatales, accouchements.
- Matériel pour attirer les adolescents et jeunes par des activités ludiques (jeux) permettant d'en profiter pour les sensibiliser au moyen du matériel audio-visuel (poste-téléviseur et lecteurs DVD avec les supports de communication : les clés USB et les boîtes à images)
- Outils de communication pour sensibilisation, et notamment des mégaphones.

Le réseautage a été renforcé :

- En se référant au Guide d'organisation et de gestion des CDSAJ, des ateliers d'élaboration et de validation des plans d'action de chaque comité de réseautage ont été organisés.
- Appui à la mise en œuvre des activités des plans d'action (séances de sensibilisation communautaires, réunions mensuelles des comités de réseautage, travaux d'aménagement du CDSAJ et installations solaires aux besoins, ballons et maillots de football pour la mise en place des concours collinaires, les tenues pour les groupes de danseuses, des imperméables et tee-shirts pour les membres des comités de réseautage.
- Mise en place des comités de réseautage autour de chaque CDSAJ pour promouvoir la SSRAJ dans l'aire de santé, avec une participation multisectorielle impliquant les jeunes scolarisés, non-scolarisés et ceux des associations des jeunes; les autres secteurs communautaires étant également inclus (leaders communautaires et religieux, enseignants, les prestataires, administration locale).

Graphique 1: Principales étapes de la recherche-action



➤ Les résultats intermédiaires suivants étaient escomptés :

En matière de formation:

- Les prestataires acquièrent des connaissances sur les services conviviaux adaptés aux adolescents et jeunes qui leur permettent d'être capables d'organiser et de gérer un CDSAJ et, partant, d'améliorer la qualité de l'accueil des jeunes au CDSAJ (accueil convivial, sans stigmatisation ni infantilisation, avec écoute attentive, dignité et confidentialité) d'une part et, d'autre part, de prendre en compte les problèmes des jeunes à chaque niveau de contact avec les prestataires
- Les membres des comités de réseautage organisent les activités de sensibilisation communautaire sur la thématique SSRAJ, ce qui permet aux adolescents et jeunes de disposer d'informations correctes sur la SSR et les droits y relatifs, et d'améliorer (en quantité et en qualité), le recours des adolescents et jeunes aux CDS et aux services SSR.

En matière d'équipement des CDS:

- Les services de SSRAJ sont renforcés en équipements
- Les jeunes utilisent les équipements attractifs

En matière de réseautage :

- Les séances de sensibilisation communautaire sont organisées
- Les réunions mensuelles sont tenues.

➤ Le résultat final ci-après est atteint :

- Amélioration de la santé des jeunes avec des connaissances et pratiques en SSRAJ améliorées et une utilisation des services SSR par les adolescents et jeunes améliorée.

➤ Les questions de recherche se déclinent comme suit:

- *La formation des professionnels de santé permettait-elle une prise en charge adaptée des jeunes lors des consultations ?*
- *Quelle est la perception des jeunes par rapport à leur expérience d'utilisation des services ?*
- *Quelle est la satisfaction des jeunes par rapport à cette offre récréative (matériel et causeries) ?*
- *L'intervention du consortium MEMISA répond-elle aux besoins des jeunes ?*

2. METHODOLOGIE

2.1 TYPE D'ETUDE

La présente étude constitue « **une étude transversale** » à visée analytique.

2.2 DEROULEMENT DE L'ETUDE

Après validation du protocole de recherche et des outils de collecte des informations quantitatives et qualitatives, le Bureau d'études « Santé et Développement (SADEV) » a été recruté pour la mise en œuvre du protocole et outils. Outre ses consultants-chercheurs, le bureau a eu recours à une équipe d'enquêteurs.

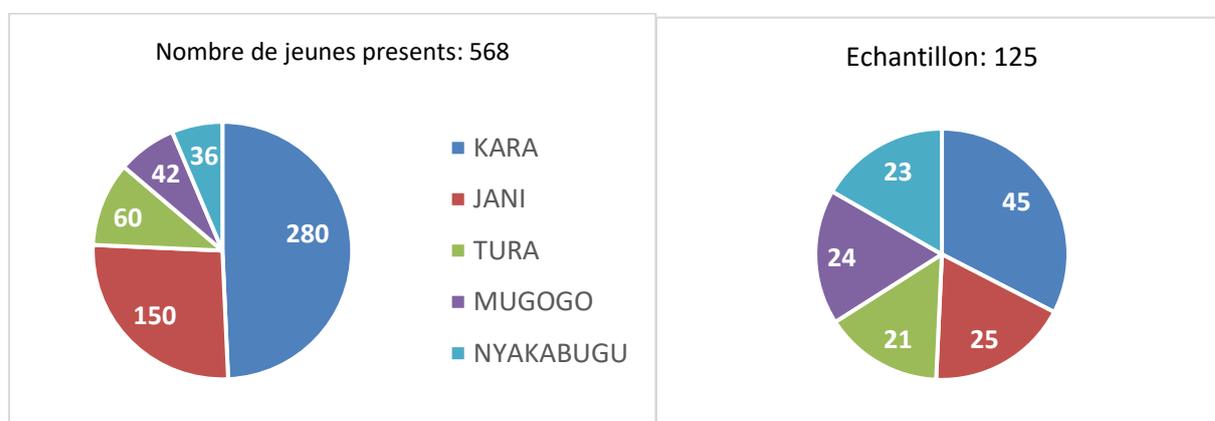
2.3 LIEUX D'ETUDE

L'étude s'est déroulée dans les aires de santé de 5 CDSAJ des provinces de Muyinga et Karusi de la zone d'intervention du consortium MEMISA. Les 5 CDSAJ ainsi retenus sont, dans la province de Muyinga, Tura dans le DS de Giteranyi, Kara dans le DS de Muyinga et Jani dans le DS de Gashoho. Dans la province de Karusi 2 CDSAJ ont été sélectionnés, Mugogo dans le DS de Nyabikere et Nyakabugu dans le DS de Buhiga. Chaque district sanitaire a été étroitement impliqué dans le choix d'un CDS qui devait être appuyé pour remplir les conditions pour devenir un CDSAJ. Les CDS de la province de Bubanza n'ont pas été pris en compte du fait que, à la fin du programme de l'UE, le suivi de l'intervention ne serait assuré que pour les provinces de Muyinga et Karusi où MEMISA poursuit des interventions provenant d'autres sources de financement.

2.4 POPULATION-CIBLE DE L'ETUDE

L'étude a ciblé la population d'adolescents et jeunes âgés de 10 à 24 ans qui fréquentent ces 5 CDSAJ. Tout au long de la présente enquête, l'enquêteur a été invité à trouver un endroit isolé, permettant de garantir une bonne confidentialité de l'entretien sans interaction avec les autres personnes présentes lors de ces activités.

Graphique 2: Répartition des adolescents et jeunes ayant participé aux activités récréatives par CDSAJ



2.5 OBJECTIFS ET COLLECTE DE DONNEES

L'étude a été structurée autour des objectifs suivants :

Objectif 1: Analyser le déroulement des consultations dédiées aux adolescents et jeunes.

Cet objectif visait à répondre à la question de recherche ci-après: « *La formation des professionnels de santé permettait-elle une prise en charge améliorée et adaptée des jeunes lors des consultations* » ?

Objectif 2 : Analyser la satisfaction des jeunes par rapport à leur prise en charge lors des consultations.

Pour sa part, le présent objectif visait à répondre à la question de recherche ci-après: « *Quelle est la perception des jeunes par rapport à leur expérience d'utilisation des services* » ?

Les objectifs 1 et 2 ont concerné les mêmes adolescents et jeunes qui ont été observés durant leur consultation et interviewés à la sortie de celle-ci.

Echantillonnage Obj1 et 2:

La collecte des données a concerné tous les adolescents et jeunes âgés de 10 ans à 24 ans, reçus en consultation générale et ou préventive, sauf celles dont le motif de consultation était l'accouchement ou la consultation post-natale.

Au total, un effectif de 253 adolescents et jeunes a été consulté durant la période de l'enquête (5 jours ouvrables dans chaque CDSAJ). En effet, 165 ont été reçus en consultation générale et 88 ont consulté directement le service préventif pour des motifs en rapport avec la SSR.

Méthode:

Afin de vérifier et analyser si la formation des professionnels de santé permettait à ces derniers d'appliquer réellement ce qu'ils ont appris, et si les jeunes recevaient une attention particulière et une prise en charge adaptée lors des consultations, l'étude a adopté **une méthodologie d'observation passive des consultations** des adolescents et jeunes au niveau des 5 CDSAJ. Il s'est agi d'observer et de prendre note, sur une grille d'observation, de tous les faits et gestes relatifs aux pratiques professionnelles, depuis l'accueil de ces adolescents et jeunes au CDSAJ jusqu'à leur prise en charge dans le bureau du prestataire, en consultation générale et ou en consultation préventive (assurant généralement les services et soins de SSR). Cette observation a été réalisée par un enquêteur de profil médical formé à l'utilisation de l'outil d'observation et le masque de saisie y relatif. Dans un second temps, il s'est agi d'administrer un questionnaire à chaque adolescent et jeune à sa sortie de consultation. Cela a été une occasion de collecter des informations sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes qui fréquentent les CDSAJ en matière de SSR.

Objectif 3 : Analyser le dispositif d'activités récréatives²⁴

Le présent objectif visait à répondre aux questions de recherche ci-après:

- « *Quelle est la satisfaction des jeunes par rapport à cette offre récréative (matériel et causeries) » ?*
- « *L'offre récréative favorise-t-elle les échanges prestataires-jeunes et leur recours aux services SSR » ?*

Méthode: Il s'est agi d'une étude transversale quantitative auprès des jeunes participants aux activités récréatives.

Echantillonnage :

Au niveau des 5 CDSAJ visités, 568 adolescents et jeunes étaient présents dans les activités récréatives. Parmi eux, 125 ont été échantillonnés à l'aide de l'application de tirage au sort RNG « Random Number Generator » installée sur les smartphones des enquêteurs. Après avoir fourni le nombre de jeunes et adolescents présents et le nombre que l'on veut tirer parmi eux, l'application a donné les numéros de ceux qui sont éligibles pour répondre au questionnaire de la présente enquête.

Pour les CDSAJ de Jani et Kara, les jeunes des écoles avoisinantes qui, d'habitude, ne fréquentaient pas ces CDSAJ pour ces activités avaient été mobilisés par les responsables desdits CDSAJ pour prendre part aux activités attractives. Au regard des effectifs particulièrement élevés (568 jeunes), du temps imparti (2 heures un après-midi par semaine) et du nombre d'enquêteurs alloués à cette tâche, la segmentation par sexe et par tranches d'âges n'a pas pu être réalisée.

Outil: Un questionnaire administré par l'enquêteur lors des séances attractives. Des questions spécifiques ont permis de connaître la fréquence de fréquentation du jeune, et de savoir s'il a consulté un prestataire depuis qu'il participe aux activités attractives, ainsi que sa perception des causeries.

Ce volet de l'étude a également permis de collecter des informations sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes qui fréquentent les CDSAJ en matière de SSR. Le moment de la présente collecte pourrait être considéré comme « **la ligne de base** » (**Baseline**) étant entendu que l'intervention est totalement opérationnelle depuis très peu de temps.

Objectif 4 : Analyser la satisfaction des jeunes via les pairs éducateurs

Le présent objectif visait à répondre à la question de recherche ci-après:

« *L'intervention du consortium MEMISA répond-elle bien aux besoins des jeunes* » ?

Méthode: Un focus group (FG) a été réalisé pour chaque CDSAJ et a ciblé les jeunes membres des réseaux de jeunes (représentant leurs pairs dans le comité des réseaux). Pour garantir que les jeunes prenant part à ces FG (outre les membres des réseaux) étaient suffisamment diversifiés, un choix raisonné a été réalisé. Grâce aux membres des réseaux qui connaissent

²⁴ **Note au lecteur :** Une « activité récréative » désigne ici un package complet comprenant des jeux avec une séance de causerie. Lorsqu'il ne s'agit que des « jeux ludiques », alors on parle « d'activité attractive ».

les autres jeunes, un certain nombre de jeunes qui n'ont pas peur de s'exprimer et qui fréquentent régulièrement le CDSAJ, et notamment les activités récréatives a été sélectionné; prenant en compte la diversité d'âges et de genres, les jeunes scolarisés et non scolarisés, les jeunes exerçant un travail rémunéré et les chômeurs, etc. A cet effet, 60 jeunes ont été activement impliqués, soit 12 participants par FG et par CDSAJ.

Avant de démarrer les FG, nos équipes avaient noté que les participants qui s'étaient présentés aux activités récréatives étaient anormalement nombreux et composés principalement d'adolescents et jeunes scolarisés. Dans chacun des CDSAJ visités, 12 adolescents / jeunes ont été sélectionnés après échantillonnage en s'assurant de la représentativité des trois catégories de jeunes membres du Comité du réseau du CDSAJ, jeunes scolarisés/non scolarisés et représentants des associations de jeunes). Les 12 jeunes par CDSAJ étaient choisis selon une parité filles/garçons et en fonction de leur familiarité par rapport au CDSAJ (les habitués membres du réseau ou les jeunes qui venaient souvent au CDSAJ).

Outil: Un guide d'entretien visant à récolter leur ressenti par rapport au dispositif déployé et collecter leurs éventuelles suggestions a été utilisé. Avec l'accord des participants, le focus group a été intégralement enregistré afin de pouvoir être retranscrit intégralement pour l'analyse.

Analyse des données: Sur base des différentes thématiques prévues dans le guide, les transcriptions ont été codées et analysées thématiquement. Des verbatims ont également été extraits afin d'illustrer l'analyse.

Synthèse de la méthodologie.

Une grille d'observation « papier » a été utilisée pour suivre la consultation (générale et SSR), elle a ensuite été retranscrite dans un format électronique.

Pour les questionnaires administrés (consultation OS 2 et activités récréatives OS 3), un masque de saisie a été conçu dans l'application FieldTask et téléchargé sur les smartphones des enquêteurs et chercheurs. Ces données ont été transférées en ligne sur le serveur, en fin de journées après un contrôle de qualité par le chercheur.

Un plan de contrôle de la qualité des données a été implémenté dans le masque et en même temps sur le serveur. Un feedback a été régulièrement envoyé et une validation du taux de travail journalier ont été quotidiennement organisés entre le Chercheur statisticien / Gestionnaire du serveur et les équipes de terrain.

L'analyse statistique a été conduite avec RStudio, Excel et SPSS pour générer les graphiques et tableaux. L'analyse des données a été descriptive, sur la base de variables en catégories, et qui ont été résumées sous forme de pourcentages et présentés dans des tableaux et graphiques.

La moyenne et l'écart-type ont été utilisés pour la description des variables avec une distribution normale. La médiane et l'espace interquartile ont été utilisés notamment lorsque la distribution n'était pas normale.

Dans tous les tests réalisés, le niveau de signification a été fixé à 5% pour décider si oui / non, les différences sont significatives (p-value).

3. RESULTATS

3.1. PROFIL DES ADOLESCENTS ET JEUNES RECUS AUX CDSAJ

3.1.1 INTRODUCTION

Dans le cadre des deux premiers objectifs de l'étude, la collecte des données a concerné tous les adolescents et jeunes âgés de 10 ans à 24 ans, reçus en consultation générale et ou préventive, sauf celles dont le motif de consultation était l'accouchement ou la consultation post-natale.

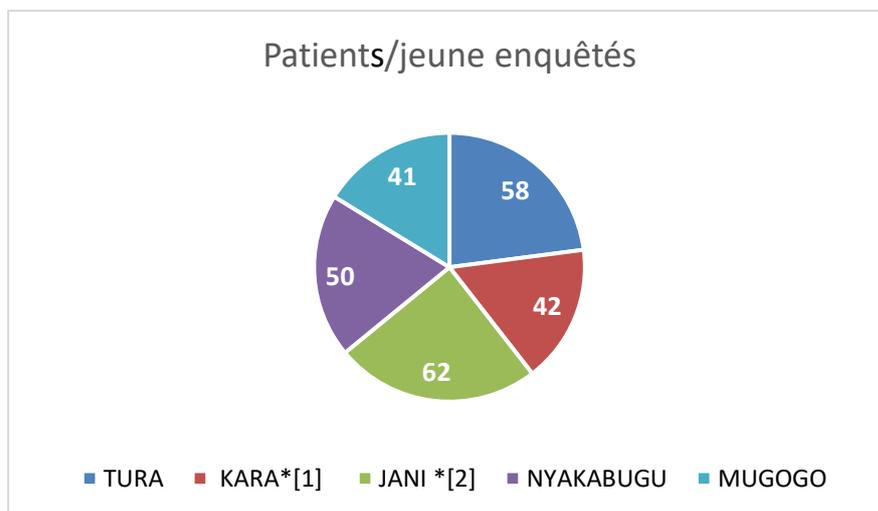
Au total, **un effectif total de 253 adolescents et jeunes a été consulté dans les cinq CDASJ** visités. En effet, 165 ont été reçus en consultation générale et 88 ont consulté directement le service préventif pour des motifs en rapport avec la SSR.

Parmi ces 165 adolescents et jeunes, **9 ont sollicité des services SSR et ont été transférés vers les services préventifs, totalisant ainsi 97 adolescents et jeunes qui ont bénéficié d'une consultation et prise en charge en SSR.**

➤ Effectif des enquêtés selon les cinq CDSAJ visités.

Le graphique ci-dessous montre que la répartition des 253²⁵ enquêtés selon les 5 CDSAJ était relativement équilibrée.

Graphique 3 : Répartition des enquêtés par CDS (n= 253)



3.1.2 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES JEUNES VUS EN CONSULTATIONS AUX CDSAJ

➤ L'âge et le sexe

La répartition des enquêtés selon les tranches d'âge s'établit comme suit: [de 10 ans à 14 ans : 38], [de 15 ans à 19 ans : 81] et [de 19 à 24 ans 133]. La majorité de ces adolescents et jeunes

²⁵ Au CDSAJ de Kara, 2 jeunes ont été consultés au cours de la semaine de collecte de données, sans faire partie de cette enquête, car ils ont été reçus avant 8h et étaient déjà rentrés à l'arrivée des enquêteurs. Au CDSAJ de Jani, 3 jeunes ont été consultés au cours de la semaine de collecte de données, sans faire partie de la population enquêtée, car ils ont été vus au-delà de 18h alors que l'équipe d'enquêteurs était déjà rentrée (conformément aux recommandations des consignes de sécurité).

reçus en consultation se situe dans la tranche d'âge de 20 à 24 ans (53%) et est de sexe féminin (85%) (Tableau 2).

➤ **L'occupation, le niveau d'instruction, le statut marital, la taille de la famille**

Parmi l'ensemble des adolescents et jeunes interrogés, 61% se sont déclarés **chômeurs** (ou avec un travail familial non rémunéré), les élèves correspondaient à 18% de l'ensemble des répondants. Parmi 208 adolescents et jeunes qui n'étaient pas en cours de **scolarité**, la majorité avait tout de même fréquenté l'école dans le passé, soit 91%, parmi lesquels, seulement 2% déclarent avoir achevé leurs études. Au moment de l'enquête, 66% des adolescents et jeunes avaient un niveau de scolarité situé entre la 1^{ière} et la 6^{ème} année fondamental. Le niveau d'alphabétisation a été analysé en demandant de lire au moins une simple phrase, 75% des enquêtés étaient capables de lire parfaitement et 21% ne savaient pas lire du tout (Tableau 2).

Par rapport au **statut marital**, 58% de ces adolescents et jeunes observés étaient mariés, soit plus de la moitié et 41% étaient des célibataires. Aussi, la moitié de ces jeunes (50%) vivait avec leurs conjoints, tandis que 40% vivaient encore avec leurs parents. La majorité de ces adolescents et jeunes provenaient des ménages à famille nombreuse avec un nombre médian de 6 enfants. Le 1^{ier} et 3^{ème} quartile étaient respectivement à 5 et 8 enfants, ce qui signifie que 25% provenaient des ménages ayant 8 enfants ou plus et que 50% ont 6 enfants ou plus. Au sein des adolescents et jeunes, 45% occupent le 4^{ème} rang (ou plus), dans leurs fratries respectives (Tableau 2).

➤ **La santé perçue, le bien-être et la capacité à prendre de bonnes décisions en santé sexuelle**

Environ 1/5 des adolescents et jeunes interviewés à la sortie des consultations, ne se sentait pas en « très bonne santé » (19%), alors que 56% s'estimaient en « bonne santé ». Par ailleurs, la majorité de ces mêmes jeunes (71%) avait le sentiment d'être « heureux » le jour de l'enquête, au moment où 1/5 se sentaient soit, « pas heureux » (16%) soit « pas du tout heureux » (4%). Concernant leur capacité à prendre de bonnes décisions relatives à leur santé sexuelle, une large majorité (83%) a affirmé en avoir la pleine capacité (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon leurs caractéristiques socio-démographiques

CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES	CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES
Sexe (n=253) Féminin Masculin	215 (85%) 38 (15%)	Capacité à lire une phrase (n=253) Ne peut pas lire du tout Peut lire une partie de la phrase Peut lire toute la phrase Problème de vue	53 (21%) 7 (3%) 191 (75%) 2 (1%)
Occupation (n=253) Chômeur Elève Travailleur	154 (61%) 45 (18%) 54 (21%)	Statut marital (n=253) Célibataire Marié Divorcé	104 (41%) 146 (58%) 3 (1%)
Age (n=253) 10-14 ans 15-19 ans 20-24 ans	39 (15%) 81 (32%) 133 (53%)	Nombre d'enfants dans le ménage (n=253) Médiane (EI ²⁶)	 6 (5 8)
Rang dans la fratrie (n=253) 1 ^{ier} 2 ^{ème} 3 ^{ème} 4 ^{ème} et plus	52 (21%) 52 (21%) 34 (13%) 115 (45%)	Niveau de formation au jour de l'enquête²⁷ (n=253) Sans Fondamental 1-6 Fondamental 7-9 Post fondamental	19 (7%) 166 (66%) 54 (21%) 14 (6%)
En cours de scolarité (n=253) Oui Non	45 (18%) 208 (82%)	Que dirais-tu de ta santé (n=253) Excellente Bonne Plutôt bonne Pas très bonne	23 (9%) 141 (56%) 41 (16%) 48 (19%)
Avoir fréquenté l'école dans le passé (n=208) Oui Non	189 (91%) 19 (9%)	Comment te sens-tu pour le moment ? (n=253) Très heureux Heureux Pas heureux Pas heureux du tout	22 (9%) 181 (71%) 40 (16%) 10 (4%)
Avoir terminé/abandonné les études (n=189) Abandonné Terminé	185 (98%) 4 (2%)	Capacité à prendre de bonnes décisions en santé sexuelle (SS) (n= 253) Capable Un peu capable Non capable Ne sait pas	210 (83%) 14 (5%) 25 (10%) 4 (2%)
Avec qui vis-tu souvent ? (n=253) Mes parents Mon conjoint / Ma conjointe Mon propre logement Autre	101 (40%) 126 (50%) 24 (9%) 2 (1%)		

3.1.3 ACCES GEOGRAPHIQUE ET CARACTERISTIQUES DES MENAGES

➤ Accès géographique aux services et soins de santé dans les CDSAJ

Parmi les 253 adolescents et jeunes interviewés, 15% viennent consulter les cinq CDSAJ alors que ces derniers ne sont pas les plus proches de leurs domiciles. Par ailleurs, considérant le temps mis pour arriver au CDSAJ ciblé par cette étude, 27% de l'ensemble des 253 adolescents et jeunes font un trajet de plus d'une heure à pied.

