



REPUBLIQUE DU BURUNDI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LUTTE CONTRE LE SIDA



PROGRAMME CONJOINT

« Menyumenyeshe »

“Amélioration de la Santé Sexuelle et Reproductive
des Adolescents et jeunes au Burundi”



PROGRAMME CONJOINT POUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET JEUNES DE 10-24 ANS AU BURUNDI

EVALUATION FINALE, RAPPORT FINAL

PREPARE PAR

MUNEZERO DESIRE : STATISTICIEN-DEMOGRAPHE, CHEF DE MISSION

&

DR BIGIRIMANA JOSEPH : MS, MEDECIN EN SANTE PUBLIQUE

DECEMBRE 2020



RESUME EXECUTIF

Le but de cette évaluation finale du Programme Conjoint « Menyumenyeshe » était de documenter et mesurer à travers des données collectées sur terrain via une enquête, les résultats de 7 indicateurs identifiés par le consortium au début de la mise en œuvre du programme, dans le but de montrer et expliquer les changements réalisés. Un nouvel indicateur - le 8^{ème} - a été ajouté et mesuré également. La triangulation des données de l'enquête avec les informations issues de la revue documentaire incluant les études conduites dans le cadre du suivi du projet, permet d'apprécier l'impact du programme, ses forces et faiblesses, le niveau de satisfaction et d'appropriation du programme par les bénéficiaires ainsi que par d'autres parties prenantes. Cette évaluation finale doit aussi fournir des recommandations pour orienter des éventuelles interventions futures.

Sur un échantillon de 2340 jeunes ciblés par l'enquête et répartis dans toutes les 18 provinces du pays, 2188 jeunes dont 935 (42,7%) membres de réseaux SSR mis en place par le programme ont été enquêtés avec succès, soit un taux de succès de 93,5%. L'objectif d'un tel échantillonnage était d'apprécier à la fois l'impact direct et indirect du programme. La collecte de données a été réalisée au cours de la période du 09 au 16 mars 2020.

Dans l'analyse des résultats, les caractéristiques sociodémographiques des jeunes et adolescents enquêtés pouvant influencer leurs comportements ont été contrôlées dans l'évaluation finale pour avoir une structure comparable à l'étude de base et pour bien comparer les résultats de l'évaluation finale à l'étude de base au sein des jeunes présentant les mêmes caractéristiques.

Les indicateurs de suivi du programme permettent de dégager quelques constats principaux. Le premier est une nette évolution des indicateurs observable chez les jeunes qui participent directement aux activités du programme conjoint dans les différents réseaux socio- communautaires. Les effets indirects du programme sont par contre moins clairs et souvent non significatifs. Ce premier constat (Figure 1) prouve que le programme conjoint a contribué à la promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes qui ont directement bénéficié de ses interventions.

Parmi les participants directs du programme, les indicateurs suivants ont été sensiblement améliorés :

- Indicateur 5 : % des adolescents et jeunes qui déclarent avoir utilisé un préservatif au dernier rapport sexuel. Sa valeur est passée de 17,5% au baseline, à 31,4 % pendant l'évaluation finale pour les participants directs du programme.
- Le deuxième résultat avec beaucoup d'améliorations est l'indicateur 1.

Les résultats montrent que presque 60% (59,8%) des jeunes participants directs au programme ont des compétences dans la promotion et la protection de leur DSSR (47,2% pendant l'étude de base).

Au-delà de ces conclusions sur l'évolution des indicateurs qui ont augmenté plus que les autres, une proportion relativement importante de jeunes (65,2% dont 67,6% chez les participants) est à mesure de prendre des décisions libres et éclairées en matière de santé sexuelle et reproductive (indicateur 8).

Les données quantitatives donnent comme impression, un succès du programme chez les adolescents et jeunes directement impliqués dans les activités organisées par le programme dans les réseaux sociocommunitaires avec 97,4% qui se déclarent satisfaits des activités menées.

La consultation des différentes études et rapports de suivi du programme livre d'importants témoignages sur le changement induit par le programme dans le comportement des jeunes. Les données quantitatives confirment ces témoignages car sur l'ensemble des jeunes participants au programme qui se sont exprimés, 86,7% apprécient beaucoup l'impact du programme Menyumenyeshe dans leur vie.

Bien que des progrès significatifs soient enregistrés chez les jeunes bénéficiaires directs du programme, il faut signaler des limites dans l'atteinte des objectifs pour les jeunes qui ne participent pas directement aux activités du programme. Il était entendu que la sensibilisation des jeunes dans les réseaux et l'implication des autres membres de la société contribueraient à la transformation de l'environnement du jeune pour construire un cadre de vie favorable à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, mais les données disponibles montrent des résultats mitigés pour les jeunes non participants. Près d'un cinquième seulement des jeunes enquêtés non bénéficiaires directs du programme conjoint (21,4%) avaient déjà entendu parler de Menyumenyeshe au moment de l'enquête. Or, ces non bénéficiaires directs du programme représentent 95% de l'ensemble des adolescents et jeunes âgés de 10 à 24 ans au Burundi.

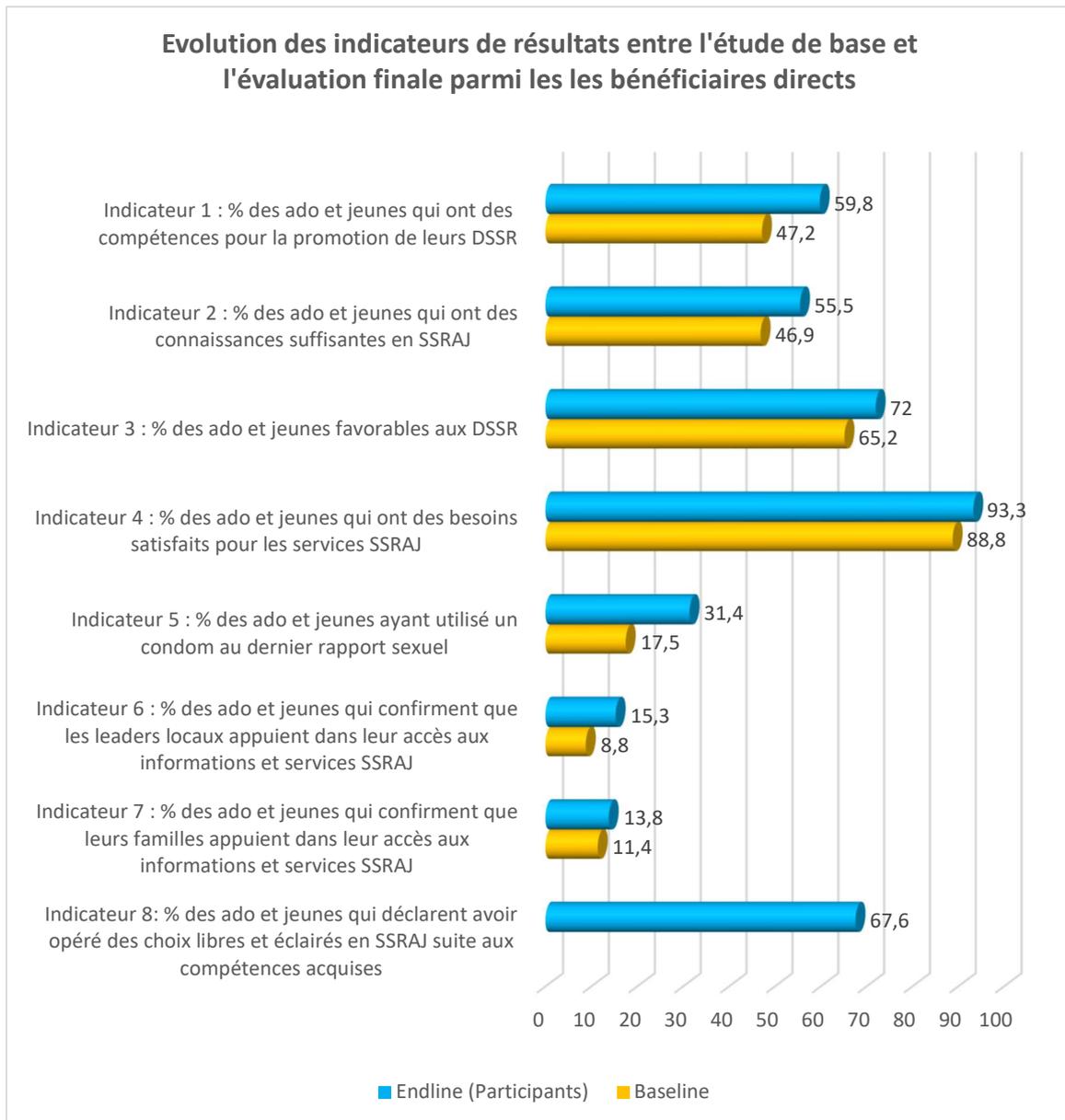
Pendant la mise en œuvre du projet, des défis dans la réalisation des activités du programme tel que prévu ont été relevés. Ce sont notamment les problèmes de fonctionnement des réseaux locaux pour la promotion de la SSRAJ, le retrait du

module de formation des jeunes sur la SSRAJ pour sa revue alors qu'il avait été validé en 2015 ainsi que de faibles performances dans la supervision par les groupes techniques provinciaux et le GTT national.

Enfin, le programme conjoint est bien apprécié par les jeunes. En effet, malgré les défis rencontrés, 8 adolescents et jeunes sur 10 qui ont directement bénéficié de ses interventions affirment qu'il a positivement contribué dans le changement de leur vie. Mais comme les bénéficiaires ne représentent que 5% de l'ensemble des jeunes, il est évident que même avec des résultats positifs, son rayonnement auprès d'autres jeunes non participants pour une période de 5 ans reste limité avec des impacts limités dans la communauté.

Le graphique ci-après résume l'évolution des indicateurs au sein des adolescents et jeunes bénéficiaires du programme.

Figure 1 : Synthèse des indicateurs de suivi



LISTE DES ACRONYMES

1. ABUBEF : Association Burundaise pour le Bien Être Familial
2. DDL : Degré De Liberté
3. EDB : Etude de Base
4. ESC : Education sexuelle complète
5. FGD : Focus Group Discussion
6. FOSA : Formation Sanitaire
7. GS : Groupe de Solidarité
8. IDI : In-depth Interviews
9. IPROSARUDE : Initiative pour la Promotion de la Santé Rural et le Développement
10. KII : Key Informant Interview
11. MST : Maladie Sexuellement Transmissible
12. OR : Odds Ratio
13. PF : Planning Familial
14. RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
15. SDSR : Santé et Droits Sexuels et Reproductifs
16. Sida : Syndrome d'immunodéficience acquise
17. SMI : Santé Maternelle et Infantile
18. SSR : Santé Sexuelle et Reproductive
19. SSRAJ : Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes
20. SYM : Service Yezu Mwiza
21. ToC : Theory of Change
22. UNFPA : United Nations Population Fund
23. UPS : Unité Primaire de Sondage
24. VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
25. ZD : Zone de dénombrement

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Facteurs d'inclusion et d'exclusion pour répondre au questionnaire.....	6
Tableau 2: Répartition des membres des ménages enquêtés par groupe d'âge, milieu de résidence et région selon le sexe.....	10
Tableau 3: Répartition des ménages enquêtés selon le sexe du chef de ménage.....	11
Tableau 4: Répartition des ménages selon le principal matériau du sol.....	12
Tableau 5: Répartition des ménages selon le principal matériel du toit.....	12
Tableau 6: Répartition des ménages selon le principal matériel des murs.....	12
Tableau 7: Répartition des ménages selon les biens possédés.....	13
Tableau 8: Répartition des ménages selon le moyen de déplacement.....	13
Tableau 9: Répartition des ménages selon le partage de toilettes.....	14
Tableau 10: Répartition des ménages enquêtés selon leur accès aux formations sanitaires.....	14
Tableau 11: Répartition des jeunes enquêtés selon les caractéristiques de base.....	16
Tableau 12: Caractéristiques des jeunes enquêtés après calage sur la baseline.....	17
Tableau 13 : Répartition en % des adolescents et jeunes selon leur connaissance sur les ISTs.....	20
Tableau 14: Les principaux moyens utilisés pour la prévention du VIH/SIDA selon la catégorie des jeunes.....	22
Tableau 15: Connaissance des jeunes sur la période d'exposition à la grossesse dans le mois chez une fille.....	23
Tableau 16: Proportion en % des jeunes selon leur niveau de connaissance des méthodes contraceptives.....	24
Tableau 17: Connaissance et utilisation des services SSRAJ.....	25
Tableau 18: Test de comparaison des scores moyens des attitudes favorables en rapport avec les DSSR.....	28
Tableau 19: Proportion des jeunes favorables aux droits sexuels et à l'usage du préservatif..	29
Tableau 20: % des jeunes avec attitudes favorables à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et à la contraception.....	31
Tableau 21: Répartition en % des jeunes selon leurs attitudes sur le mariage précoce des filles et les grossesses prénuptiales.....	32
Tableau 22: Proportion des jeunes en % selon leur déclaration sur les attitudes en rapport avec l'égalité et la violence basée sur le genre.....	34
Tableau 23: Test de comparaison des scores moyens des attitudes favorables en rapports avec la promotion des DSSR.....	36
Tableau 24 : Coefficients de régression linéaires des scores moyens des attitudes favorables en rapports avec la promotion des DSSR.....	36
Tableau 25: Rapport de côtes des groupes d'échantillons sur l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel.....	44
Tableau 26: Les principales raisons de non-utilisation de préservatif.....	45
Tableau 27 : Répartition en % des jeunes qui ont des besoins satisfaits pour les services SSR.....	48
Tableau 28: Motif de la consultation des services SSRAJ.....	48
Tableau 29: Rapport de côtes des groupes d'échantillons sur l'appui des familles dans l'accès à l'information et aux services SSRAJ (Indicateur 6).....	53
Tableau 30 : Rapport de côtes des groupes d'échantillons sur l'appui des leaders locaux dans l'accès à l'information et aux services SSRAJ (Indicateur 7).....	55
Tableau 31 : Proportion des jeunes en % qui ont opéré des choix éclairés en SSRJ suites aux compétences acquises.....	60