²⁶ EI : Ecart interquartile

²⁷ Le niveau de formation est donné par la classe dans laquelle sont celles et ceux encore à l'école, la dernière classe visitée pour celles et ceux qui ont abandonné et la dernière atteinte pour celles et ceux qui ont terminé leurs études.

➤ Type de logement et niveau d’instruction du chef de ménage.

La large majorité (69%) des adolescents et jeunes enquêtés a déclaré vivre dans des logements en briques adobes couverts de tôles ou de tuiles. Par rapport aux équipements disponibles dans ces ménages, le téléphone a été le plus fréquemment cité avec 58%, alors que l’eau courante ne serait disponible que dans 4% seulement des ménages.

Quant au niveau d’instruction du chef de ménage, la majorité (34%) a fréquenté l’école primaire, et seulement 18% ont pu terminer leur cycle primaire. (*Tableau 3*)

Tableau 3: Répartition des enquêtés selon les caractéristiques de leurs ménages

CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES	CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES
Proximité par rapport au CDSAJ (n=253)	216 (85%)	Equipements de la maison (n=253)	
Oui	37 (15%)	Téléphone portable	147 (58%)
Non		Poste de Radio	81 (32%)
		Panneau solaire	68 (27%)
Temps mis pour arriver au CDSAJ à pieds (n=253)		Vélo	65 (26%)
Moins de 30 minutes	81 (32%)	Eau courante	11 (4%)
30 minutes à 1 heure	104 (41%)	Aucun de ces équipements	69 (27%)
Plus de 1 heure	68 (27%)		
Type de maison (n=253)		Niveau d’étude du chef de ménage (n=253)	
Motte de terre avec paille	26 (10%)	N’a jamais été à l’école	58 (23%)
Briques adobes avec pailles	43 (17%)	Primaire non terminé	87 (34%)
Briques adobes avec tôles/tuiles	174 (69%)	Primaire terminé	45 (18%)
Briques cuites avec tôles/tuiles	6 (2%)	Secondaire non terminé	37 (15%)
Maison plus moderne	4 (2%)	Secondaire terminé	7 (3%)
		Supérieur	0 (0)
		Ne sait pas	10 (4%)
		Autre (Yagamukama) ²⁸	9 (4%)

3.2. OBSERVATION DES CONSULTATIONS DEDIEES AUX ADOLESCENTS ET JEUNES

3.2.1. QUALITE DE LA CONSULTATION GENERALE

Parmi les 253 adolescents et jeunes ayant consulté, 165 ont été accueillis et pris en charge dans les services de consultation générale. Ils ont suivi le circuit habituel du patient dans les CDS. La majorité (78%) de ces adolescents et jeunes était de sexe féminin (78%), âgés de 20 à 24 ans (41%), chômeurs (53%) et 80% étaient capables de lire une phrase.

Tableau 4 : Caractéristiques des adolescents et jeunes reçus en consultation générale

CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES	CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES
Tranches d’âge (n=165)		Occupation (n=165)	
10-14 ans	38 (23%)	Chômeur	87 (53%)
15-19 ans	60 (36%)	Elève	44 (27%)
20-24 ans	67 (41%)	Travailleur	34 (20%)
Sexe (n=165)		Capacité à lire (n=165)	
Féminin	129 (78%)	Ne peut pas lire du tout	29 (18%)
Masculin	36 (22%)	Peut lire seulement une partie	4 (3%)
		Peut lire toute la phrase	132 (80%)

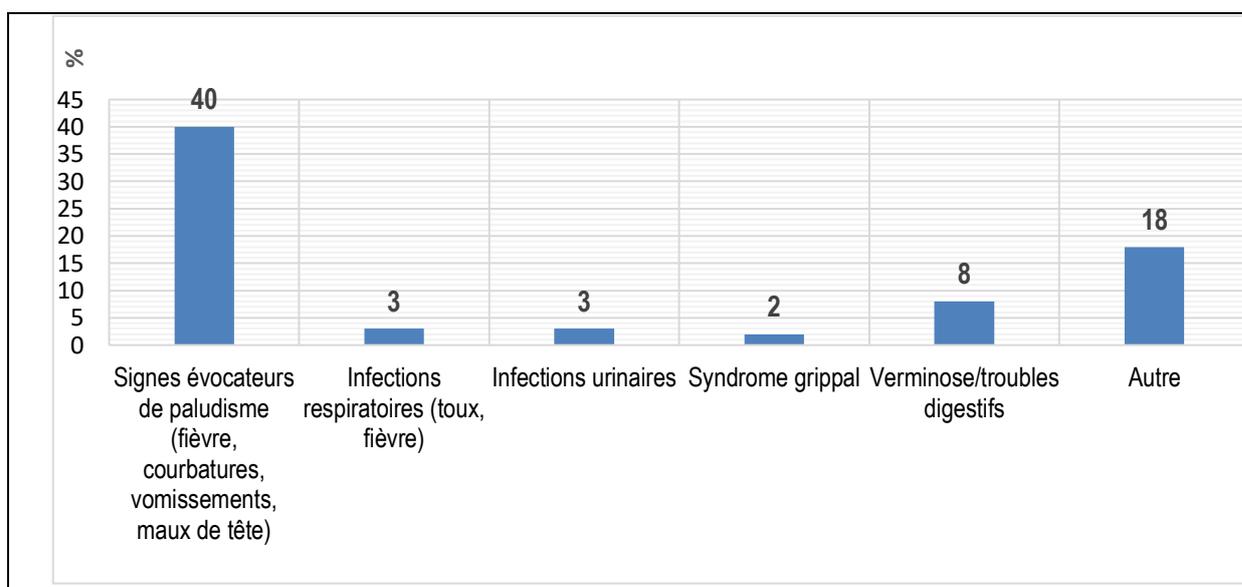
²⁸ Alphabétisation dispensée par l’église catholique

3.2.1.1 Motifs de consultation

Les motifs de consultation générale ont été regroupés en six catégories à savoir, (i) des signes évocateurs de paludisme (*fièvre, courbatures, vomissements, maux de tête*), (ii) des infections respiratoires (toux, fièvre), (iii) des infections urinaires, (iv) un syndrome grippal, (v) des verminoses et troubles digestifs.

Au terme d'une semaine d'observation, en consultation générale, le motif de consultation le plus fréquemment retrouvé chez les 165 adolescent et jeunes était les signes évocateurs du paludisme 40%, suivi par « autres » 18% (regroupant *l'anémie, les plaies infectées, les troubles de la vision, dermatoses, VIH/IST, le planning familial (PF), les troubles de la menstruation, un besoin de test de grossesse, les menaces d'avortement, les douleurs lombo-pelviennes etc*). Notons que les motifs en rapport avec la SSR regroupés ici dans « autres » ont été présentés par 9 jeunes qui ont été, par la suite, référés vers le service de consultation préventive où ils / elles ont également fait l'objet d'observation en consultation.

Graphique 4 : Fréquence des motifs de consultation au service de consultation générale (n=165)



3.2.1.2 Attitude du prestataire lors de l'accueil

L'observation a porté sur tous faits, gestes, attitudes et actions du prestataire durant la consultation générale dédiée à ces adolescents /jeunes (165). Après l'accueil, ils ont soit été pris en charge à ce niveau, soit référés pour une prise en charge individuelle dans le service de consultation préventive qui assure les SSR.

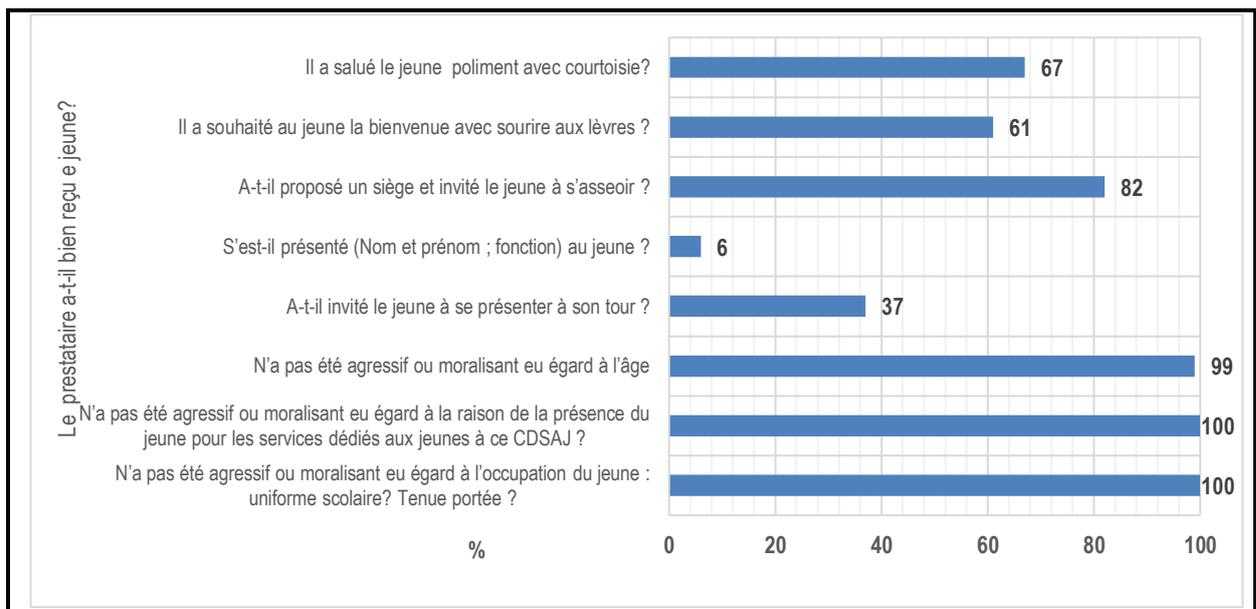
A cette étape, huit critères ont été analysés afin de juger de l'attitude adéquate ou non du prestataire lors de l'accueil d'un jeune en consultation générale. Il s'agissait d'observer si le prestataire :

1. A salué l'adolescent / le jeune poliment avec courtoisie ;
2. A souhaité à l'adolescent/ au jeune la bienvenue avec sourire aux lèvres ;
3. A proposé un siège et invité l'adolescent / le jeune à s'asseoir ;
4. S'est présenté (Nom et prénom ; fonction) au jeune ;
5. A invité l'adolescent / le jeune à se présenter à son tour ;

6. N'a pas été agressif ou moralisant eu égard à l'âge de l'adolescent / du jeune ;
7. N'a pas été agressif ou moralisant eu égard à la raison de la présence de l'adolescent / du jeune pour les services dédiés aux jeunes à ce CDSAJ ;
8. N'a pas été agressif ou moralisant eu égard à l'occupation de l'adolescent / du jeune (uniforme scolaire), à la tenue portée.

Les deux critères relatifs à la présentation mutuelle entre l'adolescent / le jeune et le prestataire ont été faiblement remplis. En effet, seuls 6% d'adolescents / de jeunes ont vu un prestataire se présenter à eux / elles (nom et fonction) et dans 37% des consultations, le prestataire a invité l'adolescent /le jeune à se présenter. Néanmoins, dans 82% des cas, les prestataires n'ont pas été agressifs par rapport à quoi que ce soit dans la quasi-totalité des consultations et ils ont proposé un siège et invité l'adolescent / jeune à s'asseoir. (*Graphique 5*)

Graphique 5 Attitude des prestataires lors de l'accueil des adolescents/ jeunes en consultation générale (n:165)



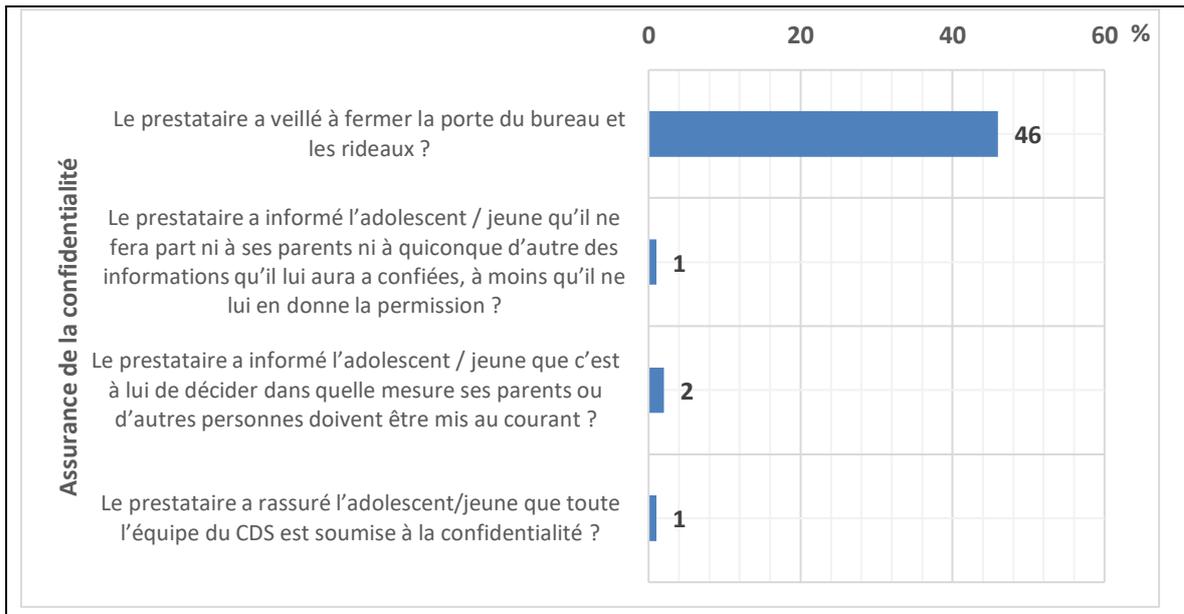
3.2.1.3 Attitude du prestataire lors de l'interrogatoire / anamnèse

Il s'agissait d'observer principalement l'attitude et le comportement du prestataire, notamment s'il :

1. Respecte les critères de confidentialité de la consultation
2. Respecte les critères de mise en confiance, de l'adolescent / du jeune en consultation
3. Cherche à conclure sur la raison de la visite de l'adolescent / du jeune au CDSAJ
4. Aborde l'adolescent / le jeune sur des questions sensibles
5. Oriente l'adolescent / le jeune vers le service désiré.

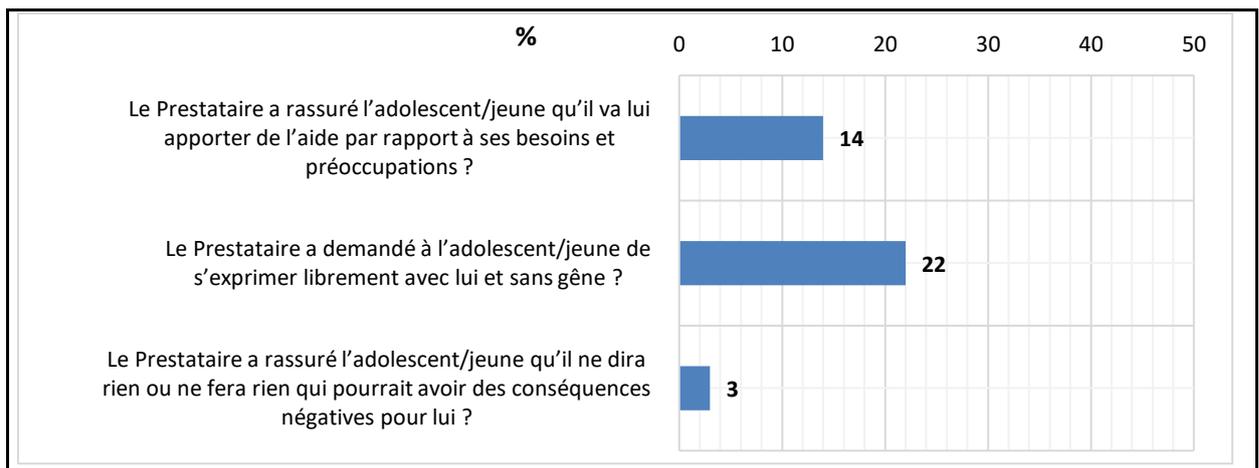
Les attitudes en rapport avec l'**assurance de la confidentialité** sont rarement adoptées. En dehors de la vérification que la porte et les rideaux sont fermés, observée dans 46% des consultations, les autres principes sont très loin d'être respectés par les prestataires. Entre autres, le prestataire n'a pas informé l'adolescent / jeune, qu'il ne fera part, ni à ses parents, ni à quiconque d'autres, des informations qu'il lui aura confiées, à moins qu'il ne lui en donne la permission. Il n'a pas explicitement rassuré sur la confidentialité ni informé l'adolescent / le jeune que c'est à lui de décider, dans quelle mesure ses parents ou d'autres personnes doivent être mis au courant des informations le concernant (*Graphique 6*).

Graphique 6 : Attitude des prestataires pour assurer la confidentialité de la consultation générale (n =165)



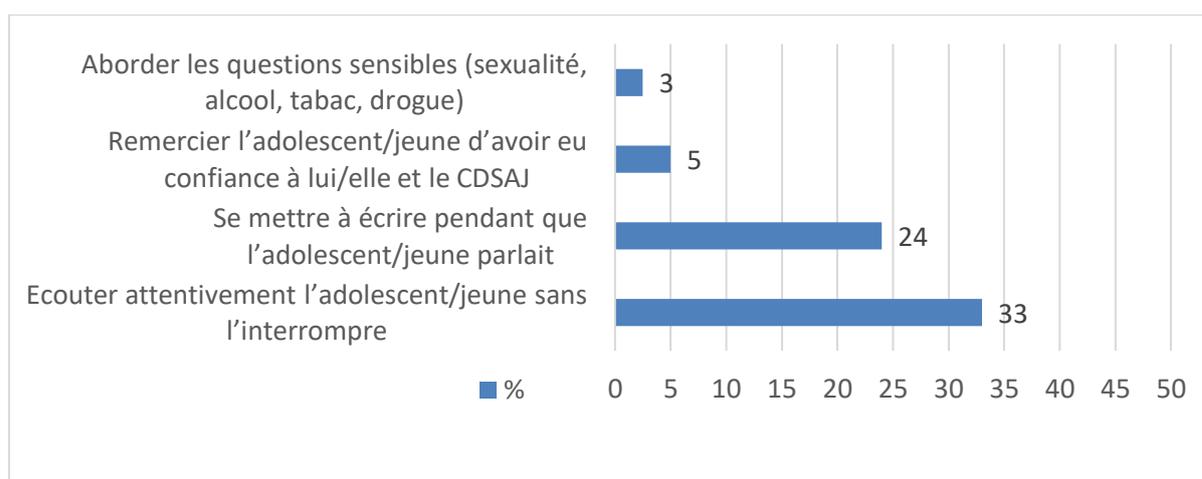
Par rapport à la **mise en confiance**, les bonnes attitudes ont rarement été observées chez les prestataires des cinq CDSAJ. En effet le prestataire a invité l'adolescent / le jeune à s'exprimer librement dans 22% des cas et ne l'a rassuré qu'il ne dira rien ou ne fera rien qui pourrait avoir des conséquences négatives que dans 3% des consultations (*Graphique 7*).

Graphique 7 : Attitude des prestataires pour assurer la mise en confiance de l'adolescent/jeune (n =165)



Toutes les attitudes et comportements permettant au prestataire de **conclure sur le motif de consultation** des adolescents et jeunes ont été très faiblement adoptés. En effet, un adolescent / jeune sur trois (33%) a été écouté attentivement et sans être interrompu par le prestataire. Les questions sensibles (*sexualité, alcool, tabac, drogue*) ont été très rarement abordées par les prestataires en consultation générale (3%). Par ailleurs, ces adolescents / jeunes ont été rarement remerciés (5%) pour avoir fait confiance au CDSAJ. (*Graphique 8*)

Graphique 8: Attitude du prestataire pour conclure sur le motif de consultation ou diagnostic (n=165)



Sur les 165 adolescents / jeunes reçus en consultation générale, 9 seulement ont exprimé un besoin spécifique en SSRAJ et ont été référés vers le service de consultation préventive, en charge de la SSR. Sur les 9 adolescents / jeunes, la majorité (8) a eu, de la part du prestataire, une indication sur l'itinéraire menant vers le service désiré, 6 sur le nom de la personne à contacter dans ce service et seulement 3 ont eu droit à un « au revoir » courtois.

3.2.2. QUALITE DE LA CONSULTATION SSR

Sur l'ensemble des adolescents et jeunes reçus en consultation dans les 5 CDSAJ, 97 sur 253, soit (38%) avaient des besoins en SSR et ont été pris en charge par le service des consultations préventives. La quasi-totalité (98%) de ces adolescents et jeunes était de sexe féminin, (76%) âgés de 20 à 24 ans, la même proportion pour les chômeurs et 70% étaient capables de lire toute une phrase.

Tableau 5 : Caractéristiques des adolescents et jeunes reçus en consultation préventive pour les SSR

CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES	CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES
Tranches d'âge (n=97)		Occupation (n=97)	
10-14 ans	1 (1%)	Chômeur	74 (76%)
15-19 ans	22 (23%)	Elève	1 (1%)
20-24 ans	74 (76%)	Travailleur	22 (23%)
Sexe (n=97)		Capacité à lire (n=97)	
Féminin	95 (98%)	Ne peut pas lire du tout	24 (25%)
Masculin	2 (2%)	Peut lire seulement une partie	3 (3%)
		Peut lire toute la phrase	68 (70%)
		Problème de vue/Aveugle	2 (2%)

3.2.2.1 Capacités des prestataires de soins en SSRAJ

Les 5 CDSAJ visités disposaient de **35 prestataires de soins, dont 32 avaient bénéficié d'une formation in situ en SSRAJ**. Parmi les 35 prestataires, 10 sont de sexe féminin dont 8 formées en SSRAJ. Sur l'ensemble des **97 jeunes** (en majorité de sexe féminin) **ayant consulté en SSRAJ, 52% ont été reçus et pris en charge par des prestataires de sexe féminin**.

Tableau 6 : Capacités en SSRAJ et la consultation SSR selon sexe du prestataire consultant

CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES	CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES
Avoir reçu une formation SSRAJ (n=35) Oui Non	32 (91%) 3 (9%)	Prestataires Masculins formés en SSRAJ (n=25) Oui Non	24 (96%) 1 (4%)
Prestataires féminin formées en SSRAJ (n=10) Oui Non	8 (80%) 2 (20%)	Les jeunes ont été consultés par un prestataire de quel sexe ?(n=97) Féminin Masculin	50 (52%) 47 (48%)

3.2.2.2 Motifs de consultation

Les motifs de consultations individuelles ou consultations relatives à la SSR ont été regroupés en 8 catégories: (i) Disménorrhée, (ii) Consultation prénatale (CPN), (iii) Planification familiale (PF), (iv) Conseil/dépistage VIH, (v) IST (*écoulement urétral, brûlures, démangeaisons*), (vi) Dyspareunie, (vii) Prophylaxie post exposition, (viii) Syndrome hystérique, (ix) autres.

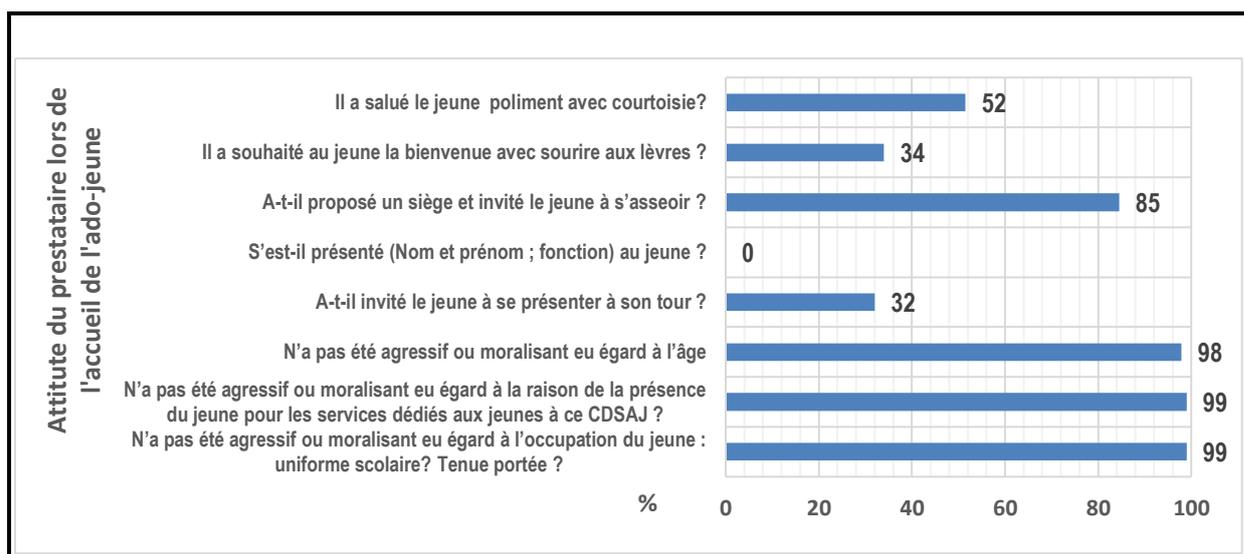
Au terme de la période d'observation, il a été constaté que la **CPN et la PF** représentaient l'essentiel des consultations en SSR (respectivement 65% et 30%). Les quelques autres rares cas (5%) étaient entre autres : le conseil/dépistage VIH, les IST, la prophylaxie post exposition, le test de grossesse etc.

3.2.2.3 Attitude du prestataire lors de l'accueil

Les mêmes huit critères décrits pour les consultations générales (section 3.2.1.2) ont été également analysés afin de juger de l'attitude adéquate / ou non du prestataire lors de l'accueil d'un jeune en consultation SSR. Quatre critères sont rencontrés par un pourcentage de jeunes allant de moyen (+/-50%) à nul (0%). Aucun jeune n'a vu un prestataire se présenter à lui (nom et fonction). Seule la moitié des jeunes a été saluée avec courtoisie par les prestataires. Dans environ 1/3 des consultations, le prestataire a invité le jeune à se présenter et lui a souhaité la bienvenue avec le sourire aux lèvres. Cependant, les prestataires n'ont pas été agressifs eu égard à quoi que ce soit dans la quasi-totalité des consultations et ils ont proposé un siège et invité la plupart des jeunes à s'asseoir (85%).

On note que, pour les **deux jeunes accompagnés** en consultation individuelle, le prestataire n'a pas expliqué à l'accompagnant qu'il doit parler préalablement en tête-à-tête avec le jeune et ne lui a donc pas demandé d'attendre à l'extérieur en lui promettant qu'il ferait appel à lui dès que nécessaire.

Graphique 9 : Attitude des prestataires lors de l'accueil des adolescents et jeunes en consultation SSR (n=97)



3.2.2.4 Attitude du prestataire lors de l'interrogatoire / anamnèse

➤ Assurance de la confidentialité et mise en confiance

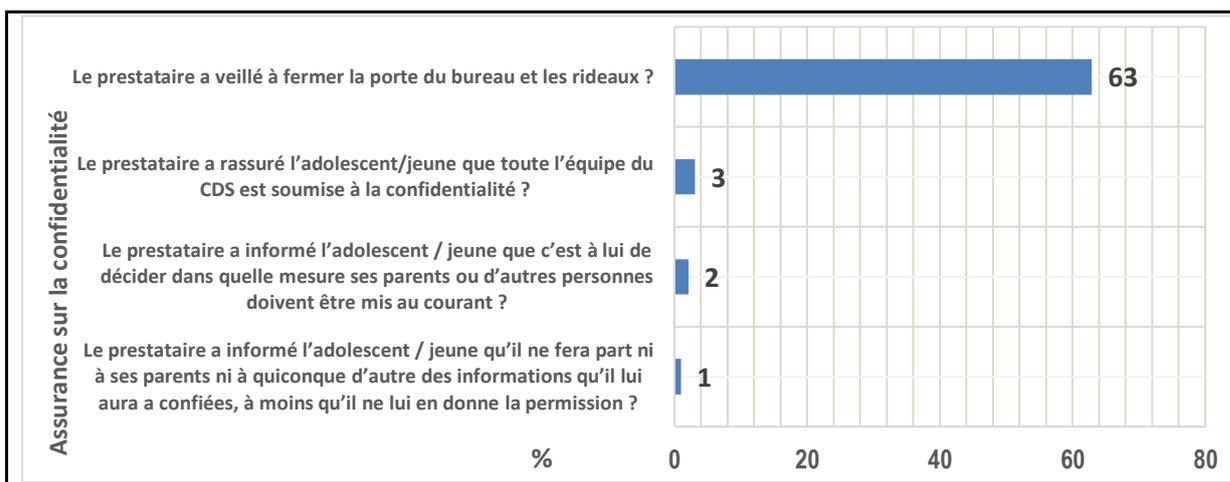
Les attitudes en rapport avec l'assurance de la confidentialité, en dehors de la fermeture de la porte et des rideaux observée dans 63% des consultations, d'autres attitudes visant à assurer la confidentialité de la consultation ont été très rares.

Attitude du prestataire lors l'interrogatoire / anamnèse

Il s'agissait d'observer principalement l'attitude et le comportement du prestataire, selon les cinq critères cités à la section 3.2.1.3

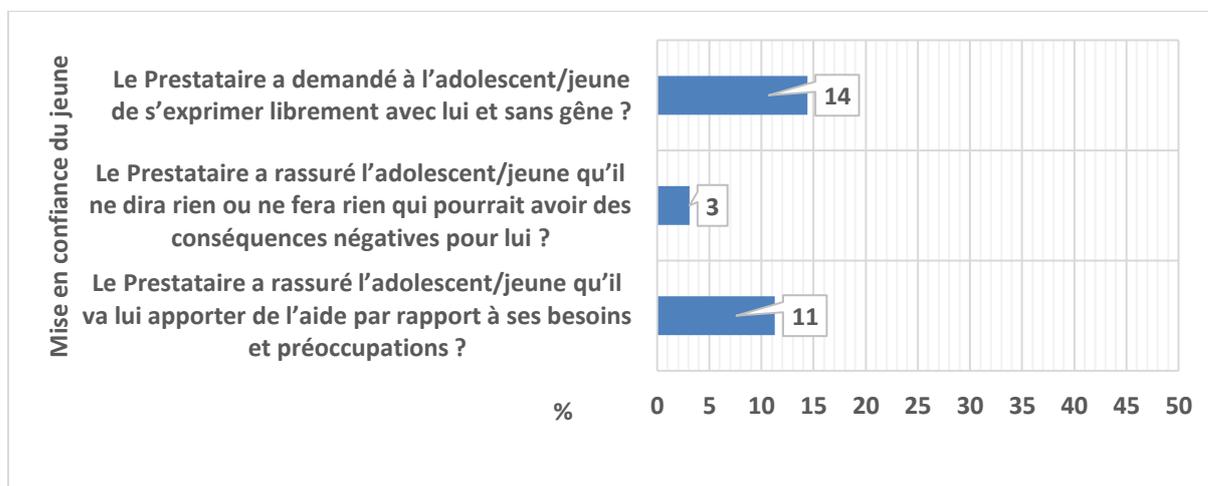
Les attitudes en rapport avec l'**assurance de la confidentialité** sont rarement adoptées. En dehors de la vérification que la porte et les rideaux sont fermés assurée dans 63% des consultations, les autres principes sont très loin d'être respectés par les prestataires. Entre autres, le prestataire n'a pas informé l'adolescent / jeune, qu'il ne fera part, ni à ses parents, ni à quiconque d'autre, des informations qu'il lui aura confiées, à moins qu'il ne lui en donne la permission. Il n'a pas explicitement rassuré sur la confidentialité ni informé l'adolescent / jeune que c'est à lui de décider, dans quelle mesure ses parents ou d'autres personnes doivent être mis au courant des informations le concernant

Graphique 10 : Attitude des prestataires pour assurer la confidentialité en consultation SSR (n = 97)



Par rapport à **la mise en confiance** de l'adolescent / jeune en consultation SSR, l'attitude du prestataire a montré beaucoup de faiblesses car, il n'a pu rassurer l'adolescent / jeune qu'il ne dira rien ou ne fera rien qui pourrait avoir des conséquences négatives pour lui, que dans seulement 3% des consultations. Aussi les adolescents / jeunes n'ont été encouragés à s'exprimer librement que seulement dans 14% des consultations.

Graphique 11 : Attitude des prestataires pour assurer la mise en confiance de l'adolescent/ jeune (n=97)



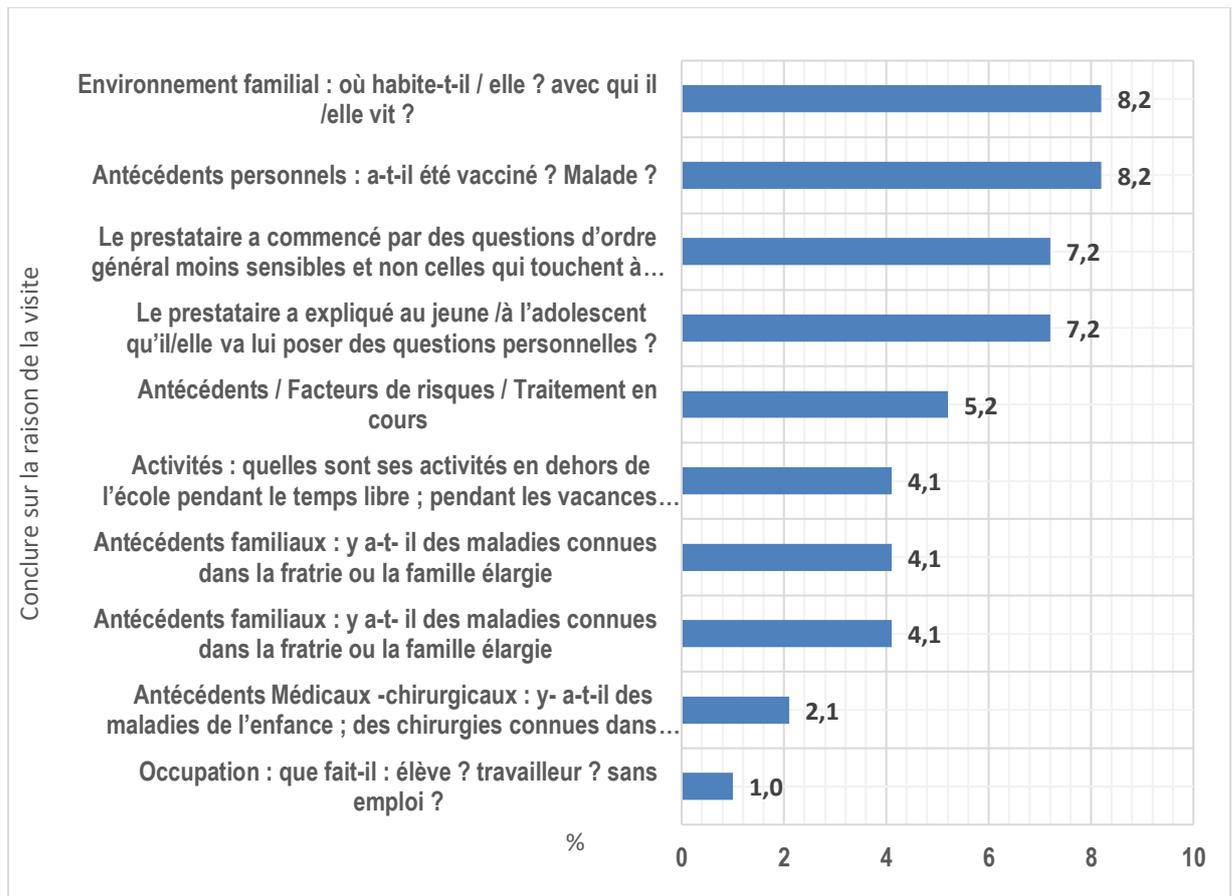
➤ Conduite de l'entretien avec le jeune

Au cours d'une consultation, l'accueil est suivi par un entretien. L'observation de **l'attitude du prestataire lors de l'entretien** a montré que la plupart des informations jugées indispensables a été recherchée dans une très faible proportion des consultations SSRAJ. En effet :

- ✓ Le prestataire a commencé par des questions d'ordre général, moins sensibles et non celles qui touchent à son intimité, et a expliqué au jeune qu'il/elle va lui poser des questions personnelles dans seulement 7,2% des consultations;
- ✓ Les informations relatives à l'environnement familial et celles en rapport avec des antécédents personnels (vaccination, maladies connues dans la fratrie) ont été recherchées dans 8,2% des consultations ;

- ✓ La recherche d'autres informations est aussi rare. (Graphique 12)

Graphique 12 : Attitude du prestataire lors de la conduite de l'entretien (n=97)



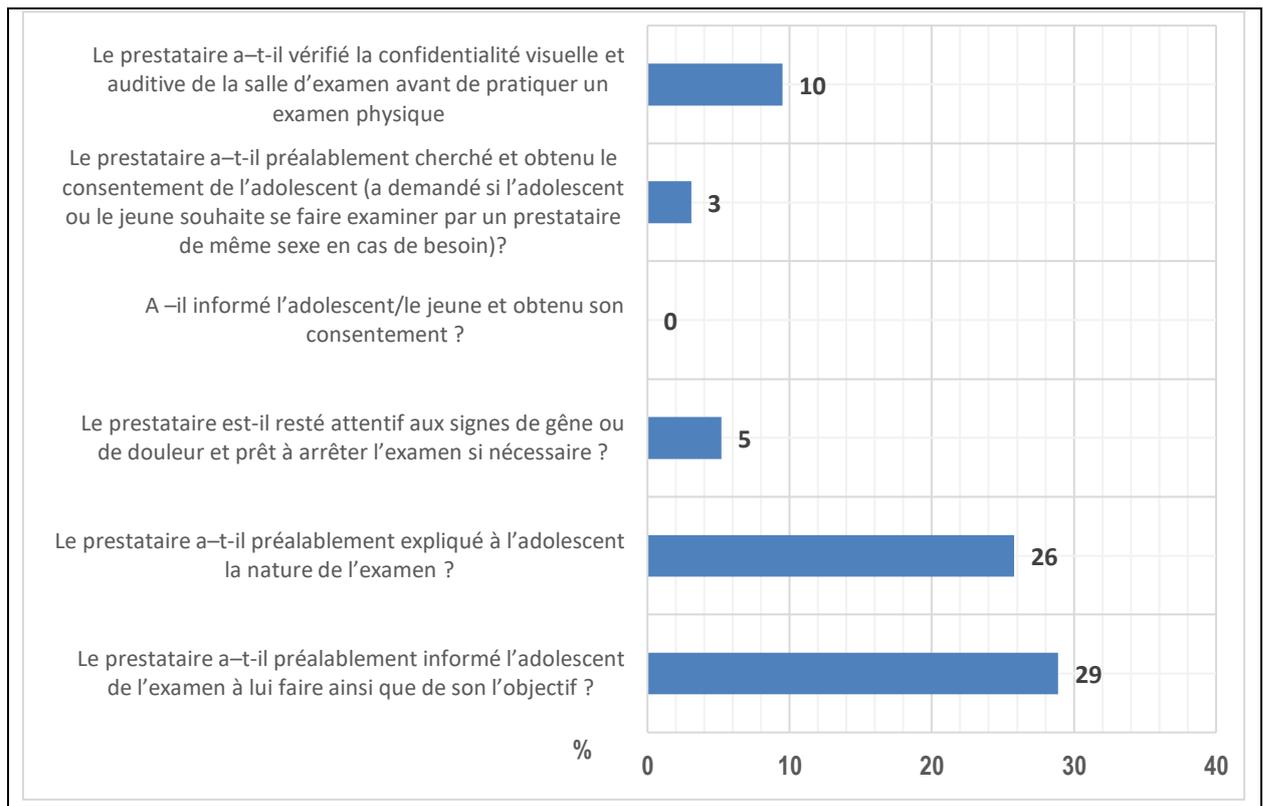
Notons qu'en ce qui concerne les **questions sensibles**, le prestataire n'a abordé les questions de sexualité et tabac que lors de 8 consultations (dont 2 parmi les jeunes de la tranche des 15 à 19 ans et 6 de la tranche de 20 à 24 ans). L'alcool et les drogues n'ont pas été évoqués.

➤ Conduite de l'examen physique et information du jeune

Certains des gestes et attitudes du prestataire, ainsi que les conditions environnementales du cabinet de consultation sont loin d'être remplies pour la **conduite optimale d'un examen physique en SSRAJ**. En effet :

- ✓ Le prestataire n'a cherché à obtenir le consentement du jeune, ou lui a demandé s'il souhaite se faire examiner par un prestataire de même sexe que très rarement (3%).
- ✓ De même le prestataire s'est montré attentif aux signes de gêne ou de douleur et prêt à arrêter l'examen dans 5% des cas seulement.
- ✓ Cependant, pour environ le tiers des consultations (29%), le prestataire a préalablement informé le jeune de l'examen à lui faire ainsi que de son objectif.