Tableau 32 : Niveau satisfaction et d'appréciation de l'impact du programme par les jeunes membres.....63
Tableau 33 : Organisations rencontrées par les membres enquêtés au cours des deux dernières années.....64

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Synthèse des indicateurs de suivi iii
Figure 2 : Proportion de jeunes avec connaissances suffisantes en SSRAJ 19
Figure 3 : Proportion des jeunes ayant entendu parler des ISTs.....19
Figure 4 : Proportion des jeunes ayant entendu parler du VIH/SIDA.....21
Figure 5: Proportion des jeunes qui ont cherché les services SSRAJ selon les deux principaux lieux où ils ont cherché les services26
Figure 6: Proportion de jeunes avec attitudes favorables aux droits de santé sexuelle et reproductive.....28
Figure 7 : % des jeunes qui ont des attitudes favorables pour la promotion des DSSR.....35
Figure 8 : Proportion de jeunes et adolescents libres de parler de la sexualité entre amis de même sexe et de sexe opposé.....37
Figure 9 : Proportion en % d'adolescents et jeunes libres de dialoguer avec les parents et les éducateurs à l'école au sujet des questions en rapport avec la sexualité38
Figure 10 : Proportion en % des adolescents et jeunes ayant la liberté d'utiliser un préservatif lors des rapports sexuels et la capacité de refuser les rapports non protégés même si le partenaire propose de l'argent ou des cadeaux39
Figure 11 : Liberté d'utiliser une méthode contraceptive de son choix.....40
Figure 12 : Satisfaction de son corps et estime de soi.....41
Figure 13 : Proportion d'adolescents et jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels et âge moyen au premier rapport sexuel42
Figure 14: % d'adolescents et jeunes consentants parmi ceux qui ont des rapports sexuels 42
Figure 15: % des adolescents ayant utilisés un condom lors du dernier rapport sexuel43
Figure 16: Réduction des comportements à risque.....46
Figure 17 : Proportion en % des jeunes qui ont eu besoin des services SSRAJ47
Figure 18: Utilisation et accès aux services SSRAJ par les jeunes (%).....47
Figure 19 : Niveau moyen de satisfaction de l'accès aux services.....49
Figure 20 : Le rôle de la famille dans l'accès à l'information et aux services.....52
Figure 21 : Le rôle des leaders locaux dans l'accès à l'information et aux services chez les jeunes.....54
Figure 22 : Les principales motivations de ne pas consulter les leaders locaux en matière de SSRAJ56
Figure 23 : Proportion en % des jeunes qui ont opéré des choix éclairés suites aux compétences acquises59
Figure 24 : % de jeunes non-membres ayant entendu parler du programme Menyumenyeshe62

TABLE DES MATIERES

RESUME EXECUTIF	1
0.INTRODUCTION GENERALE	1
0.1. Contexte	1
0.2. Objectifs du programme	2
0.3. Objectifs de l'évaluation.....	4
0.4. L'approche méthodologique.....	4
0.4.1. Les sources d'information.....	4
0.4.2. Les outils de collecte.....	4
0.4.3. Domaine géographique de l'étude	5
0.4.4. Population cible	5
0.5. Echantillonnage.....	6
0.5.1. Base de sondage.....	6
0.5.2. Cadre de l'échantillonnage et répartition de l'échantillon	6
0.5.3. Taille et tirage de l'échantillon	7
0.5.4. Pondération	9
0.6. Déroulement de la collecte des données sur terrain	9
0.7. Difficultés rencontrées.	9
0.8. Présentation du rapport.	10
I.CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES MENAGES ET DES ENQUETES	10
I.1. Caractéristiques des ménages	10
I.1.1. Composition des ménages enquêtés	10
I.1.2. Sexe du chef de ménage	11
I.1.3. Caractéristiques des logements des ménages.....	11
I.1.4. Possession des ménages.....	13
I.1.5. Partage de toilettes avec les autres ménages.....	13
I.1.6. Accès aux formations sanitaires	14
I.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population cible (jeunes de 10-27 ans)	14
II.CONNAISSANCES EN SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET JEUNES (Indicateur 2)	17
II.1. Connaissances sur les ISTs.....	19
II.2. Connaissances sur le VIH/SIDA	21
II.4. Connaissances sur l'exposition au risque de grossesse et les méthodes contraceptives.....	22
II.7. Connaissances, informations et utilisations des services SSRAJ	24
III. ATTITUDES FAVORABLES EN RAPPORT AVEC LES DSSR (INDICATEUR 3).....	27
III.1. Droits sexuels et usage du préservatif.....	28
III.2. Liberté d'accès aux services de santé sexuelle et à la contraception.....	30
III.3. Mariages et grossesses pré-nuptiales.....	31

III.4. Égalité et violence basée sur le genre.....	33
IV. COMPETENCES DANS LA PROMOTION ET LA PROTECTION DES DROITS EN SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (Indicateur 1).....	34
IV.1. Liberté de parler de la sexualité entre amis de même sexe et de sexe opposé.....	36
IV.2. Liberté de dialoguer avec les parents et les éducateurs à l'école au sujet des questions en rapport avec la sexualité.....	37
IV.3. Liberté d'utiliser un préservatif lors des rapports sexuels et capacité de refuser les rapports non protégés même si le partenaire propose de l'argent ou des cadeaux.....	38
IV.4. Liberté dans l'utilisation d'un contraceptif de son choix et quand on veut.....	39
IV.5. Satisfaction de son corps et estime de soi.....	40
V. UTILISATION DU PRESERVATIF CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES.....	41
V.1. Premier rapport sexuel et âge moyen au premier rapport.....	41
V.2. Consentement lors du premier rapport sexuel.....	42
V.3. Utilisation du préservatif pendant le rapport sexuel.....	43
V.4. Réduction des comportements sexuels à haut risque.....	45
VI. BESOINS DES ADOLESCENTS ET JEUNES EN SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET RAISONS D'INSATISFACIONS DES JEUNES (INDICATEUR 4).....	46
VII. LE ROLE DES FAMILLES ET DES LEADERS LOCAUX DANS L'ACCES A L'INFORMATION ET A L'USAGE DES SERVICES SSRAJ.....	50
VII.1. Accès à l'information et aux services : le rôle de la famille.....	51
VII.2. Le rôle des leaders locaux en général.....	54
VIII. ACQUISITION DES COMPETENCES EN SSRAJ ET CAPACITE A PRENDRE DES CHOIX ECLAIRES (INDICATEUR 8).....	57
IX. APPRECIATION DES JEUNES SUR LA CONTRIBUTION DU PROGRAMME DANS LE CHANGEMENT DE LEUR VIE.....	61
XI. 1. Impact sur les jeunes non participants.....	61
XI. Impact sur les jeunes participant direct au programme.....	63
X. ANALASE SWOTDU PROGRAMME.....	65
X.1. Forces.....	65
X.2. Les faiblesses.....	66
X.3. Les risques.....	67
X.4. Les opportunités.....	67
CONCLUSION GENERAL.....	68
Annexe 1 : Questionnaire quantitatif.....	70
Annexe 2 : Guides quantitatifs.....	90

0.INTRODUCTION GENERALE

Depuis 2015, le programme conjoint met en œuvre un projet d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes âgés de 10 à 24 ans appelé « Menyumenyeshe ». Il s'agit d'un programme interministériel impliquant le Ministère ayant la santé dans ses attributions à travers le Programme National de Santé de la Reproduction, le Ministère en charge de l'éducation ainsi que le Ministère en charge de la jeunesse. Ces trois ministères sont appuyés par un consortium de quatre organisations partenaires expérimentées dans le domaine de la SSRAJ (CARE, CORDAID, UNFPA avec l'appui technique de RUTGERS) et sur financement de l'Ambassade des Pays Bas au Burundi.

0.1. Contexte

Jusqu'en 2015, les études existantes faites au Burundi montraient que les adolescents et jeunes ont un accès limité à l'information correcte qui leur permettrait de prendre des décisions responsables en matière de SSR et aux services SSRAJ conviviaux alors que les familles et la communauté en générale sont moins mobilisées pour apporter leur concours dans l'accès à l'information et aux services SSRAJ¹.

Pourtant, selon l'UNFPA, un passage sûr et réussi de l'adolescence à l'âge adulte est le droit de chaque individu. Mais, ce droit ne peut être réalisé que si les sociétés réalisent des investissements ciblés et offrent des opportunités pour garantir que les adolescents développent progressivement les connaissances, les compétences, les atouts sociaux et économiques et la résilience nécessaires à une vie saine, productive et épanouissante. L'adolescence est une période stratégique au cours de la vie pour mettre l'accent sur l'autonomisation et les approches préventives qui permettraient aux adolescents de survivre, de prospérer et de transformer leurs sociétés.

Les décisions prises à l'adolescence, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, peuvent avoir un impact à long terme sur le jeune et sur le développement humain en général. La puberté qui correspond à l'apparition biologique de l'adolescence, apporte non seulement des changements au cerveau et au corps des adolescents, mais aussi de nouveaux défis et transitions de vie : initiation à l'activité sexuelle, formation de leurs identités, établissement de relations et, parfois, union. Pour beaucoup de filles en particulier, le début de l'adolescence marque le début d'une trajectoire de vie caractérisée par un manque d'autonomie et de choix dans ces domaines, et des vulnérabilités aux violations des droits de l'homme. Les filles à travers le monde sont souvent contraintes à des rapports sexuels non désirés ou à des mariages non désirés et/ou précoces et sont ainsi confrontées à des risques élevés de grossesses non désirées, d'avortements à risque et d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA. Ces défis peuvent avoir des implications sérieuses sur d'autres domaines de leur santé, leur éducation, leur bien-être, leurs opportunités futures, ainsi que sur la construction d'une société inclusive durable (EWEC, 2017).

Partant du constat des lacunes existantes dans le domaine de la SSRAJ avec notamment pour conséquence l'exposition des jeunes aux problèmes de santé sexuelle et reproductive comme des grossesses non désirées, les IST et les VBG, le Gouvernement du Burundi en collaboration avec ses partenaires, a initié le projet Menyumenyeshe dans l'objectif d'améliorer la santé des

¹ Voir la proposition pour financement du Programme Conjoint, p.15

jeunes et de promouvoir leurs droits. Dans sa vision, ce programme veut faire du Burundi une société où les adolescents et jeunes sont épanouis et jouissent d'une bonne santé sexuelle².

0.2. Objectifs du programme

L'objectif général du programme est la promotion de la santé sexuelle et reproductif des adolescents et jeunes au Burundi. Pour atteindre cet objectif, le programme s'est donné 4 objectifs spécifiques à atteindre : (1) permettre aux jeunes l'accès à une information correcte et complète sur la SSR, (2) promouvoir l'accès des jeunes aux services SSR conviviaux, (3) favoriser l'engagement des acteurs clés au niveau communautaire pour la protection et la promotion de la SSR des jeunes et (4) contribuer à une coordination solide entre partenaires et intervenants en SSRAJ au niveau communautaire et national.

Pour arriver à ces objectifs, les principales actions mises en œuvre par le programme se résument en ces 4 points :

- ❖ L'appui à l'éducation sexuelle complète par l'intégration des modules nationaux validés,
- ❖ L'appui à l'amélioration des services de santé sexuelle et reproductive pour les rendre plus conviviaux aux jeunes,
- ❖ Travailler avec les acteurs qui ont l'influence au niveau communautaire en vue d'appuyer les jeunes dans l'accès à l'information et aux services,
- ❖ Réaliser une coordination efficace et efficiente du programme à tous les niveaux.