Graphique 13 : Attitude du prestataire lors de la conduite d'examen physique et fourniture d'informations utiles (n=97)

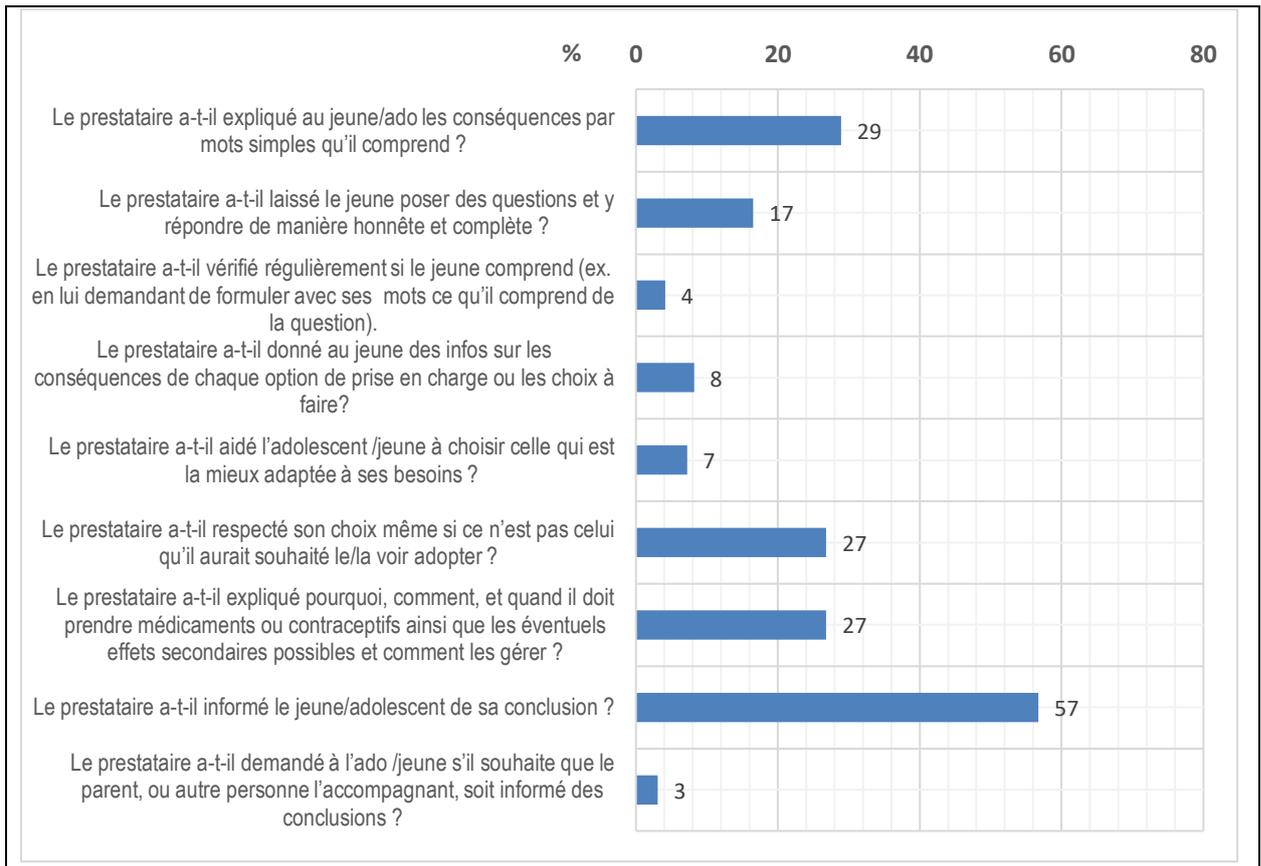


➤ Conclusion et renseignements communiqués au jeune

L'attitude du prestataire pour **conclure et donner des renseignements nécessaires à l'adolescent / au jeune** (à l'issue de l'entretien et de l'examen physique) a montré également des faiblesses majeures.

- ✓ En dehors de la conclusion communiquée à l'adolescent / au jeune dans 57% des consultations par le prestataire, celui-ci n'a expliqué pourquoi, comment, et quand il/elle doit prendre les médicaments ou contraceptifs ainsi que les éventuels effets secondaires possibles et comment les gérer, que dans 27% des cas. C'est dans cette même proportion que le prestataire a respecté le choix du jeune.
- ✓ Cinq attitudes se rapportant à la conclusion et fourniture de renseignements nécessaires au jeune, ont été observées très rarement (de 3% à 17%). C'est, entre autres, le fait de vérifier régulièrement si l'adolescent / le jeune comprend (4%), ou s'il souhaite que le parent, ou toute autre personne l'accompagnant, soit informé sur les conclusions 3%. (Graphique 14)

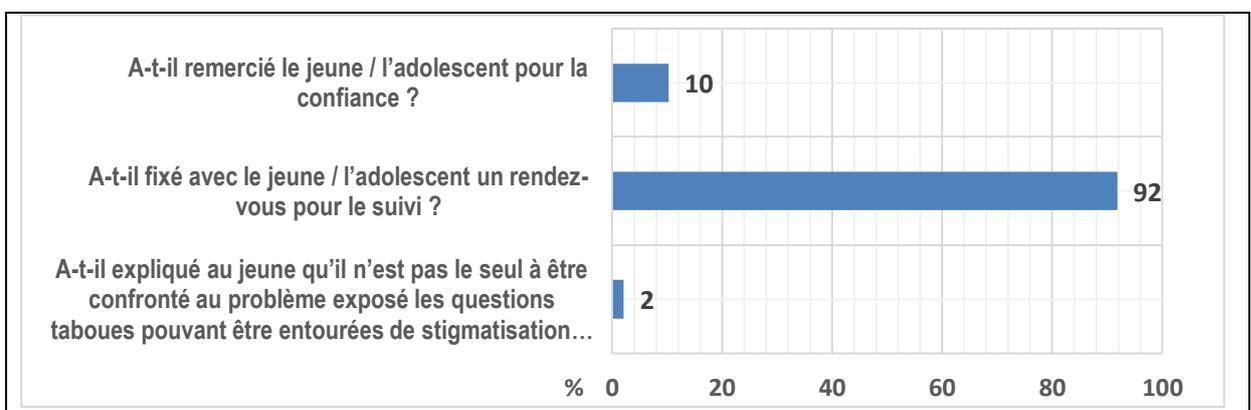
Graphique 14 : Attitude du prestataire pour conclure et donner des renseignements nécessaires au jeune après l'entretien et l'examen physique, n=97



➤ **Clôture de la séance de consultation avec l'adolescent/jeune**

Mis à part le fait de fixer un RDV aux jeunes (92%) qui, pour une très grande majorité étaient venus soit pour une CPN ou une PF (dont la fixation d'un RDV pour la visite suivante est systématique), le prestataire n'a remercié le jeune pour la confiance que dans 10% des consultations. (Graphique 15)

Graphique 15 : Attitude du prestataire à clôturer la séance de consultation n:97.



3.2.3. SCORE DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS ET JEUNES

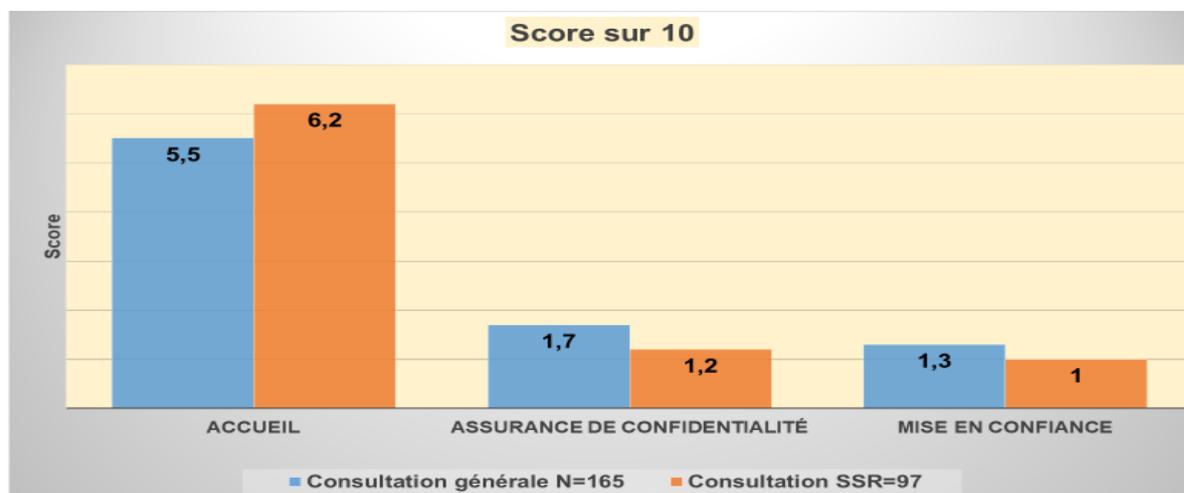
Les scores standardisés de 0 à 10 (10 étant le score maximal) ont été calculés (sur base des attitudes observées) pour évaluer l'accueil, l'assurance de confidentialité et la mise en confiance de chaque jeune ou adolescent présent en consultation générale ou en consultation SSR.

Pour définir le score, la somme des attitudes positives respectées a été calculée et pour standardiser, la somme a été multipliée par 10 et divisée par le nombre total d'attitudes évalué pour chaque cas. Ainsi le score est un nombre compris entre 0 et 10. Lorsque le score est 0, cela signifie qu'aucune attitude positive n'a été respectée et si le score est 10, toutes les attitudes positives sont respectées.

Dans l'ensemble, les scores d'assurance de confidentialité et de mise en confiance sont très faibles. Seuls ceux de l'accueil dépassent la moyenne de 5 sur 10.

Cette tendance s'observe pour les deux types de consultation. On en déduit que les jeunes et adolescents qui fréquentent ces CDSAJ ne sont pas suffisamment mis en confiance et qu'ils ne sont pas suffisamment assurés sur la confidentialité des informations qu'ils confient aux prestataires pendant l'entretien.

Graphique 16 : Score de qualité de la prise en charge des jeunes dans les CDSAJ



Qualité observée des consultations des CDSAJ:

Les formations qui ont été dispensées aux prestataires de services dans les CDSAJ ne donnent pas les résultats escomptés. Les bonnes attitudes sont rarement observées chez les prestataires des 5 CDSAJ visités concernant la **qualité de l'accueil**, l'assurance sur la **confidentialité**, ou la **mise en confiance** du jeune. L'évaluation de ces aspects, selon des scores de qualité standardisés de 0 à 10 donne des résultats très faibles. Seuls ceux de l'accueil dépassent la moyenne de 5 sur 10 et cette tendance s'observe pour les deux types de consultation.

Pourtant quelques mois avant l'étude, MEMISA avait procédé à la formation de ces prestataires sur ces sujets et les prestataires se savaient observés par les enquêteurs. Face à ce constat, il y a lieu de questionner l'approche méthodologique utilisée et, très certainement réfléchir à d'autres techniques pédagogiques. Les formations sont-elles adéquates ? Y a-t-il d'autres

approches pédagogiques plus innovantes à mettre en œuvre ? Comment améliorer la qualité des consultations ?

Pour combler cette lacune, des efforts accrus ont été déployés par les gouvernements afin de renforcer les compétences et l'empathie des enseignants, des agents de santé, des travailleurs sociaux et d'autres personnes. Il convient d'intensifier ces efforts, de former et de soutenir les dispensateurs des services, mais aussi de réorienter les systèmes dont ils font partie pour mettre en œuvre les nombreuses interventions efficaces et innovantes de promotion, de prévention ou de traitement qui sont disponibles. Cette formation requiert non seulement de développer des compétences, connaissances et aptitudes, mais aussi de changer les attitudes négatives.

Les recommandations suivantes sont proposées :

- Les services de SSRAJ de qualité à une éducation complète à la sexualité doivent rester dans les priorités du MSPLS et celui en charge de l'Education.
- Les adolescents et jeunes ne sont pas un groupe hétérogène, leurs besoins diffèrent et les services doivent être adaptés aux caractéristiques telles que l'âge, le sexe, l'état civil, etc.
- Intégrer les services de VIH, de SSR y compris de contraception / Planification Familiale (PF) pour rechercher une efficacité accrue des services SSRAJ.
- Un ensemble d'actions ciblant les prestataires en services de SSRAJ est nécessaire (formation initiale et continue, supervision formative /coaching, soutien aux prestataires, descriptions précises des responsabilités, outils de référence etc.).
- Certains indicateurs sont déjà intégrés dans le PBF mais dans une dimension quantité uniquement, y ajouter une dimension qualité relatives à la SSRAJ?
- Organiser un « concours – qualité » du meilleur CDSAJ dans l'offre des services conviviaux aux adolescents et jeunes (sans compensation financière) permettant une



Un enquêteur au cours de l'observation des consultations

3.3. SATISFACTION DES JEUNES PAR RAPPORT AUX CONSULTATIONS



A la sortie de la consultation, chacun des 253 adolescents / jeunes était invité à un entretien individuel portant sur quatre modules à savoir : (i) **caractéristiques socio-démographiques** (*ci-haut développé dans la section 3.1*) ; (ii) **accès et recours aux soins** ; (iii) **santé perçue et bien être** (*traités dans cette section 3.3*) et (iv) **relations affectives et sexuelles** dont le résultat est analysé dans la section 3.6.

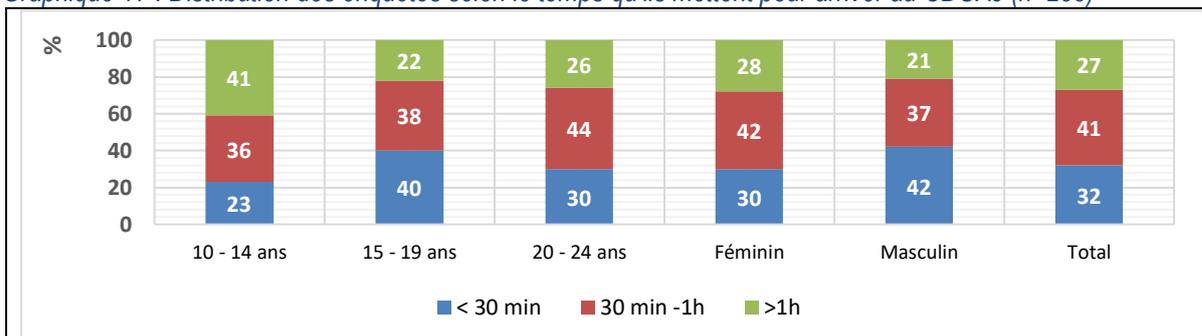
3.3.1. ACCES ET RECOURS AUX SOINS PAR LES ADOLESCENTS ET JEUNES

3.3.1.1 Accès géographique aux soins dans les CDSAJ

L'étude a montré que 85% de ces enquêtés résident dans la proximité des CDSAJ, (tableau 3). Le graphique 15 montre que, dans l'ensemble, pour arriver aux CDSAJ, la majorité ne marchait pas plus d'une heure, soit de 30 minutes à une heure (41%) soit moins de 30 minutes (27%).

Cependant, la plus grande proportion de ceux qui faisaient plus d'une heure de marche pour atteindre le CDSAJ, se retrouvait dans la catégorie des adolescents (41%); au moment où ceux qui marchaient entre 30 minutes et une heure étaient plus nombreux dans la tranche d'âge des 20-24 ans (*Graphique 17*).

Graphique 17 : Distribution des enquêtés selon le temps qu'ils mettent pour arriver au CDSAJ (n=253)



3.3.1.2 Fréquentation/recours aux soins dans les CDSAJ

Au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, 93% des enquêtés fréquentaient déjà les CDSAJ. La majorité (80%) fréquentait ces CDS avant même qu'ils ne soient renforcés pour devenir CDSAJ (Mai 2022). Parmi ceux-là, 36% venaient très souvent, mais un peu plus de la moitié (56%) ne venait que lors qu'elle était malade.

Seulement 21% de ces enquêtés avaient déjà entendu parler du label « **Ami des jeunes** » attribué à leurs CDS. Parmi les 202, qui venaient souvent avant qu'il n'y ait de nouvelles activités pour les jeunes une grande majorité (89%) venait pour des soins curatifs, alors que 26% venaient pour des soins préventifs.

Avant et après l'introduction de nouvelles activités pour jeunes, les raisons des visites aux CDS pour ces enquêtés étaient et sont restés des « motifs de soins » ou « consultations curatives » dont la fréquence aurait néanmoins augmenté passant de 89% à 92%.

Cependant, depuis l'instauration des nouvelles activités pour jeunes (causeries et jeux), les visites pour consultations préventives auraient augmenté, passant de 26% à 32%.

Depuis l'introduction des activités récréatives, seulement 6% d'adolescents et jeunes fréquentant les consultations ont participé à ces activités (causerie et jeux). Parmi les 253 personnes, près de la moitié (49%) n'avait jamais consulté en SSR, 5% étaient venus pour la première fois et 27% avaient déjà consulté 2 à 5 fois. Parmi tous les enquêtés, 188 ont affirmé « être tombés gravement malades au point d'être incapables de faire quoi que ce soit » pendant au moins un jour, et la majorité (93%) était allée consulter au niveau des FOSA: 78% aux CDS et 15% aux hôpitaux. Ceux qui n'ont pas consulté ont indiqué, pour la plupart, qu'ils disposaient des médicaments à la maison. (Tableau 7)

Tableau 7 : Fréquentation des CDSAJ avant et après introduction d'activités récréatives.

CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES
Mise à part aujourd'hui, durant les 12 derniers mois, as-tu été dans ce CDS ? (n=253) Oui Non	235 (93%) 18 (7%)
As-tu déjà entendu parler des « centres de santé amis des jeunes » (n=253) Oui Non	54 (21%) 199 (79%)
Depuis combien de temps environ fréquentes-tu ce CDS (n=253) Depuis moins de 5-6 mois (<i>après introduction des activités attractives /nouvelles activités pour les jeunes</i>) Depuis plus de 5-6 mois toujours (<i>avant introduction d'activités attractives/ nouvelles activités pour les jeunes</i>)	51 (20%) 202 (80%)
Venais-tu aussi souvent avant qu'il n'y ait de nouvelles activités pour les jeunes? (n=202) Je venais plus souvent avant Je venais moins souvent avant Je ne venais pas avant, sauf quand j'étais malade Je ne venais jamais avant	72 (36%) 14 (7%) 113 (56) 3 (1%)
Avant que les attractives n'existent, pour quel type d'activités/motif de consultation es-tu venu ? (n =202) Des soins pour une maladie (consultation curative) Des activités de prévention (conseils, contraception, ...) Autres	179 (89%) 52 (26%) 11 (5%)
Depuis que les activités attractives existent, pour quel type d'activités/motif de consultation es-tu venu (n=235) Des soins pour une maladie (consultation curative) Des activités de prévention (conseils, contraception, CPN...) Des activités attractives (jeux, causeries) Autre	215 (92%) 74 (32%) 15 (6%) 3 (1%)
Avais-tu déjà été à une consultation SSR avant aujourd'hui ? (n=253) Oui, 1 fois Oui, 2 à 5 fois Oui, 5 à 10 fois Oui, plus de 10 fois Non c'est la première fois Jamais	30 (12%) 69 (27%) 16 (6%) 2 (1%) 13 (5%) 123 (49%)
As-tu été dans un CDS ou un hôpital la dernière fois où tu étais très malade au point de ne pas faire quoi que ce soit? (n=188) Oui, au CDS Oui, à l'hôpital Non, aucune structure de soins Je ne me rappelle pas	148 (78%) 28 (15%) 9 (5%) 3 (2%)

3.3.1.3 Participation aux activités attractives pour jeunes

Sur l'ensemble des enquêtés, **seuls 20 avaient déjà participé aux activités attractives**. Cette faible participation serait liée au fait que lesdites activités attractives n'ont pas été proposées pour la grande majorité de ces jeunes (84,6%), alors que 7,5% n'ont pas souhaité y prendre part.

Pour les 20 personnes qui avaient déjà participé aux causeries et activités récréatives, 11 y avaient participé une seule fois et 4 personnes trois fois et plus. Aussi, la moitié a affirmé préférer être accompagnée et 19 personnes sur les 20 ont affirmé qu'elles recommanderaient aux amis de leur âge, de venir profiter de ce genre d'activités.

S'agissant de **la préférence portée aux activités attractives**, 6 jeunes sur les 20 enquêtés préfèrent regarder les jeux vidéo sur la SSR, 12 préfèrent d'autres jeux (billard, jeux de carte) et 2 seulement préfèrent regarder la télévision.

Quant aux sujets traités au cours des causeries, les enquêtés ont noté que la contraception et la prévention des grossesses non désirées a dominé les débats (*tableau 8*).

Tableau 8 : Participation aux activités attractives

CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES
As-tu déjà participé aux activités attractives ? (n= 253)	
Oui	20 (8%)
Non, on ne me l'a pas proposé	214 (85%)
Non, ça ne m'intéresse pas	19 (7%)
Combien de fois environ as-tu participé aux activités attractives ? (n=20)	
Une fois	11
Deux fois,	5
Trois fois et plus	4
Sujets abordés dans les causeries (n=20)	
Menstruations	1
Contraception et prévention des grossesses non désirées	15
IST, VIH/SIDA : prévention et prise en charge	5
Gestion de la grossesse non désirée chez les adolescents et jeunes	5
Droits des jeunes en SSRAJ	1
Communication entre parents et jeunes en matière de SSR	2
Sensibilisation sur les services offerts dans les CDSAJ	2
Méfais des avortements provoqués et prévention des grossesses non désirées	2
Ne sait pas	1

La grande majorité (soit 17 sur 20) de ces adolescents / jeunes a avoué que ces causeries (i) les ont **beaucoup** aidés à mieux comprendre les sujets traités, (ii) les ont amenés à changer leurs attitudes par rapport à ces sujets. Ces causeries sont jugées **très instructives** par 18 de ces jeunes.

Constat 1: Les faibles résultats de l'observation sur des éléments clés, auxquels s'associent les résultats très moyens de la satisfaction du point de vue des jeunes utilisateurs méritent d'être corrigées.

Les recommandations suivantes sont proposées :

- Organiser un suivi post-formation pour s'assurer que les messages restent constants et qu'ils ont été compris et intégrés par les agents, mais également que les valeurs ou autres éléments culturels propres à chaque agent ne prennent pas le dessus dans certains messages et les transforment. Ces contradictions perturbent les jeunes et sont **source d'insatisfaction**.
- Développer la validation et le soutien des services de SSRAJ de qualité et d'éducation complète à la sexualité chez les adolescents et jeunes, leurs parents/tuteurs, la communauté, les leaders religieux et communautaires
- Afficher les directives et critères du bon accueil et pris en charge d'un jeune au CDS (endroit visible de tous) et sensibiliser les concernés, y compris les jeunes sur ces aspects.
- Associer les adolescents et jeunes, les familles et les membres de la communauté, les dispensateurs de services et les administrateurs à l'identification des facteurs qui contribuent à la mauvaise qualité et couverture de ces services. Impliquer ces différents acteurs dans la définition et la mise en œuvre d'approches fondées sur des bases factuelles, adaptées au contexte local.

3.3.1.4 Motivation/expérience des jeunes dans les consultations des CDSAJ

A la question de savoir ce qui a le plus motivé ces jeunes à venir au CDSAJ en dehors du motif médical, la majorité 77%, ont répondu que rien de spécial ne les a poussés à venir, si ce n'est une décision personnelle. Cependant, une très faible proportion 3% a reconnu que les causeries animées par les prestataires de soins, ont contribué à leur décision.

La grande majorité de ces patients était venue sans accompagnement (81%), d'autres avaient été accompagnés soit par les membres de leurs familles (15%), soit par leurs amis (4%). Il y a lieu de noter que ces accompagnants n'étaient pas nécessairement présent(e)s dans la salle de consultation. Une large majorité des enquêtés (98%) a jugé que leurs consultations étaient confidentielles.

Parmi 111 adolescents et jeunes qui venaient déjà au CDS depuis plus d'une année, il y en avait très peu (4%) qui ignoraient l'importance de consulter pour les SSR.

Enfin, par rapport au changement perçu par les jeunes (patients) dans la prise en charge que le prestataire leur avait réservé le jour de l'enquête, pour les 47 jeunes qui venaient déjà en consultation SSR il y avait plus d'une année, légèrement moins de la moitié (21/47) avaient noté une amélioration, alors que l'autre moitié (24/47) trouvait qu'il n'y avait pas de changement particulier. (*Tableau 9*)

Tableau 9 : Motivation et expérience des jeunes dans les consultations des CDSAJ

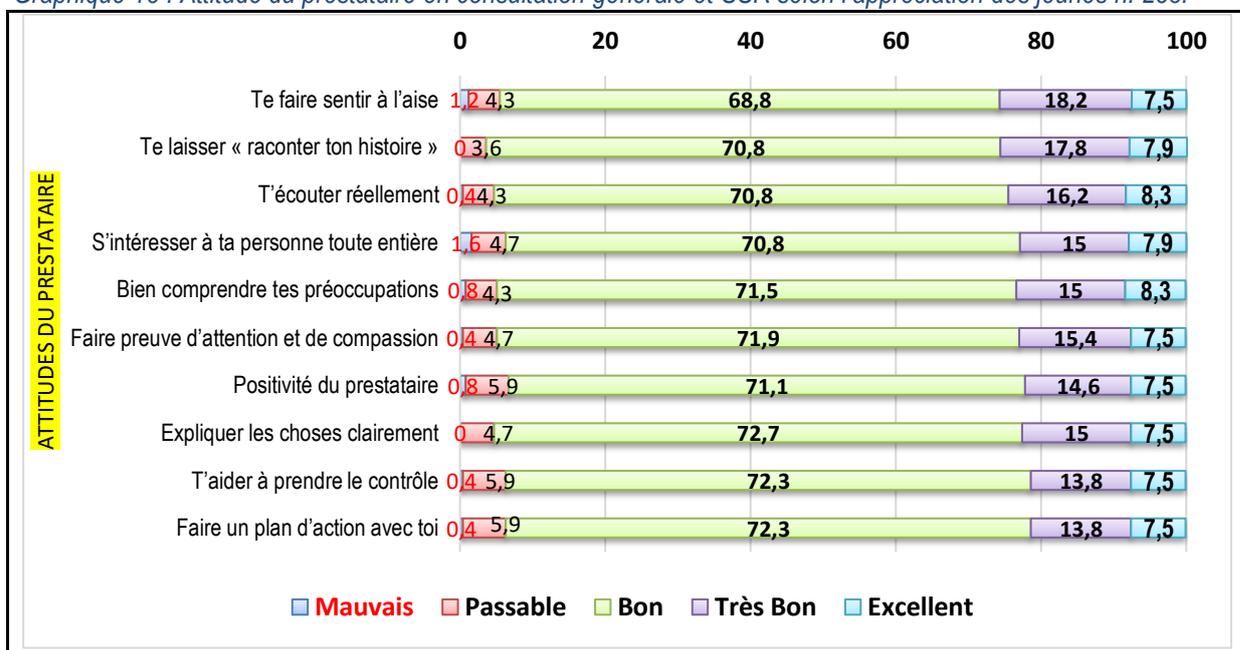
Caractéristique (n)	Statistiques
Qu'est-ce qui t'a le plus motivé à venir consulter en SSR aujourd'hui (n=97)	
Rien de spécial, décision personnelle	79 (82%)
Les causeries par les prestataires	5 (5%)
Le soutien familial	4 (4%)
Autre	9 (9%)
Es-tu venu seul en consultation aujourd'hui ? (n=253)	
Oui	204 (81%)
Non, avec un membre de ma famille	39 (15%)
Non, avec un ami	10 (4%)
La consultation est-elle confidentielle ? (n=253)	
Oui	249 (98%)
Non	4 (2%)
Tu venais déjà ici il y a plus d'un an, avais-tu déjà consulté pour la SSR avant l'introduction des activités attractives (n=111)	
Oui	65 (59%)
Non mais je n'en avais pas besoin	34 (31%)
Non car j'ignorais l'importance	5 (4%)
Non car je n'osais pas	7 (6%)
Tu venais déjà en consultation SSR il y a longtemps (plus d'une année), peux-tu nous dire si tu trouves qu'il y a un changement dans la prise en charge que le prestataire ta faite aujourd'hui ? (n=47)	
C'est mieux aujourd'hui	21 (48%)
Pas de changement particulier	24 (51%)
Incertain	1 (2%)
Je ne sais pas	1 (2%)

Pour ce qui est de l'appréciation des adolescents / jeunes par rapport à la manière dont ils ont été traités en consultation générale et SSR, 10 critères ont été évalués par les adolescents / jeunes qui ont été invités à attribuer une note allant de 1 à 5 (1 : mauvais, 2 : passable, 3 : bon, 4 : très bon et 5 : excellent).

Environ 70% des adolescents et jeunes ont noté « Bon » l'attitude du prestataire pour presque tous les critères d'évaluation, tandis que 20 à 25% d'entre eux lui ont attribué la note « Très bon » ou « Excellent ».

Il y a lieu de noter que, globalement, **les jeunes ne sont que « moyennement » satisfaits de l'attitude du prestataire**; « Bon » étant la modalité médiane de l'échelle.

Graphique 18 : Attitude du prestataire en consultation générale et SSR selon l'appréciation des jeunes n: 253.



3.4. SATISFACTION DES JEUNES PAR RAPPORT AUX ACTIVITES RECREATIVES

3.4.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET DES MENAGES

3.4.1.1 Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

➤ Age et sexe

La majorité de ces adolescents et jeunes venus aux activités attractives se situait dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans (56%) et était de sexe féminin (63%). (Tableau 10)

➤ Occupation, niveau d'instruction, statut marital, taille de la famille

On note que la très grande majorité de ces jeunes (93%) était constituée d'élèves, ce qui s'explique par leur âge qui correspond généralement à l'âge scolaire. Par rapport au niveau d'instruction, 62 % avaient au moins 7 années de formation. Aussi, la quasi-totalité (99%) des enquêtés était des célibataires et vivaient avec leurs parents.

Le niveau d'alphabétisation a été analysé en demandant en invitant les jeunes à lire au moins une simple phrase, l'étude a montré, pour une simple phrase, 93% savaient lire parfaitement et seulement 4% ne savaient pas lire du tout.

L'analyse du profil de ces participants montre que 30% occupent le 2^{ème} rang dans leur fratrie et 25 % occupent le rang d'ainé au sein de leurs familles respectives. La majorité de ces adolescent(e)s et jeunes provient des ménages à famille nombreuse avec un nombre médian de 6 enfants. Le 1^{ier} et 3^{ème} quartile étaient respectivement à 4 et 7 enfants, ce qui signifie que 25% proviennent des ménages ayant 7 enfants ou plus et que 50% ont 6 enfants ou plus.

➤ Santé perçue, bien être et capacité à prendre de bonnes décisions en SS

Plus de la moitié de ces adolescents et jeunes (56%) s'estimait « en bonne santé » et presque 1/3 s'estimait même « en excellente santé ». A la question de savoir comment ils se sentaient le jour de l'entretien, la majorité (75%) avait le sentiment d'être « heureux » et 21% « très heureux ». Concernant leur capacité à prendre de bonnes décisions relatives à leur santé sexuelle, la majorité (78%) a affirmé en avoir la capacité.

Tableau 10: Répartition des enquêtés selon leurs caractéristiques socio-démographiques

CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUE	CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUE
Sexe (n=125) Féminin Masculin	79 (63%) 46 (37%)	Nombre d'enfants dans le ménage (n=125) Médiane (EI ²⁹) Rang dans la fratrie Médiane (EI)	6 (4- 7) 2 (2- 4.)
Occupation (n=125) Elève: Travailleur: Chômeur:	116 (93%) 5 (4%) 4 (3%)	Avec qui vis-tu? (n=125) Mes parents Autre	124 (99%) 1 (1%)
Age (n=125) Médiane (EI) Tranches d'âges 10-14 ans 15 - 19 ans 20 - 24 ans	15.0 (13.0, 16.0) 51 (41%) 70 (56%) 4 (3%)	Statut marital (n=125) Célibataire Marié	124 (99%) 1 (1%)
Rang dans la fratrie (n=125) 1 ^{er} 2 ^{ème} 3 ^{ème} 4 ^{ème} et plus	 31 (25%) 37 (30%) 21 (16%) 37 (30%)	Santé perçue (n=125) Excellente Bonne Plutôt bonne Pas très bonne Pas de réponse	40 (32%) 72 (57 %) 5 (4 %) 7 (6 %) 1 (1%)
Avoir fréquenté l'école dans le passé (n=9) Oui Non	8 (89%) 1 (11%)	Comment te sens-tu pour le moment? (n=125) Je me sens très heureux Je me sens heureux Je ne me sens pas heureux Je ne me sens pas très heureux du tout Pas de réponse	26 (21 %) 94 (75 %) 1 (1 %) 3 (2 %) 1 (1%)
Capacité de lecture de la phrase (n=125) Peut lire toute une phrase Peut seulement lire une partie Peut pas lire du tout	116 (93%) 4 (3%) 5 (4%)	Que dirais-tu de ta santé (n=125) Excellente Bonne Plutôt bonne Pas très bonne Pas de réponse	40 (32%) 72 (57%) 5 (4%) 7 (6%) 1 (1%)
Niveau de formation au jour de l'enquête (n=125) Sans formation Fondamental année 1 à 6: Fondamental année 7 à 9: Post fondamental : Enseignement supérieur :	1(1%) 44 (35%) 77 (62%) 3 (2%) 0%	Capacité à prendre de bonnes décisions en Santé Sexuelle, SS. (n=125) Capable En peu capable Non capable Ne sait pas Pas de réponse	97 (78 %) 8 (6 %) 11(9 %) 8 (6 %) 1 (1%)

Le jour de la visite de l'équipe des chercheurs dans les CDS, les titulaires avaient pris contact avec les écoles avoisinantes et leur ont demandé d'envoyer les élèves pour venir assister aux causeries éducatives. D'autres avaient fait large ampliation dans les milieux environnants. De ce fait, l'équipe s'est retrouvée avec un nombre considérable de jeunes qui se réclamaient être des habitués des activités récréatives durant les séances plénières de sensibilisation par les CDS. Ce n'est que durant les entretiens que les enquêteurs ont découvert que la quasi-totalité de ces jeunes venait pour la première fois. Comme chaque enquêteur s'entretenait avec un effectif d'environ 6 à 7 jeunes, l'ampleur du problème n'a été connu qu'après coup.

→ Il aurait fallu écarter tous les jeunes qui n'auraient pas dû se trouver là, car personne n'avait demandé une quelconque mobilisation, et tirer au sort l'échantillon parmi les jeunes « habitués » de ces activités

²⁹ EI : Ecart interquartile

3.4.1.2 Caractéristique des ménages

➤ Type de logement et niveau d’instruction du chef de ménage

Les habitations dans lesquelles les enquêtés vivaient étaient dominées par des logements en briques adobes couverts de tôles ou tuiles (73%). Concernant les équipements disponibles dans ces ménages, le téléphone a été le plus fréquemment cité (62%), alors que l’eau courante ne serait disponible que dans 3% seulement des ménages. Il y a lieu de noter tout de même que la disponibilité du panneau solaire, des postes de radio et du vélo ont été cités par une proportion relativement importante d’enquêtés (variant de 42 à 47%).

S’agissant du niveau d’instruction du chef de ménage d’où provenaient ces jeunes, plus de 1/3 n’a jamais été à l’école, et plus de la moitié a, soit fréquenté (26%), soit terminé l’école primaire (29%).

Tableau 11 : Répartition des enquêtés selon les caractéristiques de leurs ménages

CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES	CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES
Proximité par au CDSAJ (n=125)		Equipements de la maison (n=125)	
Oui	123 (98%)	Téléphone portable	77 (62%)
Non	2 (2%)	Radio	59 (47%)
		Panneau solaire	53 (42%)
		Vélo	56 (45%)
		Eau courante	4 (3%)
		Motocyclette/scooter	13 (10%)
		Aucun de ces équipements	25 (20%)
Type de maison (n=125)		Niveau d’étude du chef de ménage (n=125)	
Motte de terre avec paille	7 (6%)	Jamais été à l’école	42 (34%)
Briques adobes avec pailles	14 (11%)	Primaire non terminé	32 (26%)
Briques adobes avec tôles/tuiles	91 (73%)	Primaire terminé	36 (29%)
Briques cuites avec tôles/tuiles	10 (8%)	Secondaire non terminé	6 (5%)
Maison plus modernes	3 (2%)	Secondaire terminé	3 (2%)
		Supérieur	2 (2%)
		Ne sait pas	3 (2%)
		Autre (Yagamukama)	1 (1%)

3.4.2. ACCES ET RECOURS AUX SOINS PAR LES ADOLESCENTS ET JEUNES

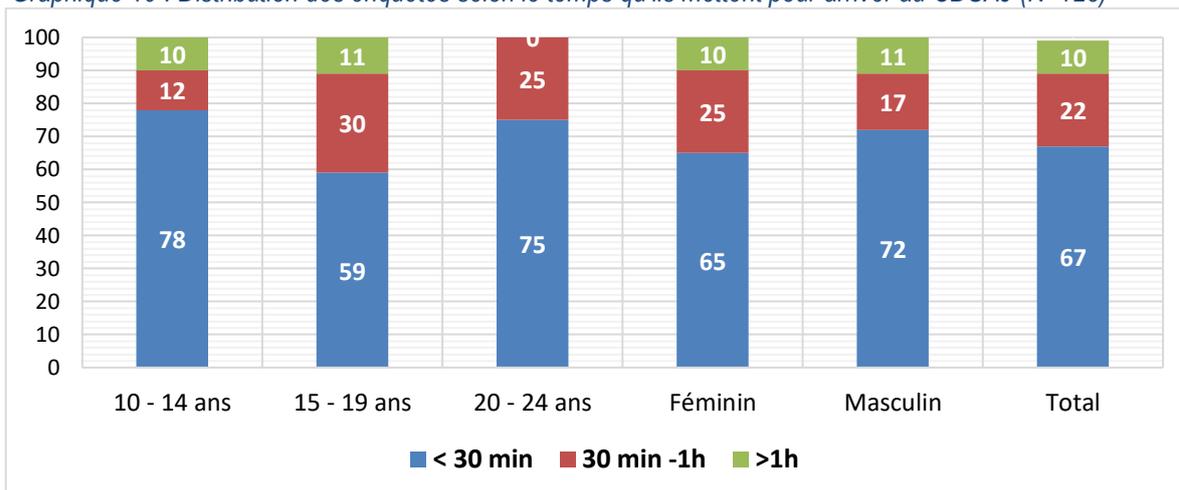
3.4.2.1 Accès géographique aux soins dans les CDSAJ

Les jeunes rencontrés dans ces activités vivent quasi tous dans l’aire d’attraction de ce CDS, 98 % ont déclaré que ce CDS était le plus proche de leurs résidences respectives.

En général parmi les 125 enquêtés, 67% marchent moins de 30 minutes avant d’arriver au CDSAJ. C’est dans la tranche d’âge des adolescent(e)s (10-14 ans) puis chez les plus âgés (20-24 ans) que l’étude a retrouvé une grande proportion de ceux qui atteignaient le CDSAJ à moins de 30 minutes à pied (*Graphique 19*).

On note que, lorsqu’il s’agit d’activités de consultations, les jeunes viennent parfois de loin, parcourant jusqu’à 1h pour arriver au CDSAJ; alors que pour les activités récréatives c’est surtout les jeunes très proches des CDSAJ qui y sont majoritaires, ce qui est logique. Ils n’ont à priori pas un besoin de soins (pas d’urgence), ni un besoin précis/urgent de prévention contrairement à ceux qui vont en consultation et donc qui sont disposés à faire plus de route, car ils ressentent un réel besoin.

Graphique 19 : Distribution des enquêtés selon le temps qu'ils mettent pour arriver au CDSAJ (N=125)



3.4.2.2 Fréquentation/recours aux soins dans les CDSAJ

Au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, 90% des enquêtés fréquentaient déjà les CDSAJ. La majorité (70%) fréquentait ces CDS avant même qu'ils ne soient renforcés pour devenir CDSAJ (Mai 2022). Parmi ceux-là, 42% venaient très souvent, mais la moitié des jeunes (50%) ne venait que lors qu'elle était malade.

Aussi, 77% de ces enquêté(e)s avaient déjà entendu parler du label « Ami des jeunes » attribué à leurs CDS. Parmi les 45 jeunes qui avaient consulté les CDS depuis plus d'une année, ceux / celles qui avaient indiqué être venu(e)s pour des motifs en rapport avec la SSR étaient au nombre de 5 seulement.

Avant et après l'introduction de nouvelles activités pour jeunes, les raisons des visites aux CDS pour ces enquêtés étaient et sont restés des « motifs de soins » ou « consultations curatives » dont la fréquence aurait néanmoins diminué passant de 99% à 59%.

Cependant, **depuis l'instauration des nouvelles activités pour jeunes (causeries et jeux récréatifs)**, non seulement 47% des jeunes sont attirés au CDSAJ par ces activités récréatives, mais aussi **les visites pour consultations préventives auraient augmenté, passant de 3% à 24%**. (Tableau 12)

Tableau 12 : Fréquentation des CDSAJ avant et après introduction d'activités attractives pour jeunes

CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES
Mis à part aujourd'hui, durant les 12 derniers mois, as-tu été dans ce CDS ? (n=125) Oui Non	112 (90%) 13 (10%)
As-tu déjà entendu parler des « centres de santé amis des jeunes » (n=125) Oui Non	96 (77%) 29 (23%)
Depuis combien de temps environ fréquentes-tu ce CDS (n=125) Depuis moins de 5-6 mois (après introduction des activités attractives /nouvelles activités pour les jeunes) Depuis plus de 5-6 mois et toujours (avant l'introduction d'activités attractives/ nouvelles activités pour les jeunes)	37 (30%) 88 (70%)
Venais-tu aussi souvent avant qu'il n'y ait de nouvelles activités pour les jeunes? (n=88) Je venais plus souvent avant Je venais moins souvent avant Je ne venais pas avant, sauf quand j'étais malade Je ne venais jamais avant	37(42%) 6(7%) 44(50%) 1(1%)
Tu venais déjà ici il y a plus d'un an, avais-tu déjà consulté pour la santé sexuelle et reproductive avant l'introduction des activités attractives (n=45) Oui Non	5(11%) 40 (89%)
Avant que les activités attractives n'existent (avant mai 22), pour quel type d'activité / motif de consultation es-tu venu? (n=88) Des soins pour une maladie (consultation curative) Des activités de prévention (conseils, contraception) Autres	87(99%) 3(3%) 1(1%)
Depuis que les activités attractives attractives/récréatives ont été introduites (après mai 22), pour quel type d'activité / motif de consultation es-tu venu (n=113) Des soins pour une maladie (consultation curative) Des activités de prévention (conseils, contraception) Des activités attractives (causerie et activités récréatives) Autres	67(59%) 27(24%) 53(47%) 2(2%)

3.4.2.3 Participation aux activités récréatives pour jeunes

Avant d'analyser la participation des jeunes aux activités récréatives, l'étude a cherché à identifier par quelles sources ces jeunes en ont entendu parler, pour la première fois. **La majorité des répondants a cité l'école (64%)**, d'autres les amis (18%). Concernant la participation à ces activités, une très forte proportion de jeunes (98%) y avait déjà pris part avant le jour de l'enquête

De plus, la majorité des enquêtés a affirmé avoir participé au moins deux fois, 18% y ont participé au moins 2 fois, et 41% trois fois et plus³⁰. Plus de la moitié de ces jeunes (59%) a affirmé qu'elle n'a pas besoin d'être accompagné pour venir participer dans ces activités. Ce besoin a été exprimé par les plus jeunes (10-14 ans).

³⁰ Les deux aspects qui se suivent se complètent : D'une partie à la question de savoir s'il a participé aux activités, même ceux qui venaient d'y participer ont dit « Oui », ce qui signifie que ceux qui ont répondu par « NON » n'avaient pas encore participé même ce jour-là. La question suivante nuance en omettant le cas d'aujourd'hui. Donc ceux qui ont comme réponse : « Première fois » inclus ceux qui ont participé ce jour-là seulement et ceux qui ont dit une fois avaient déjà participé une fois avant « aujourd'hui »

Tableau 13: Participation aux activités récréatives et sujets abordés aux causeries

CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES
Par quelle source as-tu entendu pour la première fois parler des activités pour les jeunes proposées dans ce CDS ? (n=125)	
Jamais entendu	2 (2%)
Un ami	23 (18%)
L'école	80 (64%)
Les soignants	13 (10%)
Les églises	1 (1%)
Les agents de santé communautaires	2 (2%)
Mes parents	2 (2%)
Autre (un cousin)	1 (1%)
Non réponse	1 (1%)
As-tu déjà participé aux activités attractives (n=125)	
Oui	123 (98%)
Non	2 (2%)
Combien de fois environ as-tu participé aux activités attractives avant aujourd'hui ? (n=125)	
Première fois*	23 (18%)
Une fois**	29 (23%)
Deux fois,	22 (18%)
Trois fois et plus	51 (41%)
Est-ce que tu as besoin d'être accompagné pour oser venir (n=125)	
Oui je préfère être accompagné.	51 (41%)
Non j'ose venir seul.	74 (59%)
Sujets abordés dans les causeries (n=125)	
Menstruations	37 (30%)
Contraception et prévention des grossesses non désirées	84 (67%)
IST, VIH/SIDA : prévention et prise en charge	47 (38%)
Gestion de la grossesse non désirée chez les adolescents et jeunes	8 (6%)
Droits des jeunes en SSRAJ	22 (18%)
Communication entre parents et jeunes en matière de SSR	11 (9%)
Sensibilisation sur les services offerts dans les CDSAJ	11 (9%)
Méfais des avortements provoqués et prévention des grossesses non désirées	14 (11%)
Ne sait pas	20 (16%)

Première fois* : veut dire que la présence ce jour-là était leur première fois

Une fois** : veut dire une fois avant aujourd'hui

Constat : En dépit de l'introduction des jeux récréatifs, le taux d'utilisation des services reste relativement faible. La majorité des jeunes a rapporté les thématiques en lien avec «la contraception et la prévention des grossesses non désirées» (67%) d'une part et, d'autre part, «le suivi, la prévention et prise en charge IST, VIH/SIDA» (38%).