La théorie du changement (ToC) de ce programme comporte trois principales composantes : Une éducation sexuelle complète, des services adaptés aux jeunes et un environnement favorable. En parlant de l'éducation sexuelle complète (ESC), il faut comprendre un processus d'enseignement et d'apprentissage basé sur le curriculum sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Il vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances, de compétences, d'attitudes et de valeurs qui leur permettront de : réaliser leur santé, leur bien-être et leur dignité ; développer des relations sociales et sexuelles respectueuses ; examiner comment leurs choix affectent leur propre bien-être et celui des autres ; et comprendre et garantir la protection de leurs droits tout au long de leur vie. L'ESC offre la possibilité d'acquérir des informations complètes, exactes, fondées sur des preuves et appropriées sur la sexualité. Dans le cadre du Programme Conjoint, l'éducation sexuelle complète (ESC) est comprise comme une amélioration des connaissances sur la Santé et Droits Sexuels et Reproductifs des adolescents et des jeunes, qui contribue au changement de comportement avec une démythification des rumeurs et mythes dominants autour de la sexualité. Cette ESC a d'abord été envisagée à travers l'adaptation des modules de formations « Le Monde Commence Par Moi, LMCPM » pour les jeunes scolarisés et les « *Guide de formation des jeunes animateurs communautaires* » pour les jeunes non scolarisés.

S'agissant de l'amélioration de services, les services de santé sexuelle et reproductive de haute

² Voir le cadre logique du projet

qualité adaptés aux adolescents et jeunes sont conçus pour surmonter les obstacles auxquels ils sont souvent confrontés. Les principaux obstacles sont d'ordre structurelle comme la législation, l'éloignement des établissements de santé, les coûts de services, les longues périodes d'attente pour obtenir les services, les heures d'ouverture peu pratiques, le manque de produits nécessaires dans les établissements de santé et le manque d'intimité et de confidentialité. D'autres obstacles sont de nature socioculturelle et individuelle comme les normes sociales, la connaissance incomplète ou incorrecte de la santé sexuelle et reproductive, y compris les mythes et les idées fausses sur la contraception, l'auto-efficacité et l'action individuelle limitées, la capacité à s'orienter dans les normes sociales et de genre intériorisées, le manque d'accès à l'information sur les services de santé sexuelle et reproductive disponibles et sur les endroits où ils sont disponibles. On reconnaît de plus en plus la nécessité d'adapter les services aux besoins des jeunes pour les rendre conviviaux.

Ainsi, dans le cadre de l'appui à l'accès aux services, des jeunes ont été sensibilisés dans les clubs et dans les GS sur l'existence de ces services. Au niveau des services de santé, des CDS amis des jeunes qui offrent des services SR conviviaux aux jeunes ont été créés et leur personnel formé pour assurer ces services.

La troisième composante du programme est la transformation de la communauté du jeune pour créer un environnement favorable à la promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes. Pour cela, des activités de sensibilisation impliquant les membres de la communauté les plus influents ont été réalisées notamment auprès des parents modèles, des responsables administratifs locaux, des leaders religieux et des membres des CDFC. L'idéal était de faire en sorte que la combinaison d'actions menées par des acteurs variés et focalisées sur les jeunes, impliquant les membres de la communauté, le personnel de l'éducation et des services de santé, transforme l'environnement du jeune qui deviendrait progressivement favorable à la promotion de la SSRAJ.

En résumé, le Programme Conjoint a adopté une approche holistique et multisectorielle combinant des interventions dans les écoles, dans les centres de santé et dans la communauté en recourant au réseautage sociocommunautaire pour la promotion de la SSRAJ. Ce principe de réseautage sociocommunautaire met ensemble des représentants du secteur de la santé et de l'éducation, les responsables administratifs, communautaires et religieux et les jeunes pour trouver des solutions aux problèmes des jeunes dans le domaine de la SSRAJ. Dans chacune des communes du Burundi, deux réseaux comprenant chacun un centre de santé, quatre écoles et cinq collines devaient être créés et bénéficier d'un soutien du consortium et d'une structure technique de coordination, le groupe technique de travail. Dans ce cadre, des représentants de la communauté, tels que les responsables religieux, les élus collinaires, les membres des organisations de femmes, les couples modèles ont reçu une sensibilisation et une formation sur l'égalité des sexes, la violence sexiste, les méthodes contraceptives, la prévention des grossesses non désirées. Ils ont également appris à motiver les jeunes à participer aux groupes de solidarité des jeunes et à visiter le centre de santé amis des jeunes. Lors de ces réunions, ils

abordent des questions telles que la prévention des grossesses précoces, l'absence de grossesses à l'école et l'importance pour les parents de communiquer avec leurs enfants.

0.3. Objectifs de l'évaluation

Cette évaluation finale se veut de mesurer les performances réalisées par le programme dans l'atteinte de ses objectifs. Il fait suite à une étude de base qui a fourni des données de base pour 7 indicateurs. Lors de l'évaluation finale, ces mêmes indicateurs ont été mesurés à nouveau (parmi les jeunes, les bénéficiaires directs et indirects) pour évaluer le niveau d'amélioration des indicateurs de résultats (outcome indicators) au cours des 5 années du projet. Au niveau méthodologique, l'évaluation a suivi l'approche utilisée lors de l'étude de référence pour permettre la comparaison des indicateurs de résultats. En plus des 7 indicateurs de performance déjà mesurés dans l'étude de base, cette évaluation permet de mesurer un 8^{ème} indicateur pour mieux contribuer au cadre d'indicateurs de résultats d'EKN. Ce 8^{ème} indicateur montre la proportion des jeunes qui ont opéré des choix libres et éclairés en matière de SSRAJ suite aux compétences acquises à l'aide du programme. D'autres objectifs visés par cette évaluation sont notamment la compréhension du niveau d'appropriation et de satisfaction du projet par les bénéficiaires (jeunes et adolescents de 10 à 24 ans) ainsi que par d'autres parties prenantes, le niveau d'intérêt des jeunes pour le programme, son efficacité et sa durabilité. Enfin, cette évaluation va fournir des recommandations pour orienter des interventions futures éventuelles.

0.4. L'approche méthodologique

Dans le cadre de cette évaluation finale, une approche mixte basée sur la triangulation des données issues d'une enquête quantitative et de la revue des documents existants et l'utilisation des données de suivi du programme est privilégiée. L'analyse permet de faire une comparaison entre les indicateurs issus des études menées entre 2016 et 2020 et de dégager la plus-value du programme dans l'amélioration des indicateurs sur la SSRAJ.

0.4.1. Les sources d'information

Les informations issues de la revue documentaire ont permis d'affiner la méthodologie notamment dans la conception des outils de collecte et ont servi dans l'enrichissement de l'analyse des résultats de l'enquête. En plus des données issues de la littérature, une collecte des données sur terrain a été effectuée au moyen d'une enquête quantitative. Cette enquête a permis de mesurer les résultats du programme à travers 8 indicateurs.

0.4.2. Les outils de collecte

Afin d'optimiser le rendement de l'enquête en minimisant les dépenses, le temps de réalisation tout en améliorant la qualité de la collecte, les SMARTPHONES ont été utilisés dans la collecte des données au lieu des questionnaires sur support papier. Deux questionnaires quantitatifs ont donc été élaborés et digitalisés sur SMARTPHONE sous l'application KOBOLLECT. Il s'agit d'un questionnaire ménage permettant d'établir la liste des membres du ménage et d'identifier les personnes éligibles pour l'enquête individuelle et d'un questionnaire individuel à adresser aux jeunes éligibles déjà identifiés. Pour des raisons de comparaison avec les

données de l'étude de base, l'outil de collecte était identique au questionnaire utilisé dans l'étude de base avec quelques ajouts sur les changements observés.

0.4. 3. Domaine géographique de l'étude

L'enquête avait une ampleur nationale et les données ont été collectées dans toutes les 18 provinces du pays. Le pays a été stratifié en province et en milieu de résidence (rural/urbain). Ainsi, les données ont été collectées dans 35 strates (soient 2 strates par province, exceptée Bujumbura Mairie qui n'a pas de partie rurale).

0.4.4. Population cible

Le programme conjoint a pour objectif de renforcer les capacités des jeunes et adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive et travaille directement avec les jeunes et d'autres groupes de population qui peuvent influencer sur leur comportement. La population cible de cette évaluation est constitué par les bénéficiaires directs du programme (jeunes évoluant dans les clubs scolaires et groupes de solidarité) et les bénéficiaires indirects, c'est-à-dire les jeunes vivant dans la communauté mais qui ne participent pas directement au programme. Ils sont supposés être atteints à travers la sensibilisation par d'autres jeunes formés et par les membres de la communauté renforcés en compétences sur la promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes. Ces bénéficiaires indirects sont constitués par des adolescents et jeunes de 10 à 24 ans scolarisés, non scolarisés et déscolarisés échantillonnés dans les ménages. Quant aux bénéficiaires directs, ce sont des jeunes de 11-27 ans qui ont déjà participé au programme depuis au moins une année. Sachant que le programme s'intéresse aux jeunes de 10-24 ans, une personne entrée il y a au moins un an aura forcément 11 ans et plus tandis qu'un jeune qui est entrain dans le programme depuis 2016-2017 à 24 ans a aujourd'hui 27 ans. Signalons ici qu'en réalité, certains jeunes membres des GS rencontrés sur le terrain avaient plus de 27 ans voir 30 ans. Lors de la collecte des données, le choix des GS à enquêter a été fait à l'aide d'une base de données de GS créés par le Programme Conjoint et qui devaient avoir comme membre des jeunes recrutés au maximum à l'âge de 24 ans. Mais, dans la zone de Care, certains GS initiés dans le programme « Biraturaba » ont finalement été intégrés dans les GS mis en place par le Programme Conjoint, ce qui peut expliquer le dépassement de l'âge limite des membres de certains GS.

Le tableau ci-dessous montre les critères fixés pour participer à l'étude

Tableau 1 : Facteurs d'inclusion et d'exclusion pour répondre au questionnaire

INCLUSION	EXCLUSION
<ol style="list-style-type: none"> 1. Âgé de 10 – 24 ans pour les jeunes bénéficiaires indirects et 11-27 ans pour les jeunes participants au programme³ ; 2. Résider dans le ménage situé dans la zone d'enquête sélectionnée (bénéficiaires indirects) ; 3. Être membre d'un groupe de solidarité ou d'un club santé (pour les bénéficiaires directs) ; 4. Vivre dans un ménage pour une période de 6 mois ou plus et avoir participé dans le programme depuis au moins 1 an pour les bénéficiaires directs ; 5. Consentir volontairement à participer aux interviews et avoir reçu l'autorisation de son tuteur (pour les moins de 18 ans) pour participer aux interviews. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. N'est pas éligible à cette étude tout jeune qui ne répond pas aux critères d'inclusion 2. Tout jeune qui a été déjà interviewé pendant la pré-enquête ou ailleurs, dans le cadre de cette étude. 3. Tout jeune qui n'a pas consenti à participer aux interviews. 4. Les jeunes bénéficiaires directs qui n'ont pas encore passé une année dans le programme. 5. Les jeunes (bénéficiaires indirects) qui n'ont pas vécu dans la communauté depuis plus de 6 mois

0.5. Echantillonnage

0.5.1. Base de sondage

Pour l'enquête quantitative, la base de données du recensement général de la population et de l'habitat 2008 a été utilisée comme base de sondage pour le tirage des zones d'enquête, pour l'enquête ménage, tandis que la liste des clubs santé et des GS fournie par le programme a été utilisée pour le tirage de ces derniers. Les effectifs et les listes des ménages des zones retenues ainsi que ceux des membres des GS et des clubs-santé sélectionnées ont été mises à jour dès l'arrivée des enquêteurs sur terrain.

0.5.2. Cadre de l'échantillonnage et répartition de l'échantillon

L'objectif était de concevoir un échantillon pouvant fournir des estimations statistiquement correctes au niveau national mais aussi, produire les résultats plus ou moins fiables pour chacune des régions constituées. Il faut noter pour cette étude que la méthodologie utilisée dans la détermination de la taille de l'échantillon est la même que celle utilisée dans l'étude de base afin de pouvoir comparer les résultats de l'évaluation finale à celle de l'étude de base et dégager les impacts induits par le programme conjoint.

³ En étendant à 27 ans l'âge des jeunes participant au programme, l'idée est que certains jeunes enrôlés au programme à 24 ans, c'est-à-dire depuis la mise en place des réseaux en 2016, ont au maximum 27 ans au moment de l'enquête.