- Il convient de mettre en parallèle l'âge des utilisateurs des services (plutôt âgés) et qui logiquement, ne figurent pas au rang des grands utilisateurs des activités récréatives (AR).
- L'âge jeune des utilisateurs des activités récréatives qui, finalement utilisent peu les services du fait qu'ils ont sûrement moins de besoins SSR dans l'immédiat. Cependant, leur sensibilisation au plus jeune âge constitue un investissement car, elle favorisera certainement l'utilisation future de ces services le moment venu.
- En outre, l'école représente la principale source (64%) par laquelle ces jeunes ont entendu parler des AR. Pour cette tranche d'âge, l'indicateur de suivi idoine sera plutôt lié à l'évolution de ses connaissances et pratiques en lien avec les AR et non à leur utilisation des services SSR.
- Il est fort probable que les jeunes aient inclus ici les thématiques dont ils auraient entendu parler lors d'autres types de causeries (il s'agit là d'une limite mais, peu importe où ils ont été sensibilisés sur ces sujets)
- Les prestataires des soins mettent à profit les activités récréatives pour animer des causeries sur diverses thématiques. Les jeunes ont été questionnés sur les sujets qui ont déjà été

Les recommandations suivantes sont proposées :

Pouvoirs publics :

- Prendre toutes les mesures susceptibles de permettre aux adolescents et jeunes d'accéder facilement à des produits contraceptifs à court terme, à longue durée d'action et permanentes, y compris la contraception d'urgence, dans le cadre des services de santé sexuelle et reproductive. Cet accès ne doit pas être entravé par la situation de famille ni par une quelconque objection des prestataires.
- Mettre à la disposition des adolescents et jeunes, les informations et les services relatifs aux contraceptifs, y compris la contraception d'urgence, dans le cadre des services de santé sexuelle et reproductive. Ces services doivent être gratuits, confidentiels, réactifs aux besoins des adolescents et jeunes et non discriminatoires, et les obstacles à la prestation des services comme l'autorisation obligatoire d'un tiers doivent être éliminés.
- Sensibiliser tous les acteurs concernés à la prévention des grossesses chez les adolescentes au moyen d'interventions telles que la diffusion d'informations, l'éducation sexuelle et sanitaire, le renforcement des aptitudes personnelles et sociales, la fourniture de services de contraception et de conseil et la mise en place d'un environnement favorable.
- Améliorer l'accès des adolescentes aux informations et aux services relatifs aux contraceptifs, y compris la contraception d'urgence.

Communauté :

- Mettre en œuvre des interventions destinées à inciter les membres de la communauté à soutenir l'accès des adolescentes aux contraceptifs.

Établissements de santé (et notamment les CDSAJ):

- Mettre en œuvre des interventions destinées à améliorer la prestation des services de santé aux adolescentes qui les aident à obtenir et utiliser les informations et les services relatifs à la contraception.
- Fournir des services de santé sexuelle et reproductive, notamment des informations et des services en matière de contraception, aux adolescents sans que ne soit exigée l'autorisation ou la notification des parents ou d'un tuteur, afin de pourvoir aux besoins d'éducation et de services des adolescents.

3.4.2.4 Expérience et appréciation des jeunes par rapport aux activités attractives

De tous les jeux proposés au titre d'activités attractives, le foot de table (kicker) a été mentionné par 25% des répondants, comme étant le plus attractif, suivi de la télévision citée par 18% des jeunes.

Parmi les jeunes ayant participé à cette étude, **42% ont reconnu que depuis qu'ils viennent dans les activités attractives, ils ont déjà ressenti le besoin de rencontrer un prestataire de soins pour lui exposer leurs préoccupations.** Cependant, la proportion de ceux qui sont déjà allés en consultation reste encore faible 3%.

Nombreux sont ceux qui ont reconnu le caractère instructif des causeries (61%) et que ces dernières les ont aidés à mieux comprendre les sujets traités (82%) d'une part, et à changer d'attitude par rapport à ces sujets d'autre part (81%).

En outre, une preuve d'intérêt et d'une bonne expérience pour ces jeunes quant aux activités attractives est matérialisée par un taux de réponse positive de 94% à la question « *Recommanderais-tu à un ami de ton âge à venir ici pour profiter des activités attractives ?* ».

Les jeunes rencontrés aux CDSAJ au cours des activités récréatives avaient une connaissance relativement vague de la composition des réseaux socio-communautaires et du rôle de leurs membres. Cependant, leur appréciation est globalement bonne car la majorité des répondants (72%) sont « satisfaits » des membres de leurs réseaux et 20% en sont « très satisfaits ».

En rapport avec **la qualité des services proposés par les CDSAJ** (consultations, activités attractives, causeries), 26 % les trouvent « très satisfaisants », 72 % « satisfaisants » et 2 % « non satisfaisants ».

Tableau 14 : Appréciation et expérience des jeunes par rapport aux activités récréatives

CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES	CARACTERISTIQUE (n)	STATISTIQUES
Qu'est ce qui t'attire le plus dans les activités attractives et qui t'incite à revenir ? (n=125) Foot de table (Kicker) Voir la télévision Voir les vidéos SSR Billard Pingpong Jeux de vidéo Autres ³¹	31 (25%) 23 (18%) 19(15%) 9 (7%) 7(6%) 1(1%) 35(28%)	Depuis que tu viens aux activités attractives/causeries, as-tu eu envie de rencontrer un prestataire de soins pour lui expliquer tes besoins ? (n=125) Oui, mais je ne suis pas encore allé en consultation Oui, et je suis déjà allé en consultation Non, je n'en ai pas besoin pour l'instant Non, ça ne m'intéresse pas Non réponse	52 (42%) 4 (3%) 62 (50%) 4 (3%) 3 (2%)
Depuis que tu viens aux activités attractives/causeries, as-tu eu envie de rencontrer un prestataire de soins pour lui expliquer tes besoins ? (n=125) Oui, mais je ne suis pas encore allé en consultation Oui et je suis déjà allé en consultation Non, je n'en ai pas besoin pour l'instant Non, ça ne m'intéresse pas Non réponse	52 (42%) 4 (3%) 62 (50%) 4 (3%) 3 (2%)	Penses-tu que ces causeries t'ont aidé à mieux comprendre ces sujets (n=125) Oui, beaucoup Oui, un peu Non Ne sait pas et non réponse	102 (82%) 7 (6%) 6 (5%) 10 (8%)
Penses-tu que ces causeries t'ont fait changer d'attitude par rapport à ces sujets ? (n=125) Oui, beaucoup Oui, un peu Non Ne sait pas et non réponse	101 (81%) 6 (5%) 6 (5%) 11 (10%)	Comment apprécies-tu les causeries ? (n=125) Très instructifs Moyennement instructifs Pas du tout instructif Non réponse	76 (61%) 39 (31%) 5 (4%) 5 (4%)
Recommanderais-tu à un jeune de ton âge de venir ici pour participer aux causeries ?(n=125) Oui beaucoup Non Incertain Ne sait pas et non réponse	110 (88%) 6 (5%) 3 (2%) 6 (5%)	Recommanderais-tu à un ami de ton âge de venir ici pour profiter des activités attractives ? (n=125) Oui Non Incertain	118 (94%) 2 (2%) 5 (4%)
Que dirais-tu de ton degré de satisfaction générale en rapport avec les membres du réseau ? (n=125) Très satisfait Satisfait Ne sait pas / ne veut pas répondre Non réponse	25 (20%) 90 (72%) 9 (7%) 1 (1%)	Que dirais-tu de ton degré de satisfaction générale en rapport les services trouvés dans les CDSAJ ? (n=125) Très satisfait Satisfait Ne sait pas / ne veut pas répondre Non réponse	32 (25,6%) 90 (72,0%) 2 (1,6%) 1(1,6%)

³¹ Autres représentent 35 jeunes dont 20 ont déclaré qu'ils sont attirés par les causeries et les formations-sensibilisations fournies par le CDSAJ

3.5. SATISFACTION DES JEUNES VIA LES PAIRS EDUCATEURS

Un focus groups (FG) de 12 jeunes a été organisé dans chaque CDS lors des activités récréatives afin de récolter la satisfaction des jeunes via leurs représentants des réseaux.

Tableau 15: Distribution des jeunes qui ont participé aux discussions de groupe

NOM DU CDS	NOMBRE DE JEUNES PRESENTS DANS LE CDSAJ	NOMBRE DE JEUNES ECHANTILLONNES
KARA	280	12
JANI	150	12
TURA	60	12
MUGOGO	42	12
NYAKABUGU	36	12
TOTAL	568	60

L'âge des jeunes sélectionnés était compris entre 17 et 24 ans car ce sont eux qui étaient plus les habitués des CDS.

Les FG ont été articulés autour des 5 piliers ci-après:

1. L'appréciation du groupe par rapport aux **activités récréatives** des adolescent(e)s / jeunes disponibles / organisées par le CDSAJ
2. L'appréciation du groupe par rapport aux **causeries** (thèmes développés, capacités de l'orateur etc.) organisées par le CDSAJ
3. L'appréciation du groupe par rapport aux **contacts entre jeunes et personnel du CDS**
4. L'appréciation du groupe par rapport aux **services proposés** dont les activités récréatives et causeries organisés par le CDSAJ
5. L'acceptabilité des nouvelles activités dédiées aux adolescent(e)s / jeunes par la communauté
6. Ressenti général par rapport au dispositif déployé

3.5.1. SATISFACTION PAR RAPPORT A L'OFFRE D'ACTIVITES ATTRACTIVES

En vue d'attirer les jeunes vers les structures de soins, leur offrir des informations correctes sur leur SSR et les inciter à demander les services en cas de besoin, la stratégie a consisté à doter les structures d'équipements ludiques en fonction des besoins exprimés par chaque CDS et son contexte. Le tableau qui suit montre le dispositif attractif de chaque CDS appuyé dans les deux provinces de Karusi et Muyinga :

Tableau 16: Equipements disponibles dans les CDS et leur état de fonctionnalité

CDSAJ	Téléviseur	Ordinateur	Kicker	Jeux de carte	Billard	Tennis de table
Jani	Non Fonctionnel	Non disponible	Fonctionnel	Fonctionnel	Non disponible	Non disponible
Tura	Fonctionnel	Non fonctionnel	Fonctionnel	Fonctionnel	Fonctionnel	Non disponible
Kara	Non Fonctionnel	Non fonctionnel	Fonctionnel	Fonctionnel	Non disponible	Non disponible
Mugogo	Non disponible	Non fonctionnel	Non disponible	Fonctionnel	Non disponible	Fonctionnel
Nyakabugu	Non fonctionnel	Tablette et portables fonctionnels	Fonctionnel	Fonctionnel	Fonctionnel	Non disponible

L'influence qu'a eue cet appui dans l'amélioration de la fréquentation des CDS par les jeunes est visible bien que l'appui n'en soit qu'à ses débuts. **La fréquentation permanente des jeunes prouve, à elle seule, l'influence apportée par ces activités.** En effet, la mise à disposition de jeux dans les CDS a permis de les rendre plus attractifs et, partant, de rendre l'intervention plus efficace. Les témoignages rapportés à l'équipe de recherche par les prestataires ont confirmé cet aspect. Un responsable de CDS³² a fait savoir que, depuis la mise à la disposition des jeux dans les centres, « on constate la présence des jeunes au CDS, alors qu'avant il était très rare de voir un jeune au CDS sauf lorsqu'il était malade ».

Pour lui : « *Les jeunes fréquentent aujourd'hui les centres de santé, parce que MEMISA a mis en place des jeux ludiques qui fonctionnent comme un appât et attirent les jeunes qui y accèdent gratuitement, et ont également accès aux messages SSR dispensés par du personnel qualifié* ».

Par rapport à cette approche basée sur les « activités récréatives », les jeunes se sont exprimés en ces termes :

- ✓ *Ce à quoi nous avons assisté est incroyable, nous avons découvert des jeux que nous pensions réservés aux citoyens de familles aisées : FG Mugogo*
- ✓ *Nous avons appris à utiliser l'ordinateur, maintenant nous savons ce qu'est Whatsapp et nous pouvons nous en servir pour partager et recevoir des informations. FG Mugogo*

L'analyse de ces verbatims indique à suffisance que les jeunes sont satisfaits et éprouvent un sentiment positif au regard de la stratégie adoptée. L'aménagement des espaces réservés aux jeux et activités récréatives a permis d'attirer les jeunes vers les services qui leur sont offerts par les CDS. En effet, selon les témoignages des prestataires confirmés par les participants aux FG, autrefois les jeunes ne consultaient les CDS que lorsqu'ils avaient des problèmes de santé afin de recevoir des soins médicaux. Depuis la mise en place de cette stratégie, les jeunes ne viennent plus seulement pour les soins mais également pour recevoir les informations et discuter de leurs différents problèmes de SSR.

Notons que la satisfaction des jeunes par rapport aux équipements attractifs varie d'un CDS à un autre selon le dispositif disponible. Dans les CDS où les jeux (billards, kickers, tennis de table, babyfoot, téléviseurs et lecteurs DVD, CD,) sont disponibles, les jeunes ont exprimé une entière satisfaction surtout les garçons.

« Mu bijanye n'inkino zisanzwe zibera ng'aha kiretse umupira w'amaguru wo kumeza itaravunika yarashobora kuduha cane ugasanga urwaruka rutari ruke rwahuriye ng'aha kandi rwose ugasanga rugiyeho ruryohewe ari naco gituma no ku musi ukurikira waca usanga hitavye urwaruka rwinshi. Rero hariho uwundi mukino w'ikarata nawo nyene urwaruka rurawukunda uretse ko usanga nk'imigwi yose yashoboye kwitaba ikiganiro ugasanga izo karata ntizibakwiye bese kugira bashobore gukina mugabo n'abarorezi baba bakenewe»:

« En ce qui concerne les jeux, on apprécie le football de table (kicker). Avant que cette dernière ne connaisse une avarie, beaucoup de jeunes se rencontraient ici pour jouer ici, et ils rentraient très joyeux, ce qui attirait les autres jeunes la fois suivante. Nous apprécions également les jeux de cartes même si tout le monde n'arrive pas à jouer... néanmoins, même les spectateurs sont importants ».

FG Jani

³² Propos prononcé lors de la séance de prise de contact avant les activités dans le CDS

De manière globale, tous les jeunes apprécient les activités attractives organisées au sein de leurs CDSAJ respectifs, mais déplorent d'une part, le manque d'électricité qui ne leur permet pas de profiter pleinement du matériel audiovisuel et informatique pourtant disponibles et, d'autre part, le manque de salles / espaces adaptées; les espaces actuellement disponibles étant très exigus et inappropriés.

Les jeux qui attirent les jeunes ont permis de tirer certains de ceux-ci de l'oisiveté qui, très souvent, les conduit à la consommation de stupéfiants comme indiqué par les propos de ces jeunes de Tura:

« Urya mupira w'amaguru twebwe abana uradufasha cane ugasanga wa mwanya twari kuja kunwa nk'inzoga twawusize ng'aha hakuja mubindi wifadikanya n'ibirara kuja kunywa urumogi canke kunwa inzoga. Haraho tuza gukina ugasanga uhavuye nka cumi na zibiri ugaca witahira muhira :

« Le football nous a beaucoup aidés, nous les jeunes. Nous passons beaucoup de temps ici au lieu d'aller à la quête de stupéfiants. Il arrive souvent que nous quittions le centre à 18h, ce qui nous laisse peu de temps pour aller faire autre chose»

L'engouement des adolescents et jeunes fréquentant les CDS pour les activités récréatives est réel au regard des effectifs impressionnants rencontrés dans les CDSAJ. Cependant, ces activités récréatives ne semblent pas répondre aux besoins de tous les jeunes, en particulier les filles qui expriment le vœu d'avoir accès à des activités ludiques qui les intéressent. Ces adolescents et jeunes souhaitent que les activités récréatives soient plus diversifiées; certains demandent la multiplication des jeux entre autres du basketball et du handball pour les garçons.

Ces quelques extraits démontrent à suffisance que les jeunes filles profitent moins de l'offre des services attractifs que les jeunes garçons, bien que les services s'adressent aux deux sexes (filles et garçons). Quelques raisons sont évoquées, notamment les raisons d'ordre culturel qui ne favorisent pas l'accès des jeunes filles aux services. La majorité des jeunes a indiqué que les parents n'autorisent pas leurs filles à fréquenter ces services comme l'illustrent ces témoignages tirés de plusieurs propos concordants.

« J'ai constaté que les jeunes garçons utilisent plus les espaces ludiques que les filles. Cela pourrait se justifier par le fait que les mouvements des jeunes sont plus contrôlés par les parents. En plus de cela, les jeux disponibles sont souvent à caractère masculin ». **Jeune garçon FG Mugogo**

« D'après mon constat, les garçons fréquentent plus les espaces ludiques aménagés que les filles. Les filles ne viennent pas souvent; leur fréquentation est réellement faible. Je pense que cela pourrait être lié à notre culture. Ici dans notre milieu, les parents n'autorisent pas souvent les filles à accéder à de pareilles activités alors que les garçons sont encouragés à fréquenter les centres ». **Jeune garçon FG Mugogo**

Le défi majeur évoqué par les jeunes de tous les CDS pour profiter pleinement des activités attractives est **l'absence de courant continu** dans presque tous les CDS. Même si certains CDS comme Tura et Mugogo sont alimentés en énergie solaire, les 3 autres CDS manquent d'électricité en dépit de la promesse d'obtenir de l'énergie solaire via le Projet « Nyakiriza » du Ministère en charge de l'énergie financé par la Banque Mondiale.

« On a amené un poste téléviseur qui est accroché là au mur, mais on ne l'a jamais vu allumé. Par ailleurs, son emplacement pose problème. En effet, on ne peut pas venir ici regarder la télévision qui se trouve dans la salle d'attente pour les consultations. » **Jeune fille, FG de Nyakabugu** »

L'autre défi rencontré est lié aux compétences techniques pour utiliser les jeux. Certes les jeunes se bousculent pour jouer mais il leur est difficile d'observer les règles des jeux du fait de leur ignorance.



CDSAJ de **Mugogo**. Une enquêtrice initie les jeunes au jeu de kicker.



CDSAJ de **Jani**. Des jeunes se bousculant autour du jeu de kicker.

3.5.2. SATISFACTION PAR RAPPORT AUX CAUSERIES: ORATEURS, THEMATIQUES, UTILITE/INTERET

Comme évoqué plus haut, les activités attractives (espaces équipés en jeux ludiques) ont servi «d'appâts» pour amener les jeunes vers les CDS, et les prestataires en ont profité pour partager des informations adaptées à leur âge, et culturellement pertinentes (sans heurter la moralité) sur la sexualité, les relations saines, la SSR et les droits y relatifs.

Muri rusangi izi nyigisho baduha k'umusi wa kane kenshi k'urwaruka ziradufasha kubera harimwo impanuro nyinshi barashobora ku tubwira ati twoshobora kwirinda tukihangana gushika aho tuzokubaka tugashinga urwacu. Ivyo biri nka kamoro kubera nk'urwaruka twebwe bica bidutuma twihatira kuvyirwa kugira ubuhumbu ntibuzoduteshe amashure :

« En général, les messages nous aident beaucoup parce qu'on nous conseille de nous abstenir des relations sexuelles et de patienter jusqu'au jour du mariage. Cela nous aide (nous les jeunes) à nous fixer des objectifs et à nous concentrer d'abord sur nos études ».

Avant l'acquisition d'équipements attractifs, les jeunes se sentaient peu concernés par les CDS (sauf en cas de maladie). D'après les jeunes rencontrés, les messages reçus étaient « accrochants » et adaptés à leurs besoins, à tel point que certains jeunes touchés ont décidé de s'engager en qualité d'animateurs informels pour contribuer à atteindre plus de jeunes. Les témoignages des jeunes sur leur perception de l'utilité des causeries sont éloquentes :

inyigisho zitugirira akamaro ubwa mbere hoho ntamuvyeyi yatinyuka ngo aze kutuganiriza ibijanye n'irondoka rijanye n'amagara meza ariko ubu twaragize imana kwa muganga barabizana tukavyiga :

« Les causeries nous sont très utiles car nos parents n'osent pas discuter avec nous de la SSR. Nous avons beaucoup de chance d'avoir ce type de causeries au CDS ».

- « On nous apprend les techniques de protection contre le VIH et les IST y compris contre la syphilis, ainsi que les techniques de prévention contre les grossesses non désirées »
- « On apprend beaucoup : si tu es élève, tu peux te déplacer vers dans d'autres milieux où ces jeux existent et tu ne seras pas dépaycé. En plus, on nous donne de nouvelles connaissances »
- « Les causeries et les enseignements organisés à l'endroit des jeunes nous ont permis de mieux nous protéger contre les grossesses non désirées et les IST/VIH/Sida, entre autres. A travers ces causeries nous avons compris qu'il est dangereux pour les jeunes filles de circuler le soir ».
- « Pour tous les sexes, nous avons été sensibilisés sur le danger des relations sexuelles précoces. A côté de la pauvreté, la consommation d'alcool et d'autres produits psycho-actifs serait à la base des grossesses non désirées. Au CDS Kara, les jeunes affirment que les cas de VSBG et de grossesses non désirées ont sensiblement diminué dans leur entourage ».
- « On nous enseigne la conduite à tenir en cas de viol, et on nous encourage que le premier réflexe à avoir est de venir consulter le CDSAJ car les services y sont disponibles et gratuits ».
- « Les causeries nous ont aidés à abandonner certaines conduites, nous savons maintenant que nous pouvons nous confier au CDSAJ pour avoir les préservatifs en cas de non abstinence ».

Toutefois, **l'accès à une information complète et fiable sur la SSRAJ, susceptible de susciter des changements comportementaux, reste problématique. Divers types d'obstacles ressortent des discussions.** Parmi eux, il y a lieu de noter le manque de matériaux pédagogiques appropriés, la gêne notamment à cause du regard des adultes présents dans les CDS, le langage utilisé qui est parfois compliqué pour les jeunes surtout ceux de la tranche de 10 à 14 ans, le manque d'intérêt pour certains jeunes qui souhaiteraient venir uniquement pour les jeux, peu de prestataires formés par CDS, etc. Il semblerait également qu'un seul après-midi par semaine ne soit pas suffisant pour permettre à l'ensemble des adolescent(e)s et jeunes d'exposer leurs préoccupations et d'approfondir les échanges en lien avec les thématiques développées.

Enfin, comme pour les activités récréatives, l'équipe a noté que la plupart des jeunes qui profitent des causeries sont les jeunes scolarisés, ce qui a été confirmé par les participants aux FG. Pour remédier à cette situation, les jeunes suggèrent, dans la mesure du possible, d'ajouter au moins un jour par semaine pour les activités récréatives et d'avoir ainsi un jour réservé aux jeunes scolarisés et l'autre aux non scolarisés. En effet, il a été noté que lorsque ces jeunes viennent ensemble (toutes catégories confondues), les non scolarisés semblent « complexés » dans les échanges lors des causeries et dans l'apprentissage des jeux qui sont nouveaux pour la plupart des groupes. Une des jeunes filles participant au FG à Tura, a affirmé ne pas avoir le courage de s'exprimer devant ses camarades scolarisées de peur d'être moquée par elles.

Ce complexe a été évoqué pendant tous les FG. Certainement que si un groupe était organisé uniquement pour les non scolarisés, ils se seraient exprimés davantage sur les défis rencontrés.

De ce qu'il précède, il y a lieu d'affirmer que le présent projet de MEMISA a apporté une valeur ajoutée notamment pour attirer les jeunes vers les CDS et leur offrir des informations sur la SSR sans pour autant permettre de vulgariser les concepts et les rendre plus accessibles à l'ensemble des jeunes dans leur diversité.

«Nka jewe ntahonyoye mw'ishule nokwubahuka nkabaza ikibazo imbere y'abarya banyeshule, ntashaka ko bantwenga bigakwira no mu mihana iwacu ? : Focus group Jani

« Par exemple moi qui n'ai jamais été à l'école, je ne peux pas oser poser une question au risque d'être la risée de tout le monde, et la nouvelle risquerait de se propager même dans notre communauté ».

De ce fait, des efforts supplémentaires restent nécessaires.

Les témoignages des filles participant aux FG indiquaient que les messages reçus pouvaient leur permettre de savoir comment se protéger des grossesses non désirées (GND), mais que **la pauvreté constitue un facteur de vulnérabilité et d'exposition** susceptible de faciliter la survenue de GND chez les adolescentes et jeunes filles.

« inyigisho baduha k'umusi wa kane ni nziza ziradufasha mu kwikingira inda z'indaro kandi burya abakobwa barakunda gutwara inda z'indaro bivuye k'ubukene boraba tugashinga amashirahamwe tukaza turaziganya twongera tuguranana :

« Les causeries de jeudi nous aident à nous protéger contre des grossesses non désirées (GND). Mais certaines filles continuent d'avoir des GND à cause de la pauvreté ! Si on pouvait nous aider à créer des groupes de solidarité pour bénéficier de petits prêts».

Constats : Certaines filles ne se sentent pas attirées par les jeux qui sont plutôt « pour les garçons ». Les jeunes moins éduqués n'osent pas poser leurs questions devant leurs pairs scolarisés. La diversité des tranches d'âge ne facilite pas l'animation de causerie adaptées à tous (difficile pour les soignants) → Comment organiser les activités récréatives en prenant en compte la diversité des profils ?

Les recommandations suivantes sont proposées :

- « Animer les séances de jeux » pour montrer comment les jeux fonctionnent (expliquer les règles). Ouvrir les jeux à tous, indépendamment de leurs sexes et renforcer l'encadrement au sein des CDSAJ (les filles peuvent avoir envie d'apprendre aussi à jouer au kicker/billard), plutôt que de chercher des jeux POUR les filles → rôle futur des membres des réseaux ?
- Réfléchir à la mise en place d'activités ne nécessitant pas vraiment de matériel spécifique et favorisant les échanges de groupes telles que les jeux d'équipes, les danses culturelles
- Diligenter une identification des besoins / des envies des jeunes (une étude de base / « Baseline ») impliquant les jeunes par tranches d'âges, par sexe, par niveau d'instruction (jeunes scolarisés versus jeunes non-scolarisés), par milieu afin de diversifier / d'adapter les jeux et activités ludiques. Identifier également les problèmes de SSR chez les jeunes pour adapter le contenu des causeries aux besoins/attentes locaux → Rôle futur des réseaux dans l'organisation des activités (définition des jours d'activités, contenu des causeries)
- Réfléchir à la possibilité d'avoir aussi des activités génératrices de revenus (AGR) pour attirer certains jeunes. Attention de ne pas arriver avec une liste AGR (cette approche a montré ses limites dans certains contextes), mais plutôt penser à une approche « AVEC » (Associations Villageoise d'Épargne et de Crédit) qui donne de meilleurs résultats.
- Segmenter les jeunes par tranches d'âge lors des activités récréatives compte tenu de l'important écart d'âge 10 à 24 ans, en séparant les plus jeunes 10 à 15 ans des plus âgés 16 ans à 24 ans d'une part; séparer les élèves/écoliers des jeunes non-scolarisés et déscolarisés compte tenu du niveau d'instruction très différent, pour éviter des frustrations.
- Diversifier les thématiques des causeries au-delà de la SSR, apportera une plus grande connaissance santé aux jeunes de manière générale et limitera la stigmatisation des jeunes qui fréquentent ces activités par les membres de la communauté 'autres jeunes, voisins, parents...)
- Si manque d'espace, impliquer les écoles avoisinantes (conduire ces activités en milieu scolaire plutôt que dans les CDS ?)
- Initier une réflexion pour l'installation de plaques solaires ou toute autre source d'énergie capable de faire fonctionner le matériel déjà disposé dans les CDSAJ
- Capitaliser sur la paire-éducation pour renforcer les réseaux des jeunes
- Organiser des voyages d'échanges d'expériences, notamment avec les autres consortia qui mettent en œuvre l'approche « activités récréatives » dans le cadre du Projet « Twiteho Amagara »
- Organiser des activités de supervision, de coaching et de mentoring post formation en SSRAJ sur une période de 18 mois à raison d'une mission par trimestre par CDSAJ ; y compris pour permettre aux prestataires d'adopter un comportement et une attitude non jugeants envers les jeunes afin de les rassurer et améliorer leur accessibilité aux services SSR.
- Inviter régulièrement les Comités de santé (COSA) ainsi que les leaders communautaires dans les CDSAJ. puis les inciter à organiser une restitution auprès de leur communauté.

3.5.3. SATISFACTION PAR RAPPORT AUX CONTACTS ENTRE JEUNES ET PERSONNEL DU CDS

Dans le cadre du Projet « Twiteho Amagara », le consortium MEMISA a réalisé une formation préalable des prestataires de soins et services SSR pour les préparer à la gestion et à l'animation des CDSAJ. Cette formation devrait leur permettre d'adopter des attitudes plus respectueuses vis-à-vis des adolescents et jeunes qui fréquentent les CDS. D'après les adolescents et jeunes, les prestataires sont devenus bienveillants et moins stigmatisants à leur endroit; ils adoptent une attitude de « mentor », manifestent de la compréhension et non de la condamnation.

« Le titulaire de ce CDS est formidable, il est devenu notre ami. Nous lui posons toutes nos questions et il répond sans rien cacher à l'inverse de certains de nos professeurs ».

Comme résultat, les adolescents et jeunes se sentent mieux considérés et valorisés par les prestataires qui les considèrent de plus en plus comme des partenaires :

« L'image que j'avais des blouses blanches a changé. J'avais gardé l'image des soignants comme ceux qui font mal avec les injections mais maintenant je l'ai trouvé »

Les adolescents et jeunes rencontrés se sont exprimés quasi unanimement dans ces termes :

- Les prestataires de nos CDSAJ nous accueillent chaleureusement, sans stigmatisation, et les relations entre les patients et les infirmiers se sont améliorées.
- Nous avons changé de regard envers les prestataires surtout envers le titulaire du CDS, nous les considérons actuellement comme nos mentors;
- On nous donne la priorité quand nous venons en consultation;
- En plus du motif de consultation, il arrive qu'on introduise d'autres aspects liés à la gestion de l'adolescence et les échanges nous aident beaucoup;
- Nos prestataires sont devenus plus patients et plus attentifs à nos préoccupations (*baraguha umwanya ugashikiriza ikibazo cose uba ufise*)

Les éléments qui justifient la satisfaction des adolescents et jeunes sont notamment:

- L'accueil des prestataires; **L'accueil cité en premier est un élément capital de la satisfaction des jeunes concernant les services.** Certains adolescents et jeunes estiment que cet aspect est beaucoup plus important que la compétence technique du personnel de santé d'où la nécessité d'un bon accueil et une mise en confiance. Les avis sur l'acceptabilité des activités dédiées aux jeunes sont partagés au niveau de la communauté
- La qualité et la pertinence des informations fournies aux jeunes : selon les jeunes, les informations reçues sont diversifiées et de qualité
- La qualité des conseils reçus sur la SSR
- La gratuité du service
- La confidentialité : les adolescents et jeunes ont témoigné que les prestataires sont capables de garantir leur confidentialité. Une des participantes au FG à Jani témoigne:

« *Umwana w'umugenzi yari afise ingorane mu gihimba c'irondoka, naherekeje kuri iri vuriro rya Jani, yari afise ubwoba ko bica bikwira mu kibano, ariko ntavyo twumvise bivurwa* » :

« J'ai accompagné, au CDS de Jani, la fille d'une amie qui souffrait d'un problème gynécologique, pour consulter. Nous avons peur que la nouvelle ne soit répandue dans l'entourage, mais nous n'en avons jamais eu d'écho ». **Une des participantes au FG à Jani**

3.5.4. ACCEPTABILITE DES NOUVELLES ACTIVITES DEDIEES AUX JEUNES PAR LA COMMUNAUTE

Les avis sur l'acceptabilité des activités dédiées aux adolescents et jeunes sont partagés au niveau de la communauté. Pour certains jeunes, en général les activités récréatives ne posent pas de difficultés car, dès leur initiation, une large communication a été organisée et relayée notamment par les églises et les agents de santé communautaire. Les parents avec perception positive pensent que les causeries/jeux tirent les adolescents et jeunes de l'oisiveté qui est un fléau dans leur communauté.

« Les parents ont bien accueilli l'organisation des causeries des jeunes dans ce CDS parce qu'il y avait des jeunes qui passaient leur temps à trainer sur les collines, mais qui ont changé. Ils exécutent rapidement les tâches ménagères qui leur sont assignées par les parents pour pouvoir se libérer et venir aux activités récréatives ». **Un jeune de Nyakabugu**

Ceux qui autorisent leurs enfants à y prendre part leur exigent de rentrer tôt pour s'occuper des activités domestiques. Selon les affirmations des jeunes rencontrés, il ressort que certains parents se lamentent que les adolescents et jeunes n'ont plus suffisamment de temps pour accomplir les travaux ménagers, notamment les jours où les CDS organisent des activités récréatives.

Enfin, certains parents ne permettent pas à leurs enfants de participer à ces activités arguant qu'elles ne sont pas suffisamment bonnes pour eux sur le plan culturel, même s'il convient de noter que ces parents restent peu nombreux.

Les adolescent(e)s et jeunes ont également partagé que pour ceux / celles qui ont des parents catégoriquement opposés à ces activités, ils bravent cette interdiction et viennent au CDS en cachette :

Certains parents disent : « umwana wanje ntazokwigera ava ngaha ngo agende kumviriza ubwo bu maraya » :

« Mon enfant n'ira jamais apprendre le vagabondage sexuel » !

« Les parents pensent qu'ici nous venons pour être initiés comment faire les rapports sexuels »

Constat : Certains parents sont inquiets de voir les jeunes participer à des activités étiquetées SSR et délaisser les activités domestiques. Certaines familles pourraient être stigmatisées par le reste de la communauté car elles permettent à leurs jeunes de participer à ces activités...Comment améliorer l'intégration avec la communauté ?

Pour certains jeunes, en général les activités récréatives ne posent pas de difficultés car, dès leur initiation, une large communication a été organisée et relayée notamment par les églises et les agents de santé communautaire. Les parents avec perception positive pensent que les causeries/jeux attractifs tirent les adolescents et jeunes de l'oisiveté qui est un fléau dans leur communauté. Ceux qui autorisent leurs enfants à y prendre part exigent que ceux-ci rentrent tôt pour s'occuper des activités domestiques. D'autres parents ne permettent pas à leurs enfants de participer à ces activités arguant qu'elles ne sont pas suffisamment bonnes pour eux sur le plan culturel, servent à initier les jeunes aux relations sexuelles et font « la promotion du vagabondage sexuel » (cfr verbatims), même s'il convient de noter que ces parents restent peu nombreux. Par ailleurs, certains adolescents et jeunes dont les parents sont catégoriquement opposés à ces activités, ont indiqué être prêts à braver cette interdiction et à aller au CDS en cachette (cfr verbatims).

Au cours des échanges, aucun jeune n'a mentionné les parents comme « potentielle source d'information en matière de SSR »: selon toute vraisemblance, les parents ne discutent pas de SSR avec leurs enfants. Certains parents mal informés sont convaincus que ces activités font la promotion de la « débauche sexuelle », apprennent aux jeunes comment « avoir des relations sexuelles » → Comment lever cette barrière? Comment capter les parents et mieux les impliquer?

Discussion : Le profond malaise qui entoure la sexualité des adolescents renforce souvent les obstacles sociaux à l'éducation complète à la sexualité dispensée par les CDSAJ au cours des causeries [en complément / en remplacement de celle (qui aurait dû être) dispensée par les parents]. L'idée fautive selon laquelle l'éducation complète à la sexualité encourage les adolescents à avoir des rapports sexuels précoces ou à risque reste très répandue.

De nombreuses études ont montré que l'éducation complète à la sexualité n'accroît pas l'activité sexuelle, les comportements sexuels à risque ou les taux d'infection à VIH ou d'autres^{33, 34, 35}. Pour aider à surmonter ces obstacles, l'éducation complète à la sexualité devrait figurer dans les programmes nationaux, et des stratégies devraient être adoptées pour renforcer l'appui de la communauté en faveur de cette éducation et recenser et combattre les facteurs communautaires et individuels de nature à favoriser une résistance ou des réactions de rejet ou à freiner sa mise en œuvre. Des efforts concertés sont nécessaires pour veiller à ce que les enseignants et les écoles ; les dispensateurs de soins et services SSR bénéficient d'un appui pour dispenser efficacement l'éducation complète à la sexualité, et pour associer les parents, la famille et la communauté à ce processus^{36, 37}. Les adolescents et jeunes ont besoin d'être informés pour être en bonne santé et faire de bons choix. Pour cela, ils ont besoin de la compréhension et du soutien de leurs parents, de leurs enseignants, des personnels de santé et des dirigeants locaux.

³³ Édition révisée : principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité – une approche factuelle. Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2018

³⁴ Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School-based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014; 9(3):e89692.

³⁵ Shepherd J, Kavanagh J, Picot J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13–19: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2010;14(7):1–206,iii–iv.

³⁶ Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement : Directives de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

³⁷ La prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés : mise à jour 2016. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.

Les recommandations suivantes sont proposées:

- « Animer les séances de jeux » pour montrer comment les jeux fonctionnent (expliquer les règles), Ouvrir les jeux à tous, indépendamment de leurs sexes et renforcer l'encadrement au sein des CDSAJ (les filles peuvent avoir envie d'apprendre aussi à jouer au kicker/billard), plutôt que de chercher des jeux POUR les filles → rôle futur des membres des réseaux ?
- Prévoir une école des parents avec éventuellement des incitants (offrir des savons et divers autres gadgets...). Au sein de cette école des parents, prévoir des séances de discussions « Parents – enseignants / Parents - prestataires de soins » en matière d'éducation à la sexualité
- Mieux communiquer avec les parents sur les thématiques abordées avec les jeunes (à faire durant les causeries faites dans les CDS les matins et destinées aux adultes)
- Initier une réflexion sur les activités génératrices de revenus qui convaincraient peut-être davantage les parents de laisser les jeunes participer
- Élargir les thématiques au-delà de la SRR et intégrer des thématiques diversifiées telles que la nutrition, la santé mentale..., mais aussi dans le domaine des déterminants de la santé (environnement...): ce sera moins stigmatisant et plus rassurant pour les

3.5.5. RESENTI GENERAL PAR RAPPORT AU DISPOSITIF DEPLOYE

Si l'on s'appuie sur les réponses des adolescents et jeunes participant aux discussions de groupe, l'on note que la majorité des jeunes qui a bénéficié des services SSR à la suite des activités ludiques / attractives est satisfaite. En effet, les jeunes estiment que le dispositif mis en place leur a permis de fréquenter les CDS avec des prestataires aux attitudes positives; ce qui a contribué à leur satisfaction. A titre illustratif, il s'agit de l'aménagement des espaces d'information dans les CDS et la dotation de ceux-ci en jeux divers visant à contribuer à attirer les adolescents et jeunes vers les points de prestation des services. Cette stratégie semble également appréciée par la plupart des jeunes.

- « *Hariho abaza mumpisho kuko abavyeyi bumvise ko twaje boturaza nohanze* » :
«Il y a des enfants qui viennent discrètement parce que si leurs parents l'apprennent, ils vont les punir évènement jusqu'à les obliger à passer la nuit à la belle étoile».
- «*Hariho abaza mu mpisho, twosaba ko mwohimiriza abavyeyi bacu bakaza baraturekura tukaza kenshi* » :
- «Il y a des jeunes qui viennent discrètement, on vous exhorte à sensibiliser les parents pour autoriser leurs enfants à venir »
 - «*Cane cane barakunda kubitubuza bakatubwira uri mukobwa kizira kikazirizwa kuja murivyo bintu vy'abahungu kuko biratuma usama inda utipfujye uyitwara* » :
«Nos parents disent qu'il est strictement interdit à une fille d'aller jouer avec les garçons au CDS car nous pourrions avoir des grossesses non désirées».

Néanmoins, une partie d'informateurs - clés estime qu'un nombre non négligeable d'adolescents et jeunes qui ont fréquenté les formations sanitaires ne sont pas satisfaits des autres paquets SSR qui leur sont proposés.

- «*Nkubu jewe ko babinyigishije urabona akubwiye ati urabona ko atagakingirizo ufise ntivyokunda uri umuhungu urashobora kwihangana nimba ari uwundi musu mukazoraba ukuntu mubigira mufise agakingirizo kuko ugiye guhatiriza uba uriko wonona ibintu vyinshi*»:
- «Les jeunes adoptent des attitudes responsables dans la gestion de leur sexualité »
- «*Aha mu kibano iwacu wasanga urwaruka ruto ruto ruriko rurayerera mu mabarabara* » :
«Les jeunes sont maintenant occupés et ne passent plus leur temps à errer dans les rues à ne rien faire»

De manière globale, les jeunes sont satisfaits de ce qu'ils / elles qualifient « d'approches novatrices » dans les CDS. Des changements commencent progressivement à s'observer :

La fréquentation des CDS par les jeunes a commencé à faire tache d'huile car la fréquentation des CDS par les jeunes « pionniers » a permis une augmentation des effectifs des jeunes visitant les CDS (témoignages auprès des autres jeunes), ce qui a constitué une porte d'entrée pour partager des informations sur la SSRAJ. Toutefois, cela n'occulte pas le fait que d'autres jeunes hésitent encore à visiter les CDSAJ pour diverses raisons au rang desquelles: (i) intérêt non encore perçu, (ii) crainte de stigmatisation, (iii) opposition des parents, etc.

- «Urwaruka rutaza ngaha ntirwigerera rubibona neza kubera baravyinuba hariho abavuga ngo none biriya mugenda kwiga kwivuriro bijanye n'irondoka rijanye n'amagara meza ntimuba musanzwe mubizi. Rero ntibavyitwararika ngo bavyiteho cane gusa nkumuntu aba amaze kuza murizi nyigisho kumubwira ko k'umusi wagatatu atoza ngaha biramugora gutegera nukuri » :
«Certains jeunes qui ne viennent pas au centre disent qu'ils ne comprennent pas pourquoi nous venons ici. Ils prétendent que nous venons apprendre ce que nous savons déjà».
- «Nanje bambwira ko ari guta umwanya » :
«D'autres jeunes disent que c'est une perte de temps ».

Néanmoins, quelques aspects d'insatisfaction ont été évoqués: ils sont notamment liés à certaines installations qui ne sont pas suffisamment propres ni confortables d'une part et, d'autre part, à des salles de consultation mal ou non isolées pour protéger la confidentialité (auditive et visuelle) des adolescents et jeunes venus en consultation.

Les adolescents et jeunes souhaiteraient recevoir plus d'informations sur les traitements et la qualité de vie des jeunes. Lors des focus groups réalisés, quelques jeunes ont reconnu ne pas avoir une vision suffisamment nette des éléments qui les rendent vulnérables aux rapports sexuels forcés, aux infections sexuellement transmissibles et aux grossesses non désirées. Les jeunes estiment ne pas être satisfaits par l'information reçue concernant l'identification des situations à risque, ni sur les stratégies de négociation des rapports sexuels protégés.

3.6. CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES JEUNES EN MATIERE DE RELATIONS AFFECTIVES ET SEXUELLES

L'analyse de cette section concerne les données des adolescents et jeunes rencontrés en activités attractives (n=125) et celles de ceux / celles interviewés à la sortie des consultations (n=253). Notons qu'un jeune a participé aux activités attractives après en avoir eu écho au cours de l'enquête de satisfaction de la consultation. Ainsi cette partie de l'enquête a concerné 377 adolescents et jeunes.