0.5.3. Taille et tirage de l'échantillon

❖ Volet quantitatif

La méthodologie d'échantillonnage adoptée a été le sondage aléatoire stratifié par grappe à deux degrés, à probabilités inégales.

a. Calcul de la taille de l'échantillon

La formule généralement utilisée dans le cadre d'un projet qui doit faire objet d'un suivi-évaluation (étude de base, mi-parcours et/ou finale), est celle de Magnani⁴ ci-dessous :

$$n = d \frac{[(Z\alpha + Z\beta)^2 * (P1 (1 - P1) + P2 (1 - P2))]}{(P2 - P1)^2} ;$$

Ainsi, la taille de l'échantillon est calculée comme suit :

- n = taille minimale de l'échantillon nécessaire par série d'enquêtes ou groupe de comparaison;
- d = effet du plan de sondage ou effet de grappe. On a d=2 par défaut ;
- P1 = le niveau estimé d'un indicateur mesuré en proportion à la première enquête. En principe, la taille est calculée pour chaque indicateur clé et on retient la taille la plus importante. Comme on n'a pas les niveaux de tous les 8 indicateurs (plus spécifiquement le 8^{ème}), on prend P1=50% qui fournit la taille maximale ;
- P2 = le niveau escompté pour l'indicateur à une date future tels que la (P2 - P1) mesure l'ampleur du changement qu'on souhaite pouvoir détecter. Nous prendrons 10% ;
- Z α ; le Z- score correspondant au degré de confiance 1- α et Z β est le Z- score correspondant, puissance du test. Nous prenons respectivement les valeurs 95% et 80% pour α et β et les Z- scores associées sont 1,645 et 0,842.
- L'application de la formule ci-dessus donne une valeur de n égale 606 jeunes. Rappelons que les taux de non-réponse enregistrés à l'étude de base étaient de (1% des ménages et 26% des jeunes) suite à la période de fortes activités scolaires au moment de l'enquête. Ainsi, l'enquête étant réalisée en mars, il a été retenu un taux de non-réponse d'au moins 20% et avec ce taux, on obtient : $N = n / 0,80 = 757$ jeunes à enquêter.
- Pour des comparaisons ou des analyses significatives selon les 3 zones d'intervention des 3 organisations du consortium (CARE, CORDAID et FNUAP), cette taille a été multipliée par 3 et l'échantillon total a été porté à 2271 jeunes.

Néanmoins, lors de la collecte, 2188 jeunes ont été enquêtés avec succès. Soit un taux de réponses de 96,3% et donc un taux de non-réponses de 3,7% sur 20% anticipé.

b. Méthode de tirage de l'échantillon

Le plan de sondage adopté est celui d'un sondage aléatoire stratifié à deux degrés. Pour réaliser le tirage des unités, la méthode systématique a été utilisée. Le programme conjoint voulant être capable d'évaluer l'impact de ces activités sur les bénéficiaires indirects et sur les bénéficiaires

⁴Magnani, Robert. 1997. *Sampling guide*. IMPACT Food Security and Nutrition Monitoring Project, Arlington, Va.

directs, le tirage aléatoire des jeunes aurait pu conduire à des échantillons insuffisants chez ces derniers. Ainsi, 1/3 de jeunes a été tiré dans les groupes de solidarité et dans les clubs santé (c'est-à-dire chez les jeunes participants au programme). Dans le premier cas, les unités primaires ont été les ZD (Zones de Dénombrement) tandis que dans le second cas, les unités primaires étaient les groupes de solidarité et les clubs santé des écoles. Dans la mesure du possible, les groupes de solidarité et clubs santé ont été tirés dans les ZD tirées où à leur proximité.

Au premier degré, les Unités Primaires (UPS) ont été sélectionnées à partir de la liste des Zones de Dénombrement (ZD) du RGPH-2008, pour les ménages, tandis que pour les jeunes participants dans le programme, les listes des clubs et groupes de solidarité mises à disposition par le consortium ont été utilisées. Ce sont ces UPS qui par la suite ont été considérées comme des « GRAPPES ».

Par souci de représentativité de l'information dans toutes les provinces et régions, une allocation strictement proportionnelle de l'échantillon pouvait conduire à de très faibles nombres de ménages urbains tirés dans certaines zones, surtout en milieu urbain. Finalement, une même taille d'échantillon, de 5 grappes, a été retenue dans chaque province. C'est-à-dire que la probabilité de tirage d'un jeune n'est pas la même pour toutes les provinces. Cela implique le calcul préalable des coefficients de redressement (coefficients de pondération) pour assurer la représentativité globale de l'échantillon.

La liste des ZD du RGPH 2008 et la liste des clubs et GS ont servi de base de sondage pour sélectionner 90 grappes, soit 5 grappes par province. Pour tenir compte du milieu de résidence, 43,3% de l'échantillon a été tiré en milieu urbain et 56,7% en rural (soit 51 grappes et 39 urbaines). Dans chaque sous-strate d'une province (urbain/rural), le tirage des grappes s'est fait avec allocation proportionnelle. Finalement, excepté Bujumbura Mairie, 3 grappes rurales et 2 grappes urbaines ont été tirées par province. Le sur-échantillonnage du milieu urbain a permis de pouvoir stratifier celui-ci selon le niveau de standing des quartiers ou/et en chef-lieu de province et centre communal. Au deuxième degré, un échantillon de 26 jeunes a été tirés pour chaque grappe échantillonnée. C'est encore une fois le mode de **tirage systématique** qui a été utilisé après mise à jour de la liste des ménages de la grappe.

Afin de permettre la comparaison entre les bénéficiaires indirects et les bénéficiaires directs, les GS et CLUBS santé ont été tirés sur les mêmes collines que les ZD dans la mesure du possible, ou tout au moins, non loin de celle-ci. Une grappe de bénéficiaires directs était composée de 13 membres de GS et de 13 membres de CLUB santé environnant et les participants aux interviews ont été tirés aléatoirement à partir des listes des membres.

Enfin, l'échantillon final ajusté a été de 2340 jeunes dont 1560 tirés dans 1560 ménages et 780 jeunes (11-27 ans) tirés dans les GS et CLUBS du programme.

0 5. 4. Pondération

Des coefficients de pondération ont été calculés et ajoutés au fichier de données avant l'analyse. Ils sont calculés comme étant l'inverse de la probabilité de sélection de chaque ménage échantillonné, calculée au niveau de chaque degré de sondage. Les coefficients de pondération sont ensuite normalisés par un facteur constant de façon que le nombre total extrapolé soit égal au nombre total non-pondéré.

0.6. Déroulement de la collecte des données sur terrain

La collecte des données a été réalisée du 9 au 16 mars 2020 par 11 équipes d'enquêteurs dirigée chacune par un chef d'équipe sous la coordination de 2 consultants.

Avant la collecte, les agents de collecte et les chefs d'équipe ont participé dans une formation sur la collecte qui était essentiellement consacrée à l'explication du programme, de la méthodologie de collecte, des outils de collecte et à l'usage des smartphones. Cette formation a été suivie par une enquête pilote qui a permis de corriger certaines erreurs dans le masque de saisie et d'apporter des éclaircissements sur certaines questions pour les agents. Cette formation a vu la participation du personnel du Programme Conjoint dont le Coordinateur de ce programme ainsi qu'un cadre de l'organisation Rutgers.

Les activités de terrain ont bénéficié d'un appui du staff des organisations membres du Programme Conjoint dans les provinces pour débloquer certaines situations sur terrain comme le refus des membres de l'administration provinciale de laisser les enquêteurs travailler dans leurs entités administratives respectives. Leur intervention auprès des responsables administratifs a contribué à la réussite de la collecte des données dans les délais.

Signalons également que 3 groupes de solidarité ont été remplacés après avoir constatés qu'ils n'étaient plus fonctionnels depuis quelques temps suite à la réduction du nombre d'organisations partenaires de terrain.

De façon générale, l'enquête s'est bien déroulée et les questions ont été bien répondues.

0.7. Difficultés rencontrées.

Même si la méthodologie proposée dans la collecte des données a été la même que celle utilisée dans l'étude de base, les partenaires gouvernementaux du programme ont exigé le suivi de toutes les démarches exigées pour conduire des études de recherche. C'est ainsi que le protocole de recherche ainsi que les outils proposés pour conduire cette étude ont été soumis au Comité National d'Éthique de la Recherche pour obtenir un Avis d'Éthique. Après l'obtention de l'Avis d'Éthique, la démarche suivie a été d'obtenir le Visa statistique et le même protocole et les mêmes outils ont été soumis à l'ISTEEBU qui devait les analyser et donner un avis favorable pour l'obtention d'un visa statistique. Malheureusement, la lenteur de la procédure n'a pas permis d'obtenir ce visa dans les délais et en conséquence, la collecte des données qualitatives qui devait se faire sur terrain après l'obtention de ce visa n'a pas eu lieu. C'est ainsi que les données qualitatives utilisées dans cette étude sont issues de la revue documentaire des différentes études réalisées dans le cadre du suivi du programme.

0.8. Présentation du rapport.

Au total, 8 indicateurs de suivi du programme sont analysés sous forme de chapitre. Cependant pour une bonne présentation et un suivi logique du texte, l'ordre des indicateurs n'est pas respecté et les indicateurs 6 et 7 sont analysés dans un même chapitre. Ainsi, après le premier chapitre qui présentent les caractéristiques sociodémographiques des ménages et des jeunes enquêtés, suit le chapitre sur les connaissances en santé sexuelle et reproductive avec l'analyse de l'indicateur 2. Le chapitre trois aborde les attitudes en rapport avec les droits de santé sexuelle et reproductive avec l'analyse de l'indicateur 3 et le chapitre 4 est centré sur les compétences dans la protection des droits de santé sexuelle et reproductive, ce qui correspond à l'indicateur 1. Au chapitre 5, le rapport se focalise sur l'indicateur 5 en rapport avec l'utilisation du préservatif chez les adolescents et jeunes et vient ensuite le chapitre 6 sur les besoins des adolescents et jeunes en SSR et leur satisfaction avec l'analyse de l'indicateur 4. Il est suivi par le chapitre 7 sur le rôle des familles et des leaders communautaires dans l'accès à l'information et aux services des jeunes. C'est dans ce chapitre que sont analysés les indicateurs 6 et 7. Le chapitre 8 consacré à l'indicateur 8 se focalise sur les jeunes qui ont opéré des choix éclairés en matière de SSRAJ suite aux compétences acquises et au chapitre 9, le rapport revient sur les impacts du programme dans la vie des jeunes.

I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES MENAGES ET DES ENQUETES

I.1. Caractéristiques des ménages

I.1.1. Composition des ménages enquêtés

L'enquête a touché 2188 jeunes tirés dans 2188 ménages composés de 12352 personnes dont 6021 de sexe masculin et 6331 de sexe féminin. La taille moyenne de ces ménages est de 5,6 personnes, un nombre relativement élevé au regard de la composition moyenne des ménages burundais (4,7 personnes selon le RGPH 2008). Cet écart à la situation générale du pays peut s'expliquer par la volonté dictée par l'étude pour avoir dans l'échantillon des ménages ayant au moins un jeune de 10 à 24 ans, ce qui exclut les jeunes ménages avec peu de membres ainsi que les ménages des personnes âgées qui sont également composés par peu de membres. Par contre, la composition par sexe reflète la situation nationale avec 48,7% de personnes de sexe masculin et 51,3% de personnes de sexe féminin. Les citadins représentent 33,2% de la population total de cet échantillon.

Tableau 2: Répartition des membres des ménages enquêtés par groupe d'âge, milieu de résidence et région selon le sexe

		Sexe			Effectif
		Masculin	Féminin	Total	
Milieu de résidence	Urbain	48,4	51,6	33,2	4096
	Rural	48,9	51,1	66,8	8256
Région	Centre-Est	48,2	51,8	22,6	2794
	Nord	48,7	51,3	22,5	2785
	Ouest	48,0	52,0	22,8	2820
	Sud	49,8	50,2	26,8	3309
	Bujumbura Mairie	49,1	50,9	5,2	644

		Sexe			Effectif
		Masculin	Féminin	Total	
Zone d'intervention	CARE	48,1	51,9	45,9	5672
	CORDAID	49,5	50,5	37,2	4592
	UNFPA	48,9	51,1	16,9	2088
	Total	48,7	51,3	100,0	12352

I.1.2. Sexe du chef de ménage

Au Burundi, la situation socio-économique des ménages est telle qu'en situation générale, dans les familles ou couples mariés, le chef de ménage est le mari ou le père de famille. La femme n'acquiert le statut de chef de ménage qu'en l'absence du mari (pour des raisons de travail ou autre) ou en cas de veuvage. Ainsi, la proportion des ménages dirigés par les femmes est peu élevée mais le contexte socio-culturel l'explique. Dans l'ensemble des ménages enquêtés, les femmes chefs de ménage représentent 18,9% contre 81,1% de ménages dirigés par des hommes. Une petite différence est observable dans les ménages urbains où la proportion des chefs de ménages de sexe féminin est relativement élevée (19,6% en milieu urbain et 20,9% à Bujumbura).

Tableau 3: Répartition des ménages enquêtés selon le sexe du chef de ménage

		Sexe		
		Masculin	Féminin	Total
Milieu de résidence	Urbain	80,4	19,6	736
	Rural	81,4	18,6	1452
Zone d'intervention	CARE	78,8	21,2	983
	CORDAID	84,7	15,3	829
	UNFPA	79,0	21,0	376
Région	Centre-Est	80,7	19,3	493
	Nord	80,7	19,3	497
	Ouest	77,6	22,4	464
	Sud	84,8	15,2	605
	Bujumbura Mairie	79,1	20,9	129
	Total	81,1	18,9	2188

I.1.3. Caractéristiques des logements des ménages

Si on analyse les caractéristiques des logements des ménages, on constate que les personnes enquêtées vivent dans des logements modestes. En effet, 78,0% d'entre eux ont comme matériaux de pavement la terre dont 84,8% en milieu rural contre 21,3% en milieu urbain. Les logements en ciment représentent 18,2% avec 62,6% en urbain contre 12,9% en rural.