3.6.1. RAPPORT SEXUEL ET UTILISATION DES PRESERVATIFS / CONTRACEPTIFS

Dans l'ensemble, **58% des adolescent(e)s et jeunes venus au CDSAJ ont déjà eu des rapports sexuels**. Les proportions diffèrent significativement selon la tranche d'âge (**p-valeur <0.001**) et selon le profil socio-économique reflété par le type d'habitat dans lequel vivent les jeunes. Les ménages ayant une maison dont les murs sont en mottes de terre ou en briques adobes et une toiture en paille ont été déclarés « démunis » et les autres sont considérés comme « non démunis ».

Chez les démunis, 71% avaient déjà eu des rapports sexuels contre 53% pour les autres. La différence est statistiquement très significative (**p-valeur<0.01**).

Pour rappel, les mariés dominaient les participants aux consultations (58%) et cela justifierait le fait que 90% chez les 18-24 ans avaient déjà eu des rapports sexuels.

L'âge au premier rapport sexuel diffère selon l'âge et il est homogène par rapport au statut économique (**p-valeur>0.05**). Une proportion de 50% des adolescents et jeunes de 18-24 ans a eu son premier rapport sexuel à 18 ans alors que la même proportion de jeunes de 10-17 ans a eu son rapport sexuel à 12 ans. De plus, 75% de jeunes et adolescents de 18-24 ans ont eu le premier rapport sexuel à 19 ans contre 14 ans pour ceux de 10-17 ans.

L'usage du préservatif est faible (12%). Néanmoins, il faut noter que 40% sont des mariés qui ont déclaré ne pas avoir eu de rapport extra-conjugal.

Les raisons majeures de « non utilisation du préservatif » lors du dernier rapport sexuel avec une personne autre que le conjoint, ont été que « le préservatif n'est pas aimé » (19.8%), « le préservatif n'était pas accessible » (16%), « ils ne savaient pas où s'en procurer » (14%), « relation sexuelle non prévue » (14%) et d'autres raisons groupées dans « autre » qui étaient constituées principalement par ceux qui ont dit qu'ils étaient jeunes et qu'ils ignoraient l'existence des méthodes de protection.

L'usage des méthodes contraceptives est également faible (26%). Cette faible proportion s'observe dans toutes les tranches d'âge et chez les hommes /garçons et femmes/filles sans différences significatives ($p>0.05$)

Tableau 17: Relations sexuelles, utilisation du préservatif et des méthodes contraceptives chez les adolescents et jeunes venus aux CDSAJ

Caractéristique			Tranches d'âge			Niveau socio-éco du ménage		
	N	Total	10-17 ans	18-24 ans	p-valeur	Démunis	Non démunis	p-valeur
Avoir déjà eu des relations sexuelles ? n (%)	377	217 (58)	43 (23)	174 (90)	<0.001	64 (71)	153 (53)	0,003
Age à la première relation sexuelle ? Médiane (EI)	217	18 (15–19)	12 (10–14)	18 (17–19)	<0.001	18 (16– 19)	18 (15– 19)	0,19
Es-tu marié (e) ou en union dans une relation sentimentale stable ? n (%)	125				<0.001			0,5
Oui je suis marié(e)		2 (1.6)	1 (0.9)	1 (7.7)		0 (0)	2 (1.9)	
Oui je suis en relation stable		36 (29)	27 (24)	9 (69)		4 (19)	32 (31)	
Non		87 (70)	84 (75)	3 (23)		17 (81)	70 (67)	
Utilisation du préservatif à la dernière relation sexuelle avec une personne autre que ton conjoint, n (%)	217				<0.001			<0.001
Oui		25 (12)	8 (19)	17 (10)		9 (14)	16 (10)	
Non		106 (49)	35 (81)	71 (41)		18 (28)	88 (58)	
Aucun rapport extraconjugal		86 (40)	0 (0)	86 (49)		37 (58)	49 (32)	
Pourquoi n'avez-vous pas utilisé un préservatif ? n (%)	106							
- Nous avons utilisé une autre méthode de contraception		11 (10)	0 (0)	11 (15)	0,015	0 (0)	11 (12)	0,2
- Je n'y suis pas favorable, je n'aime pas		21 (20)	0 (0)	21 (30)	<0.001	4 (22)	17 (20)	0,5
- Le préservatif n'était pas accessible, nous n'en avons pas sous la main		17 (16)	9 (26)	8 (11)	0,089	5 (28)	12 (14)	0,2
- Ne sait pas où se procurer des préservatifs		15 (14)	12 (34)	3 (4.2)	<0,001	3 (17)	12 (14)	0,7
- Mon partenaire n'était pas favorable		8 (8)	1 (3)	7 (910)	0,3	0 (0)	8 (9)	0,3
- Relation non prévue		15 (14)	7 (20)	8 (11)	0,2	2 (11)	13 (15)	>0,9
- Enceinte/partenaire enceinte/besoin d'être enceinte		13 (12)	0 (0)	13 (18)	0,004	3 (17)	10 (11)	0,5
- Autre		18 (17)	10 (29)	8 (11)	0,051	2 (11)	16 (18)	0,7
Utilisation de méthode contraceptive à la dernière relation sexuelle autre que le préservatif, n(%)	217	57 (26)	11 (26)	46 (27)	>0,05	20 (31)	37 (24)	>0,05

n (%); Médiane (EI: Ecart interquartile)
test exact de Fisher; test de Wilcoxon-Mann-Whitney

3.6.2. CAPACITE A PRENDRE DES DECISIONS

L'évaluation de la capacité à prendre des décisions est basée sur des questions spécifiques qui étaient posées selon le sexe du répondant. (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**)

D'une part, une proportion de 64% des filles/femmes ayant déjà eu des rapports sexuels a déclaré se sentir capable de demander à leur partenaire d'utiliser un préservatif si elles le souhaitent. Cette proportion diffère significativement selon les tranches d'âge ($p < 0.05$) mais les proportions ne diffèrent pas significativement selon le niveau socio-économique des ménages ($p > 0.05$). D'autre part, 74% des garçons ayant déjà eu des rapports sexuels ont reconnu qu'ils accepteraient que leurs partenaires puissent leur demander d'utiliser un préservatif. Les différences de telles proportions par tranches d'âge et par niveau socio-économique ne sont pas statistiquement significatives ($p > 0.05$).

La capacité à refuser une relation sexuelle non souhaitée à son partenaire a été exprimée par 90% des filles et femmes n'ayant pas encore eu de rapport sexuel³⁸ et chez les garçons n'ayant pas encore eu de rapport sexuel, 86% d'entre eux ont estimé que leurs partenaires pouvaient refuser une relation sexuelle lorsqu'elles ne le souhaitaient pas.

De leur côté, 89% des garçons qui n'avaient pas encore eu de rapport sexuel se sont déclarés capables de refuser de faire l'amour avec leurs partenaires quand ces dernières le souhaitaient et 64% des filles n'ayant jamais eu de rapports sexuels ont reconnu que leurs partenaires pouvaient leur refuser une relation sexuelle quand bien même elles l'auraient désiré. Ces proportions ne changent pas significativement selon ni la tranche d'âge ni le niveau socio-économique ($p > 0.05$).

³⁸ Dans le questionnaire, les deux questions sur la possibilité de refuser étaient posées à celles / ceux qui n'avaient pas encore eu de rapport sexuel

Tableau 18: Capacité à négocier ses rapports sexuels chez les adolescents et jeunes venus aux CDSAJ

Caractéristiques	N	Total	Tranches d'âge			Niveau socio-éco du ménage		
			10-17 ans	18-24 ans	p-valeur	Démuni	Non démuni	p-valeur
Peux-tu demander à ton partenaire d'utiliser un préservatif si tu souhaites qu'il le fasse ? n (%)	157 ³⁹				0,034			0,8
Oui		100 (64)	18 (90)	82 (60)		34 (67)	66 (62)	
Non		51 (32)	2 (10)	49 (36)		16 (31)	35 (33)	
Incertain		6 (3.8)	0 (0)	6 (4.4)		1 (2.0)	5 (4.7)	
Est-ce que ta partenaire peut te demander d'utiliser un préservatif si elle le souhaite? n (%)	38				0,078			0,2
Oui		28 (74)	14 (61)	14 (93)		2 (40)	26 (79)	
Non		9 (24)	8 (35)	1 (6.7)		3 (60)	6 (18)	
Ne veut pas répondre		1 (2.6)	1 (4.3)	0 (0)		0 (0)	1 (3.0)	
Peux-tu refuser à ton partenaire de faire l'amour avec lui si tu ne le souhaites pas ? n (%)	116				>0.9			>0.9
Oui		104 (90)	93 (89)	11 (92)		19 (95)	85 (89)	
Non		9 (7.8)	8 (7.7)	1 (8.3)		1 (5.0)	8 (8.3)	
Incertain		3 (2.6)	3 (2.9)	0 (0)		0 (0)	3 (3.1)	
Ta partenaire peut-elle te refuser de faire l'amour quand elle ne le souhaite pas ? n (%)	44				>0.9			>0.9
Oui		38 (86)	31 (84)	7 (100)		6 (100)	32 (84)	
Non		2 (4.5)	2 (5.4)	0 (0)		0 (0)	2 (5.3)	
Incertain		4 (9.1)	4 (11)	0 (0)		0 (0)	4 (11)	
Ton partenaire peut-il refuser de faire l'amour avec toi si tu le souhaites ? n (%)	116				>0.9			0,5
Oui		74 (64)	65 (62)	9 (75)		16 (80)	58 (60)	
Non		31 (27)	28 (27)	3 (25)		3 (15)	28 (29)	
Incertain		8 (6.9)	8 (7.7)	0 (0)		1 (5.0)	7 (7.3)	
Ne veut pas répondre		3 (2.6)	3 (2.9)	0 (0)		0 (0)	3 (3.1)	
Peux-tu refuser de faire l'amour avec ta partenaire quand elle le souhaite ? n (%)	44				0,3			0,3
Oui		39 (89)	33 (89)	6 (86)		5 (83)	34 (89)	
Non		2 (4.5)	1 (2.7)	1 (14)		1 (17)	1 (2.6)	
Incertain		3 (6.8)	3 (8.1)	0 (0)		0 (0)	3 (7.9)	

3.6.3. CONNAISSANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES, GROSSESSES ET CAPACITE A DISCUTER DES SUJETS DE SEXUALITE EN FAMILLE

Cette série de questions a été posée aux adolescents et jeunes qui ont participé aux activités attractives uniquement⁴⁰. Les méthodes les plus connues sont les injectables, les implants, le stérilet et les pilules. Sans surprise, les jeunes les plus âgés (18-24 ans) les connaissaient mieux que les plus jeunes. Une faible proportion de jeunes et adolescents a mentionné avoir

³⁹ 217 est le nombre tous sexes confondus (dont 177 féminins et 40 masculins). Cependant, au premier jour il y avait une erreur sur une variable ajoutée la veille où un saut était mal réglé ce qui a occasionné une perte de 20 féminins et 2 masculins. Finalement, il y a eu 157 féminins et 38 masculins

⁴⁰ Cette partie du questionnaire a été oubliée dans l'enquête consultation.

entendu parler de l'existence de méthodes naturelles (*Tableau 19*). La seule méthode naturelle citée est l'usage du calendrier.

Tableau 19: Connaissances des méthodes contraceptives

Caractéristiques	N	Total	Tranches d'âge		p-valeur	Niveau socio-éco du ménage		
			10-17 ans	18-24 ans		Oui	Non	p-valeur
Avoir déjà entendu parler de ces méthodes (adolescents et jeunes en activités attractives), n (%)	125							
Injectable		79 (63)	68 (61)	11 (85)	0,13	9 (43)	70 (67)	0,047
Implant		76 (61)	64 (57)	12 (92)	0,015	10 (48)	66 (63)	0,2
DIU/Stérilet		72 (58)	60 (54)	12 (92)	0,007	8 (38)	64 (62)	0,056
Pilule		73 (58)	62 (55)	11 (85)	0,071	11 (52)	62 (60)	0,6
Pilule du lendemain		45 (36)	37 (33)	8 (62)	0,065	6 (29)	39 (38)	0,6
Méthodes naturelles		32 (26)	25 (22)	7 (54)	0,021	2 (9.5)	30 (29)	0,1
Vasectomie		44 (35)	35 (31)	9 (69)	0,012	1 (4.8)	43 (41)	<0,001
Ligature des trompes		46 (37)	38 (34)	8 (62)	0,069	2 (9.5)	44 (42)	0,005
Méthodes traditionnelles		18 (14)	17 (15)	1 (7.7)	0,7	1 (4.8)	17 (16)	0,3
Protection divine		44 (35)	39 (35)	5 (38)	0,8	5 (24)	39 (38)	0,3

n (%); test exact de Fisher; test de Wilcoxon-Mann-Whitney

Parmi les enquêtés, seuls 30 adolescents ou jeunes avaient déjà eu des rapports sexuels et, parmi eux on ne dénombrait que 8 filles. Parmi ces dernières, aucune n'était enceinte et n'avait jamais été enceinte.

La capacité de discuter sur les sujets de la sexualité avec les parents est encore très faible. En effet, seulement 34% des adolescents et jeunes rencontrés aux activités attractives ont affirmé qu'il est possible de discuter de ces sujets avec leurs parents. Pour les autres, soit il est difficile (22%), soit il n'est pas du tout possible de faire ce débat (42%).

Tableau 20: Capacité à discuter des sujets de SS en famille

Caractéristique	N	Total	Tranches d'âge		p-valeur	Provenant d'un ménage démuné		
			10-17 ans	18-24 ans		Oui	Non	p-valeur
Est-ce qu'il est possible de parler de sexualité avec tes parents? n (%)	125				0,6			>0.9
Oui		43 (34)	37 (33)	6 (46)		7 (33)	36 (35)	
Difficilement		28 (22)	25 (22)	3 (23)		4 (19)	24 (23)	
Non pas du tout		53 (42)	49 (44)	4 (31)		10 (48)	43 (41)	
Ne sait pas/Ne répond pas		1 (0.8)	1 (0.9)	0 (0)		0 (0)	1 (1.0)	

n (%); test exact de Fisher; test de Wilcoxon-Mann-Whitney

3.7. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

De ce qu'il précède, la section ci-après résume les principaux résultats.

Qualité observée des consultations des CDSAJ. En dépit des nombreuses formations dispensées aux prestataires de services dans les CDSAJ quelques mois avant l'étude, et le fait que les prestataires se savaient observés par les enquêteurs; leurs prestations ne donnent pas les résultats escomptés.

Face à ce constat, il y a lieu de questionner l'adéquation de l'approche méthodologique utilisée et, réfléchir à d'autres techniques pédagogiques susceptibles d'améliorer l'accueil d'une part et, d'autre part, la qualité des consultations.

- Organiser un suivi post-formation pour s'assurer que les messages restent constants et qu'ils ont été compris et intégrés par les prestataires de services dans les CDSAJ.
- Afficher les directives et critères du bon accueil et prise en charge d'un jeune au CDSAJ (endroit visible de tous) et sensibiliser les concernés, y compris les jeunes sur ces aspects.
- Associer les adolescents et jeunes, les familles et les membres de la communauté, les dispensateurs de services et les administrateurs à l'identification des facteurs qui contribuent au mauvais accueil et à la mauvaise qualité et couverture de ces services.
- Impliquer tout le personnel en contact avec les adolescents et jeunes, et inclure la SSRAJ dans les descriptions de postes de tous les prestataires en contact avec ces derniers.

Les faibles résultats de l'observation sur des éléments clés, auxquels s'associent les résultats très moyens de la satisfaction des jeunes utilisateurs méritent d'être corrigés.

S'agissant d'activités de consultations, les jeunes viennent parfois de loin, parcourant jusqu'à 1h pour arriver au CDSAJ. Ils n'ont à priori pas un besoin de soins, ni un besoin précis/urgent de prévention contrairement à ceux qui vont en consultation: ils sont disposés à faire plus de route, car ils ressentent un réel besoin. Pour les activités récréatives, c'est surtout les jeunes très proches des CDSAJ qui y sont majoritaires.

En dépit de l'introduction des jeux récréatifs, le taux d'utilisation des services reste relativement faible. L'âge jeune des utilisateurs des activités récréatives explique pourquoi ils utilisent peu les services du fait qu'ils ont moins de besoins SSR dans l'immédiat. Cependant, leur sensibilisation au plus jeune âge constitue un investissement car, elle favorisera certainement l'utilisation future de ces services le moment venu. Il convient de mettre en parallèle l'âge des utilisateurs des services - plutôt âgés - et qui logiquement, ne figurent pas au rang des grands utilisateurs des activités récréatives (AR). Les prestataires des soins mettent à profit les activités récréatives pour animer des causeries sur diverses thématiques.

Pouvoirs publics :

- Prendre toutes les mesures susceptibles de permettre aux adolescents et jeunes d'accéder facilement à des produits contraceptifs à court terme, à longue durée d'action et permanentes, y compris la contraception d'urgence, dans le cadre des services de santé sexuelle et reproductive.
- Mettre à la disposition des adolescents et jeunes, les informations et les services gratuits, confidentiels, réactifs aux besoins des adolescents et jeunes et non discriminatoires relatifs aux contraceptifs, y compris la contraception d'urgence, dans le cadre des services

de la SSR. Les obstacles à la prestation des services comme l'autorisation obligatoire d'un tiers doivent être éliminés:

- Sensibiliser tous les acteurs concernés à la prévention des grossesses chez les adolescentes par tous les moyens.

Communauté :

- Mettre en œuvre des interventions destinées à inciter les membres de la communauté à soutenir l'accès des adolescentes aux contraceptifs.

Établissements de santé (et notamment les CDSAJ):

- Fournir des services de SSR, notamment des informations et des services en matière de contraception, aux adolescents sans que ne soit exigée l'autorisation ou la notification des parents ou d'un tuteur.

Certaines filles ne se sentent pas attirées par les jeux qui, selon elles, sont plutôt « destinés aux garçons ». Les jeunes moins éduqués n'osent pas poser leurs questions devant leurs pairs scolarisés. La diversité des tranches d'âge ne facilite pas l'animation de causeries adaptées à tous les profils. Comment organiser les activités récréatives en prenant en compte la diversité des profils ?

- Ouvrir les jeux à tous, indépendamment de leurs sexes et renforcer l'encadrement au sein des CDSAJ → rôle futur des membres des réseaux ?
- Segmenter les jeunes par tranches d'âge lors des activités récréatives compte tenu de l'important écart d'âge 10 à 24 ans, en séparant les plus jeunes 10 à 15 ans des plus âgés 16 ans à 24 ans d'une part; séparer les élèves/écoliers des jeunes non-scolarisés et déscolarisés compte tenu du niveau d'instruction très différent, pour éviter des frustrations.
- Diligenter une identification des besoins / des envies des jeunes (une étude de base / « Baseline ») impliquant les jeunes par tranches d'âges, par sexe, par niveau d'instruction (jeunes scolarisés versus jeunes non-scolarisés), par milieu afin de diversifier / d'adapter les jeux et activités ludiques. Identifier également les problèmes de SSR chez les jeunes pour adapter le contenu des causeries aux besoins/attentes locaux → Rôle futur des réseaux dans l'organisation des activités (définition des jours d'activités, contenu des causeries)
- Réfléchir à la possibilité d'intégrer des activités génératrices de revenus (AGR) afin d'attirer certains jeunes à travers, notamment, d'une approche « AVEC » (Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit).
- En cas de manque d'espace, impliquer les écoles avoisinantes et conduire ces activités en milieu scolaire.
- Initier une réflexion pour l'installation de plaques solaires ou toute autre source d'énergie capable de faire fonctionner le matériel déjà disposé dans les CDSAJ
- Capitaliser sur la paire-éducation pour renforcer les réseaux des jeunes
- Organiser des voyages d'échanges d'expériences, notamment avec les autres consortia qui mettent en œuvre l'approche « activités récréatives » dans le cadre du Projet « Twiteho Amagara »
- Organiser des activités de supervision, de coaching et de mentoring post formation en SSRAJ sur une période de 18 mois à raison d'une mission par trimestre par CDSAJ ; y compris pour permettre aux prestataires d'adopter un comportement et une attitude non jugeants envers les jeunes afin de les rassurer et améliorer leur accessibilité aux services SSR.

- Inviter régulièrement les Comités de santé (COSA) ainsi que les leaders communautaires dans les CDSAJ, puis les inciter à organiser une restitution.

Les adolescents et jeunes ont besoin d'être informés pour être en bonne santé et faire de bons choix. Pour cela, ils ont besoin de la compréhension et du soutien de leurs parents, de leurs enseignants, des personnels de santé et des dirigeants locaux. Les parents avec perception positive pensent que les causeries/jeux attractifs tirent les adolescents et jeunes de l'oisiveté qui est un fléau dans leur communauté. Ceux qui autorisent leurs enfants à y prendre part exigent que ceux-ci rentrent tôt pour s'occuper des activités domestiques. D'autres parents - mal informés - ne permettent pas à leurs enfants de participer aux activités SSR arguant qu'elles ne sont pas suffisamment bonnes pour eux sur le plan culturel, et promeuvent la « débauche sexuelle ». L'idée fautive selon laquelle l'éducation complète à la sexualité encourage les adolescents à avoir des rapports sexuels précoces ou à risque reste très répandue.

Comment lever cette barrière, renforcer l'implication des parents et améliorer l'intégration avec la communauté ?

- Prévoir une école des parents au sein de laquelle seront organisées des séances de discussions « Parents – enseignants / Parents - prestataires de soins » en matière d'éducation à la sexualité
- Améliorer la communication avec les parents sur les thématiques abordées avec les jeunes durant les causeries destinées aux adultes et organisées par les CDS chaque matin.
- Initier une réflexion sur les activités génératrices de revenus qui convaincraient peut-être davantage les parents de laisser les jeunes participer
- Aux fins de rassurer les parents/communauté, élargir les thématiques au-delà de la SRR et intégrer des thématiques telles que la nutrition, la santé mentale..., les déterminants de la santé.
- Impliquer étroitement les radios communautaires dans la planification des réunions des activités, afin qu'elles puissent relayer l'information en direction de la communauté.