Tableau 4: Répartition des ménages selon le principal matériau du sol

Principal matériau du sol	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Total
Terre /sable	21,3	84,8	78,0
Planches en bois / palmes / bambou	0,0	0,2	0,2
Carreaux/carrelage	15,4	1,0	2,5
Ciment	62,6	12,9	18,2
Autres	0,6	1,1	1,0
Total	736	1452	2188

Quant à la toiture, elle est faite de tôles/tuiles pour 72,1% de maisons avec 92,7% en milieu urbain contre 69,6% des ménages ruraux. La tuile locale est surtout utilisée en milieu rural 17,0% contre 2,8%. Signalons, néanmoins, qu'une proportion importante des ménages ruraux, 12,7%, habite encore dans des maisons recouvertes de chaume ou feuilles.

Tableau 5: Répartition des ménages selon le principal matériel du toit

Principal matériau du toit	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Total
Chaume/palmes/feuilles	1,0	12,7	11,4
Métal/tôles/ Tuile céramique	92,7	69,6	72,1
Béton/ Ciment	3,4	0,1	0,5
Bâches/ sheeting	0,0	0,4	0,3
Tuile locale/ amategura	2,8	17,0	15,4
Autre	0,0	0,2	0,2
Total	736	1452	2188

Ces logements ont des murs en brique adobe dans leur majorité (69,0%) ou cuite (23,3%) mais la proportion des maisons en brique cuite est élevée en milieu urbain (52,8% contre 19,7% en milieu rural). On peut dire que les logements sont améliorés en milieu urbain que dans les campagnes.

Tableau 6: Répartition des ménages selon le principal matériel des murs

Principal matériau des murs	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Total
Bois/paille	2,6	6,0	5,6
Briques cuites	52,8	19,7	23,3
Briques en terre non cuite	43,9	72,0	69,0
Pierres	0,4	0,1	0,1
Sheeting/plastique/ carton	0,0	0,2	0,2
Autre	0,3	2,0	1,8
Total	736	1452	2188

I.1.4. Possession des ménages

En matière de communication et d'accès à l'information, la moitié des ménages possèdent au moins un téléphone mobile (58,4%) avec 85,0% en milieu urbain. Près de 4 ménages sur 10 (42,8%) possèdent un poste de radio et 7,1% possèdent un poste de télévision. C'est essentiellement en milieu urbain que les ménages possèdent des postes de télévision (40,3% contre 3,1%). Il est par ailleurs difficile de posséder un poste téléviseur au regard des difficultés d'accès à l'électricité en milieu rural où seuls 21,7% ont accès à l'énergie, essentiellement solaire contre 75,7% en milieu urbain.

Tableau 7: Répartition des ménages selon les biens possédés

Mode de transmission	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Total
Électricité/énergie solaire	75,7	21,7	27,5
Poste de radio	50,1	41,9	42,8
Poste de télévision	40,3	3,1	7,1
Téléphone portable	85,0	55,2	58,4
Téléphone fixe	3,9	2,3	2,5
Réfrigérateur	18,0	1,9	3,6

En matière de transport, les moyens de transports que les ménages possèdent sont surtout les vélos (38,8%) très présents en milieu rural (40,9% contre 21,6% en milieu urbain). Très peu de ménages possèdent une motocyclette ou une voiture (3,4% et 3,9%).

Tableau 8: Répartition des ménages selon le moyen de déplacement

Mode de transmission	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Total
Bicyclette	21,6	40,9	38,8
Motocyclette/scooter	10,3	2,6	3,4
Voiture/camionnette	20,0	2,0	3,9

I.1.5. Partage de toilettes avec les autres ménages

Dans l'ensemble, les ménages disposent d'un lieu d'aisance propre au ménage pour 81,4% dont 84,2% en milieu rural contre 57,7% en ville. C'est normal qu'il y ait des ménages relativement nombreux qui se partagent un lieu d'aisance en ville car, dans les quartiers modestes, on constate que certains ménages occupent des logements d'un même bâtiment et sont quelquefois obligés de partager avec les autres les sanitaires de ces bâtiments.

Tableau 9: Répartition des ménages selon le partage de toilettes

Partage de toilettes avec d'autres ménages	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Total
Oui	42,3	15,8	18,6
Non	57,7	84,2	81,4
Total	235	1953	2188

I.1.6. Accès aux formations sanitaires

Les ménages enquêtés dans une grande partie sont éloignés des formations sanitaires. En effet, 42,8% d'entre eux dont 47,5% en milieu rural se trouvent à une distance variant de 1 à 5 km d'une formation sanitaire et 31,2% doivent marcher plus d'une demi-heure pour atteindre une formation sanitaire.

Tableau 10: Répartition des ménages enquêtés selon leur accès aux formations sanitaires

		Milieu de résidence		
		Urbain	Rural	Total
Distance à la FOSA ou à une structure offrant les services SSRAJ utilisée	< 500m	17,7	13,5	14,0
	501-1000m	37,5	24,8	26,1
	1-5 km	29,2	46,0	44,2
	> 5km	3,2	6,9	6,5
	Ne sait pas	12,4	8,8	9,2
	Total	10,7	89,3	100,0
Temps pour arriver à la FOSA la plus proche à pied	< 5min	4,4	7,7	7,4
	5-10min	24,2	14,2	15,3
	10-30min	43,7	36,2	37,0
	31-59min	12,3	13,8	13,7
	1-2 heures	6,1	19,5	18,1
	> 2heures	0,1	3,5	3,1
	Ne sait pas	9,2	5,0	5,5
	Total	235	1953	2188

Ces différentes caractéristiques des ménages illustrent les conditions de vie dans lesquelles vivent les jeunes auprès de qui les données ont été collectées. Globalement, la majorité de la population vit dans des conditions de vie modestes avec des difficultés pour une grande majorité d'accéder aux infrastructures de santé. Les comportements des jeunes, y compris leur accès à l'information peuvent être impactés par les conditions de vie dans lesquelles ils vivent.

I.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population cible (jeunes de 10-27 ans)

Les jeunes enquêtés sont constitués à 57,2% par ceux vivant dans la communauté sans participer directement au programme et à 42,8% par des jeunes qui participent directement

dans les activités du programme via les réseaux sociocommunautaires pour la promotion de la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Il s'agit des jeunes qui évoluent dans les clubs santé à l'école et dans les GS établis dans la communauté. Les jeunes de sexe féminin représentent 56,9% et ceux de sexe masculin 43,1%. Selon les tranches d'âge, trois groupes ont été constitués. Il s'agit des jeunes de 10 à 14 ans qui représentent 21,2%, des jeunes de 15 à 19 ans qui représentent 43,4% et de ceux de 20 à 27 ans qui regroupent 35,4%. Plus de la moitié de ces jeunes fréquente encore l'école (57,4%). En s'intéressant à leur niveau d'instruction, la majorité d'entre eux a un niveau secondaire (50,6%) et primaire dans une moindre mesure (38,4%). Les jeunes avec un niveau de formation supérieur ne représentent que 7,7% et très peu de jeunes enquêtés sont sans instruction (3,2%).

En termes de croyance religieuse, la majorité des enquêtés est de la religion catholique (58,1%). Les religions protestantes représentent 32,4% et les musulmans 4,8%. Les jeunes enquêtés sont des célibataires dans leur grande majorité (92,3%) mais on voit qu'une petite proportion est mariée ou vit en union libre (7,2%) dont un pourcentage relativement élevé en milieu urbain (8,3%)

Tableau 11: Répartition des jeunes enquêtés selon les caractéristiques de base

Caractéristique du jeune		Milieu de résidence		
		Urbain	Rural	Total
Membre de réseau	Non participant	58,8	56,5	57,2
	Participant	41,2	43,5	42,8
Groupe d'âges du jeune	10-14 ans	18,8	22,5	21,2
	15-19 ans	41,4	44,4	43,4
	20-27 ans	39,8	33,1	35,4
Sexe	Masculin	41,4	43,9	43,1
	Féminin	58,6	56,1	56,9
Religion	Aucune	0,7	1,2	1,0
	Catholique	47,8	63,4	58,1
	Protestante	37,8	29,6	32,4
	Musulmane	10,3	2,1	4,8
	Autres	3,4	3,8	3,7
Fréquentation scolaire actuelle	NON	34,6	46,6	42,6
	OUI	65,4	53,4	57,4
Niveau d'instruction	Aucun	1,9	3,9	3,2
	Primaire	30,2	42,6	38,4
	Secondaire	58,4	46,6	50,6
	Supérieur	9,5	6,8	7,7
Statut matrimonial actuel	Célibataire	90,9	93,0	92,3
	Marié/Union libre	8,3	6,7	7,2
	Divorcé/séparé	0,8	0,3	0,5
	Total	33,6	66,4	100,0
		736	1452	2188

Pour bien comparer les résultats de l'évaluation finale à ceux de l'étude de base, un calage sur les caractéristiques de l'étude de base a été faite et les caractéristiques des enquêtés après ce calage et pondération sont illustrées dans le tableau suivant.

Bien que les participants au programme représentent 42,8% de l'échantillon de l'enquête, leur poids dans la population des jeunes n'est que de 5,31% (166 504 jeunes dont 138 114 évoluant dans les clubs scolaires et 28 390 évoluant dans les groupes de solidarité) sur une population de jeunes estimée à 3,14 millions. Cette sur-représentation va être corrigée par la pondération.

Tableau 12: Caractéristiques des jeunes enquêtés après calage sur la baseline

Caractéristiques		Groupe-échantillon			
		Baseline	Participants	Non participants	Total
Milieu de résidence	Urbain	10,1	8,7	9,9	9,7
	Rural	89,9	91,3	90,1	90,3
Groupe d'âges	10-14 ans	30,6	32,3	30,7	33,7
	15-19 ans	36,8	37,2	37,8	35,9
	20-27 ans	32,6	30,5	31,5	30,4
Sexe	Masculin	47,1	47,3	47,0	47,1
	Féminin	52,9	52,7	53,0	52,9
Niveau d'instruction	Aucun	7,0	6,5	7,0	5,6
	Primaire	55,6	57,0	55,6	56,5
	Secondaire	37,1	36,3	37,1	37,7
	Supérieur	0,2	0,2	0,2	0,2
Religion	Aucune	0,7	0,5	2,1	1,2
	Catholique	61,8	65,3	64,8	63,8
	Protestante	31,9	29,3	27,8	29,7
	Musulmane	3,6	2,1	2,6	2,8
	Autre (à préciser)	2,0	2,8	2,7	2,5
Statut matrimonial actuel	Célibataire	88,2	90,1	92,3	91,1
	Marié/Union libre	10,7	9,6	7,0	8,2
	Veuf	0,0	0,0	0,0	0,0
	Divorcé	0,3	0,3	0,1	0,2
	Separe	0,8	0,0	0,6	0,5

Les résultats du calage montrent que les jeunes enquêtés ont presque les mêmes caractéristiques que ceux enquêtés lors de l'étude de base. Les quelques différences observables sont notamment la présence d'une proportion relativement élevée de jeunes de 15 ans et d'une faible proportion de jeunes de 20 à 27 ans chez les participants. Mais cela s'explique parce que les participants dans les clubs sont constitués par de jeunes élèves.

Avec ce calage, on peut donc comparer les résultats de l'étude de base à celle de l'évaluation finale après avoir contrôlé une éventuelle influence des caractéristiques sociales et de l'âge.

II. CONNAISSANCES EN SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET JEUNES (Indicateur 2)

La question de la santé sexuelle et reproductive est très personnelle et concerne tout le monde, jeunes ou vieux, hommes ou femmes, pendant la majeure partie de la vie. Elle commence à affecter la vie des personnes à l'adolescence, au moment où celles-ci prennent conscience du fait qu'elles commencent à sortir de l'enfance et évoluent vers l'âge adulte. Etant donné que ceci constitue un changement capital dans la vie, cette prise de conscience croissante de la sexualité peut avoir une incidence considérable sur la manière dont les jeunes se conduisent et mènent leur vie. Il peut s'agir d'un moment excitant, plein de stress, effrayant ou difficile.

Il est de plus en plus reconnu que le soutien et les interventions visant à assurer une bonne santé sexuelle et reproductives aux jeunes peuvent avoir des conséquences bénéfiques tout au long de la vie : les décisions ou les événements concernant le comportement et l'activité sexuels qui interviennent entre les âges de 10 et 24 ans peuvent constituer un facteur important en ce qui concerne l'orientation que la vie d'une jeune personne prendra. (ARC, 2001).

Ces choix que les jeunes sont appelés à prendre dépendent des informations qu'ils possèdent en SSRAJ englobant essentiellement les infections sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA, la grossesse et la susceptibilité de tomber enceinte, les services SSRAJ et leur accès. Des informations appropriées en matière de santé sexuelle et reproductive, une formation en matière d'expérience de la vie et les services de santé peuvent aider les jeunes à faire des choix sains.

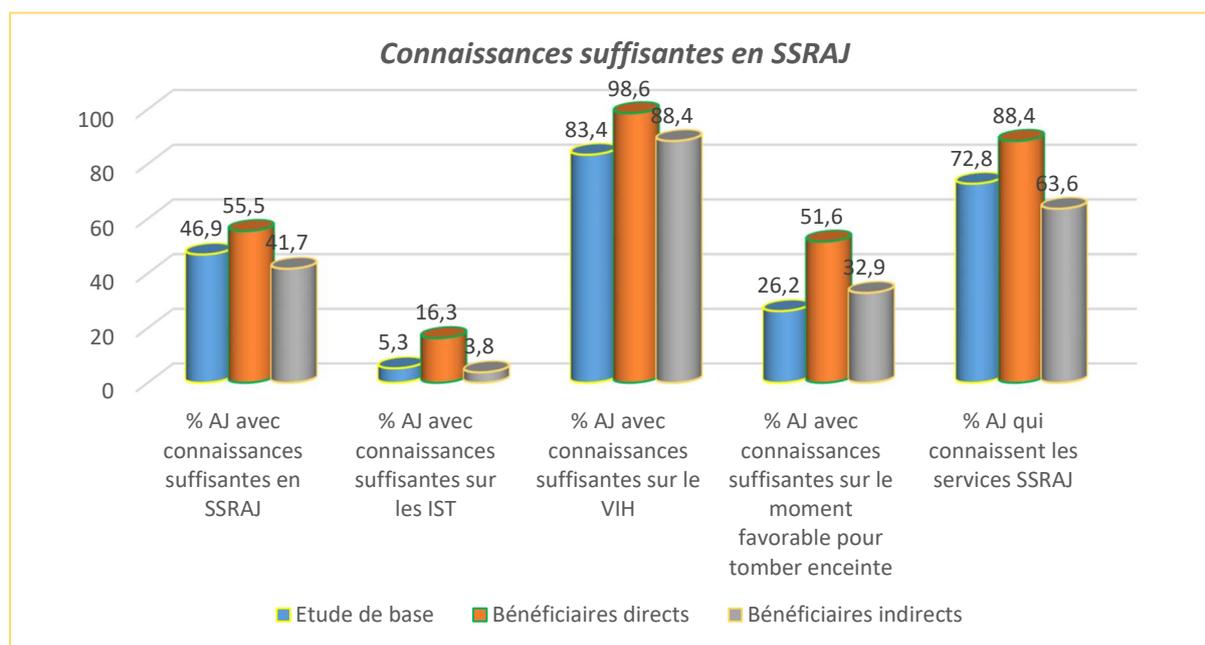
Dans ses quatre principaux objectifs, le programme conjoint a placé en premier l'objectif de faire en sorte que les adolescents et les jeunes scolarisés et non scolarisés aient accès à des informations correctes et complètes sur la SSR, aient les compétences nécessaires pour faire leur propre choix et adopter des attitudes favorables et des pratiques responsables liées à leur SDSR. Ainsi, une éducation sexuelle et une information fiable et de qualité sont données aux adolescents et jeunes âgés de 10 à 24 ans à la fois à l'école et en dehors de l'école. Ils acquièrent les connaissances nécessaires leur permettant de réfléchir de manière critique sur les normes de genre et de pouvoir en vue de prendre des décisions sûres et éclairées sur la santé sexuelle et reproductive. Comme indicateur de résultat (indicateur 2), le cadre logique du programme, à travers les résultats d'enquête, a prévu d'utiliser le % d'adolescents et de jeunes de 10 à 24 ans qui ont des connaissances suffisantes en SSRAJ (connaissance des droits sexuels et reproductifs ; connaissance des faits spécifiques et des rumeurs sur la sexualité ; compréhension de la VBG et de ses impacts négatifs ; compréhension des méthodes contraceptives ; compréhension de la prévention VIH et autres MST ; choix éclairé de la méthode contraceptive).

Les indicateurs de résultats relatifs à cet objectif sont analysés en effectuant une comparaison entre les données de l'étude de base et celles de l'évaluation finale tout en mettant un accent particulier sur les bénéficiaires directs du programme sur lesquels les interventions se sont focalisées.

D'après le graphique ci-après, le programme a permis d'élever le niveau de connaissances suffisantes des jeunes en santé sexuelle et reproductive en passant d'un niveau moyen de 46,9% à 55,5%.⁵ Il s'observe également un écart entre les jeunes bénéficiaires du programme par rapport aux non bénéficiaires avec un écart de 14%, ce qui montre que les interventions dans ce domaine sont plus efficaces quand les actions ciblent directement les jeunes. Globalement, pour les jeunes bénéficiaires, les connaissances se sont améliorées dans les quatre sous-composantes de l'indicateur. Il s'agit des connaissances sur les ISTs (16,3% contre 5,3% dans l'étude de base), sur le VIH (98,6% contre 83,4% dans l'étude de base), sur le moment favorable de tomber enceinte dans le mois chez les filles (51,2% contre 26,2% dans l'étude de base) et sur la connaissance des services SSRAJ (88,4% contre 72,8% dans l'étude de base).

⁵ Le test de Fisher pour la comparaison des niveaux sur la connaissance suffisante en SSRAJ entre la Baseline, les bénéficiaires directs et indirects donne comme valeur $F=167,130$ avec une P-valeur de 0,000 (la proportion ayant été considérée comme une moyenne pour une variable indicatrice). On en conclut, avec un niveau de confiance d'au moins 99%, que cet indicateur a significativement augmenté entre les deux périodes de référence considérées

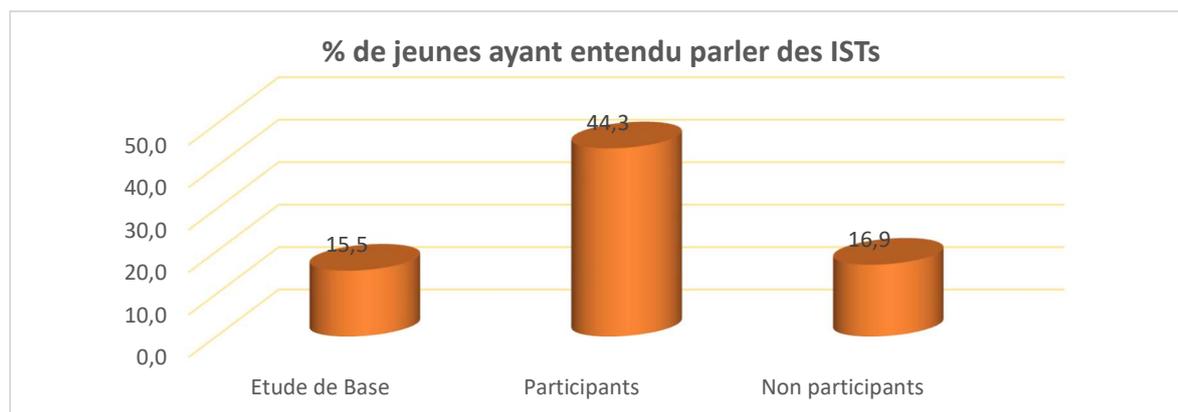
Figure 2 : Proportion de jeunes avec connaissances suffisantes en SSRAJ



II.1. Connaissances sur les ISTs

Au début de la mise en œuvre du projet, une étude de base a été réalisée et a permis de mesurer le niveau de connaissance des jeunes sur les ISTs. Les mêmes connaissances ont été mesurées après les 5 ans de mise en œuvre du projet pour apprécier les impacts du projet. Par rapport à l'étude de base, les participants au programme ont amélioré sensiblement leurs connaissances. La valeur est passée de 15,5% à 44,3% pendant l'évaluation finale pour les jeunes qui ont entendu parler des ISTs.

Figure 3 : Proportion des jeunes ayant entendu parler des ISTs



S'agissant des moyens de transmission, presque tous les participants (99,8% contre 73,9% pendant l'étude de base) savent qu'elles se transmettent par voie sexuelle. En matière de prévention, 89,6% contre 55,5% dans l'étude de base pensent que l'abstinence sexuelle est un meilleur moyen de prévention et 58,6% contre 41,5% dans l'étude de base évoquent aussi l'usage du préservatif.

Tableau 13 : Répartition en % des adolescents et jeunes selon leur connaissance sur les ISTs

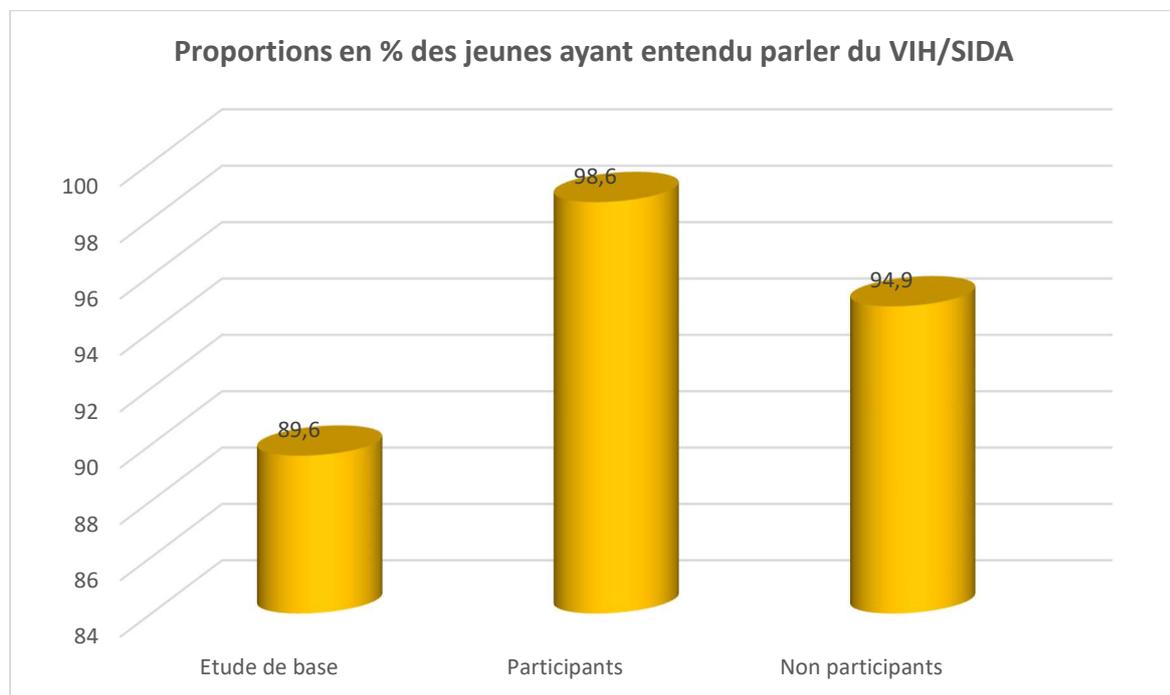
Caractéristiques de l'enquêté	Type d'IST	A entendu parler	Mode de transmission			Moyens de prévention		
			Voie sexuelle	Voie sanguine	Transmission mère enfant	Abstinences	Fidélité	Condom
Etude de base	Syphilis	28,0	74,7	11,1	6,6	55,6	11,0	42,3
	Chlamidiose	10,3	67,3	7,3	4,9	52,2	11,2	35,1
	Gonococie	8,3	79,7	7,8	5,2	58,8	12,4	46,6
	Moyenne	15,5	73,9	9,6	6,0	55,5	11,3	41,5
Participants (endline)	Syphilis	63,9	99,9	12,6	6,1	89,7	13,9	61,3
	Chlamidiose	33,5	99,4	12,3	9,9	89,5	19,5	55,9
	Gonococie	35,3	100,0	13,2	7,9	89,2	14,6	56,6
	Moyenne	44,3	99,8	12,7	7,5	89,6	15,5	58,6
Non participants (endline)	Syphilis	27,0	99,1	9,1	8,4	74,1	12,1	61,6
	Chlamidiose	9,3	100,0	5,2	2,4	72,3	19,1	65,5
	Gonococie	14,2	98,8	12,4	5,2	83,8	9,3	48,5
	Moyenne	16,9	99,1	9,4	6,3	76,6	12,6	58,5

L'indicateur synthétique sur les connaissances suffisantes en ISTs montre d'importants progrès entre l'étude de base et l'évaluation finale chez les bénéficiaires directs du programme avec une augmentation de plus de 3 fois de sa valeur pendant l'étude de base (16,3% contre 5,3% pendant l'étude de base). Toutefois, l'impact du programme chez les non participants reste limité (seuls 3,8% d'entre eux disposent de connaissances suffisantes en ISTs).

II.2. Connaissances sur le VIH/SIDA

Le VIH/SIDA est l'une des infections sexuellement transmissibles qui menacent la santé des millions d'individus dont particulièrement les jeunes. Il est généralement connu par les jeunes de tous les milieux, qu'ils soient participants ou non au programme conjoint (94,9% des jeunes l'ont déjà entendu parler chez les non participants et 98,6% chez les participants).

Figure 4 : Proportion des jeunes ayant entendu parler du VIH/SIDA



En général, selon leur déclaration, les proportions par moyen utilisé pour s'en prévenir sont plus élevées chez les participants au programme par rapport aux non participants (87,9% pour l'abstinence chez les participants contre 70,7% chez les non participants et 48,5% pour l'usage des préservatifs chez les participants contre 37,4% chez les non participants). Les recherches effectuées sur terrain montrent que les messages sur la prévention du VIH/Sida sont centrés essentiellement sur l'abstinence, le recours au préservatif étant envisagé dans un cas extrême où le jeune ne parvient pas à s'abstenir.⁶

⁶ Voir Westening Judith in *The effectiveness of sexual and reproductive health education in Burundi Policy Brief May 2020*, Rutgers, Makerere University, Care, University of Amsterdam ainsi que les entretiens avec les jeunes réalisées dans le cadre de la recherche opérationnelle sur le programme conjoint.

Comparé à l'étude de base, l'indicateur des jeunes qui ont des connaissances suffisantes sur le VIH/SIDA a évolué positivement pour toutes les catégories de jeunes en passant de 83,4% pendant l'étude de base à 98,6% pour les participants au programme et à 88,4% pour les non participants.

Tableau 14: Les principaux moyens utilisés pour la prévention du VIH/SIDA selon la catégorie des jeunes

Caractéristiques des enquêtés	A entendu parler de VIH/SIDA	Ce que font les jeunes pour éviter d'être infecté par le virus du SIDA				
		Utiliser toujours les préservatifs	Avoir un seul partenaire	Etre fidèle	Abstinence	Eviter objets contaminés
Etude de base	89,6	44,5	16,1	17,7	66,8	56,5
Participants (endline)	98,6	48,5	5,4	10,3	87,9	64,4
Non participants (endline)	94,9	37,4	6,1	10,9	70,7	59,7

II.4. Connaissances sur l'exposition au risque de grossesse et les méthodes contraceptives

La grossesse chez l'adolescente découle généralement moins d'un choix délibéré que de l'absence de choix : elle est la conséquence d'un accès réduit ou nul à l'éducation, à l'information et aux soins de santé parmi d'autres raisons⁷. L'éducation sexuelle complète aide les filles et les garçons à avoir des connaissances y compris sur les risques de la grossesse et les moments favorables pour tomber enceinte. Comprendre son cycle de reproduction et les différentes options de contraception disponibles aide à préparer les jeunes à faire de bons choix lors de leur transition vers l'âge adulte et leur permet de choisir une méthode qui répond à la fois à leurs besoins et dont l'utilisation leur convient.

D'après l'analyse des réponses des jeunes qui savent situer le moment favorable dans le mois pour tomber enceintes, il existe une grande différence entre les participants au programme (51,6%) et ceux qui n'y participent pas (32,9%). Cette valeur a augmenté chez les participants car, elle était de 46,7% pendant l'étude de base. L'indicateur a évolué positivement au sein des jeunes participants. Cependant, on constate que chez les non participants, la valeur de cet indicateur est en dessous de son niveau pendant l'étude de base.

⁷ <https://www.unfpa.org/fr>, consulté le 30/6/2020

Tableau 15: Connaissance des jeunes sur la période d'exposition à la grossesse dans le mois chez une fille.

Caractéristiques du jeune	Période dans laquelle une fille est plus exposée à la grossesse lorsqu'elle fait des relations sexuelles non-protégées			Une fille peut tomber enceinte quand elle fait ses premiers rapports sexuels (quand elle est vierge)	
	Entre les deux périodes de menstruation	Pendant la période de la menstruation.	A n'importe quelle période	Vrai	Faux
Etude de base	46,7	27,9	25,4	54,7	12,0
Non participants	32,9	19,6	47,5	67,6	32,4
Participants	51,6	24,7	23,8	81,3	18,7

Au sujet de certaines rumeurs et fausses croyances comme quoi les filles ne peuvent tomber enceintes pour leur premier rapport sexuel, 81,3% des participants savent que ce n'est pas vrai par rapport aux 67,6% des non participants. L'indicateur est bien amélioré par rapport à son niveau de l'étude de base (54,7%).

S'agissant des connaissances sur les méthodes contraceptives, il faut rappeler que le droit des femmes et des adolescents à des informations et à des services contraceptifs est fondé sur les droits de l'homme internationalement reconnus, y compris le droit à la vie, le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, le droit de décider du nombre et de l'espacement des naissances, le droit à la vie privée, le droit à l'information, et le droit à l'égalité et à la non-discrimination. Le Comité des droits de l'enfant que le Burundi a ratifié en 1990 a indiqué que les États parties devraient fournir aux adolescents un accès à des informations sexuelles et reproductives, y compris sur la planification familiale et les contraceptifs, les dangers d'une grossesse précoce, la prévention du VIH / sida et la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST). La connaissance des contraceptifs et l'auto-efficacité — croyances positives au sujet de la possibilité d'utiliser la contraception (y compris les préservatifs) et une plus grande connaissance des contraceptifs et comment les utiliser sont associées à une probabilité accrue d'utilisation⁸.

Au Burundi, les résultats de l'évaluation finale du programme conjoint soulignent une évolution positive des connaissances des jeunes sur l'ensemble des méthodes contraceptives utilisées. Ces connaissances sont davantage élevées chez les participants au programme par rapport aux non participants et chez les filles par rapport aux garçons. Elles sont également élevées selon le niveau d'instruction et l'âge du jeune. Soulignons que pour toutes les méthodes, les connaissances ont augmenté entre l'étude de base et l'évaluation finale. Les méthodes les plus connues sont par ordre d'importance l'implant (68,9 % chez les participants et 67,9% chez les non participants), la pilule (67,8% chez les participants et 57,8% chez les non participants), les injectables (65,9% chez les participants contre 58,8% chez les non participants ainsi que le préservatif masculin et le DIU plus connus chez les participants que chez les non participants

⁸ <https://www.globalhealthlearning.org/sites/default/files/FR001-Sante%CC%81%20Sexuelle%20et%20Reproductive%20de%20la%20Jeunesse.pdf> consulté le 25/juin 2020

(61,8% contre 52,1% chez les non participants pour le préservatif et 61,4% contre 44,5% chez les non participants pour le DIU).

Entre l'étude de base et l'évaluation finale, on constate d'importants progrès au sujet de la connaissance de l'implant.

Tableau 16: Proportion en % des jeunes selon leur niveau de connaissance des méthodes contraceptives.

Caractéristiques de base		Méthodes de contraception moderne connue							
		Pilule	Injectable	Implant	DIU	Préservatif masculin	Préservatif féminin	Stérilisation masculine	Stérilisation féminine
Baseline		56,9	57,3	45,7	37,9	50,6	14,4	-	-
Membre de réseau	Non participant	57,8	58,8	67,9	44,5	52,1	19,2	5,1	6,3
	Participant	67,8	65,9	68,9	61,4	61,8	30,5	10,9	11,7
Milieu de résidence	Urbain	69,9	74,4	74,8	49,3	68,2	28,6	7,0	9,0
	Rural	57,1	57,4	67,1	45,2	50,9	18,9	5,3	6,3
Sexe	Masculin	46,9	51,8	65,2	42,9	52,4	20,7	4,8	5,8
	Féminin	67,5	65,1	70,0	47,7	53,0	19,3	6,0	7,3
Groupe d'âges du jeune	10-14 ans	29,5	32,1	46,1	12,9	36,5	9,7	2,8	3,6
	15-19 ans	57,9	58,2	71,4	46,7	51,5	17,2	5,4	6,1
	20-27 ans	70,6	70,9	74,7	58,3	60,1	25,8	6,7	8,1
Niveau d'instruction	Aucun	86,3	62,3	72,3	59,0	34,2	2,9	0,0	2,8
	Primaire	46,8	49,8	57,4	32,5	42,9	16,7	4,6	5,3
	Secondaire	65,6	64,1	74,6	53,7	60,8	24,7	6,1	7,6
	Supérieur	75,1	86,6	90,6	72,1	74,4	20,7	10,4	10,4

II.7. Connaissances, informations et utilisations des services SSRAJ

Être au courant de l'existence des services SSRAJ donne une bonne opportunité de pouvoir les utiliser en cas de besoin. L'indicateur y relatif a été mesuré pendant l'étude de base et pendant l'évaluation finale dans le cadre du suivi de son évolution. Les résultats montrent que les connaissances se sont accrues chez les jeunes directement exposés au programme conjoint. En effet, la proportion des jeunes informés sur l'existence des services SSRAJ est passé de 59,8% à 88,4% et ceux qui ont déjà utilisé ces services sont passé de 42,7 à 55,8%. L'organisation des sessions de formation dans les écoles, dans les GS et dans les CDS amis des jeunes a éclairé davantage les jeunes sur l'existence de ces services et sur leur disponibilité, ce qui a amélioré leur utilisation. Cependant, au niveau général, compte tenu de la présence dans l'échantillon d'un ensemble important de jeunes non exposés au programme, on constate que la valeur de l'indicateur sur l'utilisation des services SSRAJ n'a pas évolué (42,4%) malgré les progrès réalisés chez les bénéficiaires directs.

Les principaux services SSRAJ consultés sont le dépistage du VIH (84,1% chez les participants contre 70,0% à l'étude de base) et le service de santé maternelle et infantile (28,2% contre 17,1% à l'étude de base). Les jeunes consultent aussi les services de planification famille (13,2%). Les indicateurs sont relativement élevés chez les participants au programme par rapport aux non participants à l'exception du service de santé maternelle et infantile (28,2% chez les non participants contre 19,7% chez les participants) et dans une moindre mesure dans le service de planning familial (13,3% de non participants contre 12,4% chez les participants et 6,1% à l'étude de base). Le travail de sensibilisation sur les VSBG et la disponibilité des

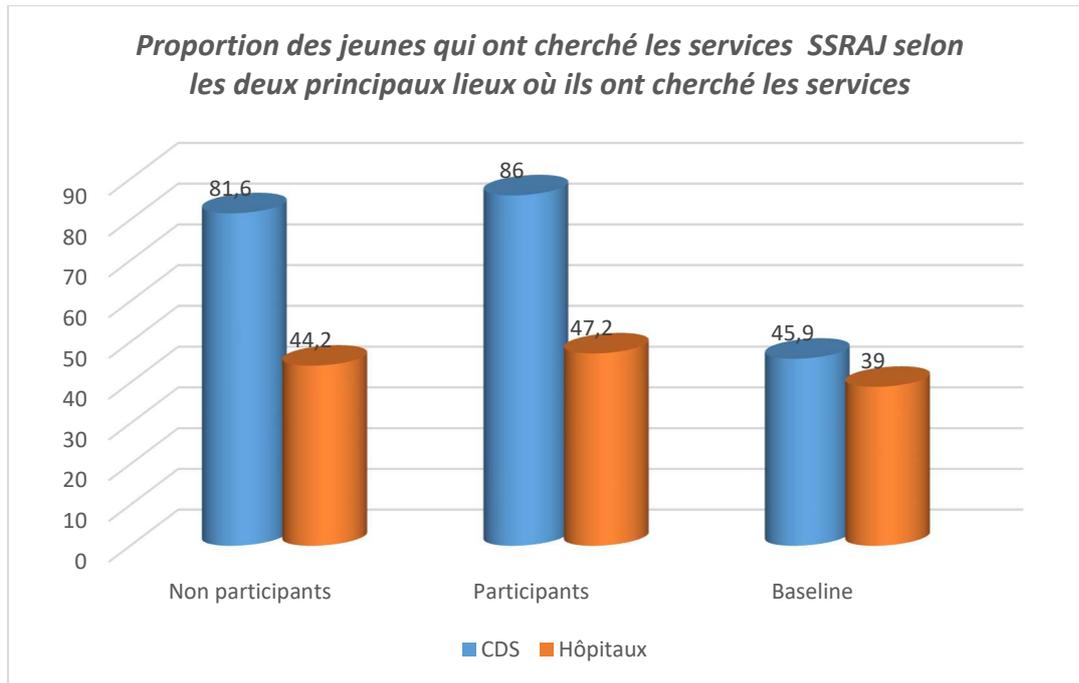
services VSBG aurait contribué chez les participants directs à l'utilisation des services tandis que chez ces mêmes participants (8,3% contre 1,9% et 1,1% à l'étude de base), l'impact du programme dans la réduction des comportements exposant aux jeunes à des grossesses non désirées se serait traduit par une proportion moindre de jeunes qui cherches des services de santé maternelle et infantile si on les compare aux autres jeunes non participants au programme.

Tableau 17: Connaissance et utilisation des services SSRAJ

		Connait un service SSRAJ	A consulté un des services SSRAJ	Endroits les plus connus		Services consultés			
				CDS	Hôpital	Dépistage	VSBG	SMI	PF
Membre de réseau	Non participant	63,6	37,6	81,6	44,2	77,0	1,9	29,0	13,3
	Participant	88,4	55,8	86,0	47,2	84,1	8,3	19,7	12,4
	Baseline	59,8	42,7	45,9	39	70,0	1,1	17,1	6,1
Milieu de résidence	Urbain	66,1	36,7	80,9	64,3	90,3	0,8	18,2	15,2
	Rural	64,6	39,0	82,0	42,1	76,2	2,7	29,3	13,0
Zone d'intervention	CARE	68,8	39,4	85,2	33,9	72,6	2,1	36,6	17,6
	CORDAID	57,7	38,0	78,8	57,5	88,7	4,6	21,7	6,6
	UNFPA	64,4	38,0	75,7	59,8	78,1	0,6	8,9	8,0
Sexe	Masculin	59,6	38,5	84,1	41,7	69,4	1,6	14,3	6,4
	Féminin	69,5	39,0	80,2	46,6	84,0	3,2	38,9	18,4
Groupe d'âges du jeune	10-14 ans	42,7	23,5	74,7	40,6	29,7	0,5	63,2	0,0
	15-19 ans	62,2	29,5	79,3	46,3	84,4	3,9	16,6	3,6
	20-27 ans	85,0	50,6	86,4	44,8	84,4	2,4	25,6	19,1
Niveau d'instruction	Aucun	52,2	37,7	67,0	48,7	65,2	0,0	32,5	19,7
	Primaire	54,4	37,5	80,6	45,5	71,3	2,4	38,2	12,0
	Secondaire	78,2	38,9	85,8	42,5	81,9	3,1	18,6	12,7
	Supérieur	90,1	46,0	75,8	46,8	92,8	1,1	23,1	18,2

Les principaux lieux fréquentés à la recherche des services sont les CDS et les hôpitaux. Les CDS amis des jeunes sont les plus consultés et cela s'explique car, avec le programme conjoint, les prestataires et les responsables de ces CDS ont été formés et encouragés à fournir des services conviviaux aux jeunes. On constate également une augmentation de jeunes qui consultent les CDS Amis des jeunes qui sont passés de 45,9% pendant l'étude de base à 81,6% pendant l'évaluation finale chez les non participants et à 86% chez les participants. Cette proportion a aussi évolué pour les hôpitaux en passant de 39,0% à 44,2% chez les non participants et à 47,2% chez les participants.

Figure 5: Proportion des jeunes qui ont cherché les services SSRAJ selon les deux principaux lieux où ils ont cherché les services



Il ressort des résultats de l'évaluation finale que l'indicateur 2 sur le pourcentage des jeunes avec des connaissances suffisantes en SSRAJ a bien progressé chez les jeunes qui ont directement suivi le programme si on le compare à sa valeur de l'étude de base. Cela est prouvé par un test de signification du changement induit à l'aide d'un calcul statistique.

Cependant, il n'y a pas de changement perceptible chez les non participants. Cela pourrait s'expliquer par les difficultés qu'a connues le programme dans ces premières années de mise en œuvre. En effet, en 2017 et en 2018, le manuel utilisé dans les écoles pour l'éducation sexuelle a été retiré par le Gouvernement pour sa révision alors qu'il avait été validé 2 ans avant en 2015. Ce processus a causé un long retard et a eu un impact négatif sur la qualité de la mise en œuvre, car les enseignants ne pouvaient offrir les leçons que sur base seulement des notes de formation sans manuel qui leur sert de support. Le manuel révisé n'a commencé à être distribué qu'en 2019 juste une année avant la fin du programme. Les études effectuées dans le cadre du suivi du projet soulignent un besoin exprimé par les enseignants et les pairs éducateurs dans le renforcement de leur capacité et dans le coaching, ainsi qu'une absence de stratégie pour atteindre une partie des jeunes non encore atteints et un plan de formation de nouveaux pairs éducateurs et enseignants en remplacement de ceux qui partent ou qui changent d'établissement.

Le programme ayant été conçu pour promouvoir les droits de santé sexuelle et reproductive, le chapitre suivant s'intéresse aux jeunes avec attitudes favorables en matière de DSSR.

III. ATTITUDES FAVORABLES EN RAPPORT AVEC LES DSSR (INDICATEUR 3)

L'OMS définit la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social dans le domaine de la sexualité ; elle ne se résume pas à l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Pour qu'une personne soit et reste en bonne santé sexuelle, ses droits sexuels doivent être respectés, protégés et soutenus. Les droits sexuels sont fondés sur le principe des droits humains, eux-mêmes reconnus dans de nombreuses conventions régionales et internationales et dans les constitutions nationales. Ces droits sexuels incluent le droit de vivre une vie sexuelle exempte d'inégalité et de discrimination et notamment le droit à l'autonomie personnelle et l'intégrité corporelle en termes de sexualité, le droit à la vie privée et le droit à la santé sexuelle.

A travers le programme conjoint, la promotion des droits de santé devait conduire à un changement d'attitudes pour que les jeunes puissent adopter un comportement favorable dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. C'est normalement l'un des objectifs des programmes d'éducation sexuelle complète. Ainsi, dans le cadre de l'évaluation des attitudes favorables à la promotion des droits de santé sexuelle et reproductive, 20 questions ont été posées aux jeunes pour comprendre leur position par rapport à certaines attitudes.

Pour des raisons d'analyse, les réponses issues de ces 20 questions en rapport avec les attitudes sur les droits de santé sexuelle et reproductive peuvent se résumer dans 4 points suivants : droits sexuels et usage du préservatif, liberté d'accès aux services de santé sexuelle et à la contraception, mariage et grossesse précoce, égalité et violence basées sur le genre.

L'indicateur synthétique moyen des jeunes avec des attitudes favorables aux droits de santé sexuelle et reproductive a évolué positivement par rapport à son niveau pendant l'étude de base chez les jeunes participant au programme (72%). Cependant chez les non participants, la situation est stable au regard de la valeur de l'indicateur pendant l'étude de base (65,2% contre 65,3% en endline).

Le score moyen des attitudes favorables a significativement augmenté, au seuil de 5%, chez les jeunes bénéficiaires directs passant de 2,98/5 à l'étude de base à 3,13 chez participants au programme à la fin du programme.

Figure 6: Proportion de jeunes avec attitudes favorables aux droits de santé sexuelle et reproductive

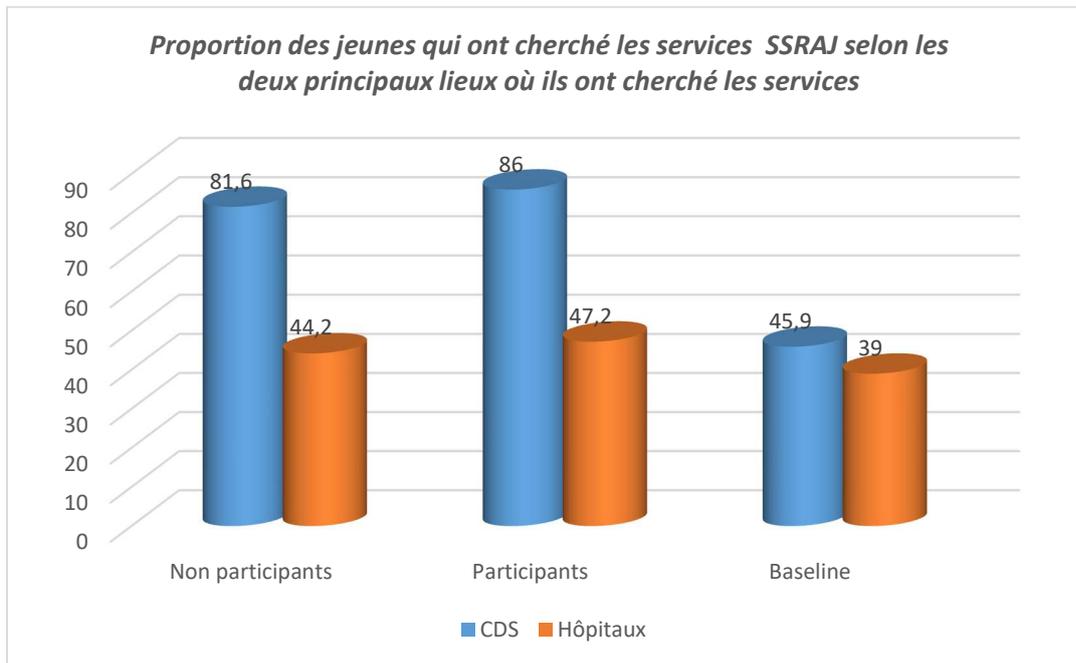


Tableau 18: Test de comparaison des scores moyens des attitudes favorables en rapport avec les DSSR

Groupe échantillon	Score moyen pour l'indicateur 3	Statistique F	Sig.
Baseline	2,9816	79,787	0,000
Participant	3,1347		
Non participant	2,8942		

III.1. Droits sexuels et usage du préservatif.

En matière de droits sexuels notamment des attitudes favorables aux rapports sexuels librement consentis avant le mariage, très peu de jeunes sont favorables à cette attitude. Cela est par ailleurs compréhensif car, même les enseignements donnés dans la formation et dans la sensibilisation n'insistent pas sur une sexualité avant le mariage. La continence et la retenue chez les jeunes constituent le message principal donné aux jeunes et l'usage du préservatif est une option donnée à ceux qui ne peuvent pas se retenir. D'après les résultats de l'évaluation, peu de jeunes interrogés restent favorables aux rapports sexuels librement consentis avant le mariage. Au sein des participants interrogés, ils ne sont que 33% contre 36,8% pendant l'étude de base. Cela est tout à fait normal au regard du model culturel de la société burundaise et même des enseignements donnés y compris dans le domaine de l'éducation sexuelle. En dépit des objectifs du programme, il s'avère en pratique que les enseignements restent concentrés sur une protection par abstinence et un recours aux préservatifs en dernier ressort, si la retenue devient impossible. La devise est *"nzokwihangana, vyanse nongere nihangane"* ce qui se traduit par : je vais m'abstenir peu importe les circonstances.⁹

⁹ Voir les données issues des entretiens pendant la RO

Tableau 19: Proportion des jeunes favorables aux droits sexuels et à l'usage du préservatif

Droits sexuels et usage du préservatif	Etude de Base	Participants	Non Participants	Moyenne nationale Endline
Attitudes favorables selon les déclarations des enquêtés				
Vous pensez qu'il est prudent d'utiliser condoms lors des rapports sexuels avec un partenaire qui n'est pas votre conjoint.	77,7	76,5	66,8	70,8
En général, quand vous êtes en train de faire l'acte sexuel, vous pensez au risque d'être infecté par le VIH/sida ou une autre IST	77,4	86,9	76,3	80,7
Un jeune (garçon ou fille) non marié a le droit d'avoir des reports sexuels librement et consenti avec la personne de son choix et au moment où elle le souhaite.	36,8	33	35,9	34,7
Attitudes défavorables (mesurée par désaccord avec l'énoncé)				
Une fille qui demande à son partenaire d'utiliser un préservatif montre qu'elle n'a pas confiance en lui (R ¹⁰) ?	51,2	62,5	57,9	59,8
Une fille n'a pas le droit de refuser les rapports sexuels chaque fois que son partenaire le lui demande (R)	69,2	64,9	66	65,5

L'autre attitude mesurée est relative à la prise de conscience du risque d'infection aux ISTs y compris le VIH lors des rapports sexuels. L'indicateur concernant cette attitude a évolué en passant de 77,4% pendant l'étude de base à 86,9% chez les jeunes participants directement au programme. Cependant, chez les autres jeunes non directement encadrés par le programme, la valeur de l'indicateur est un peu inférieure à son niveau de l'étude de base (76,3%). Cette prise de conscience du risque d'infection présente chez les jeunes bénéficiaires directs du programme n'a pas été partagée avec les jeunes qui n'évoluent pas dans les clubs et les GS.

La prise de conscience d'un risque élevé d'attraper les ISTs lors des rapports sexuels peut être un facteur qui pousse les jeunes à vouloir utiliser des préservatifs lors des rapports sexuels. Au regard des attitudes des jeunes concernant l'usage d'un préservatif lors d'un rapport sexuel avec un partenaire non conjoint, l'indicateur mesuré pendant l'évaluation finale est plus élevé chez les participants (76,5%) par rapport aux non participants (66,81%) et par rapport à l'étude de base (77,7%), ce qui montre la contribution du programme dans la réduction des comportements sexuels à risque.

La protection contre les ISTs peut également résulter de l'attitude des filles et des garçons dans leur exigence des rapports sexuels protégés. Pour mesurer cette attitude, la question posée était de savoir comment les jeunes apprécient l'attitude des filles qui exigent l'usage des préservatifs lors des rapports sexuels afin d'apprécier la persistance des rôles de genre dans les

¹⁰ (R) : Renversée. Les calculs ont été faits après avoir renversé les réponses, et cela, dans tout le document.

comportements sexuels à risque. A l'aide des réponses obtenues, on constate qu'il n'y a pas d'évolution significative entre l'étude de base et l'évaluation finale.

Les normes culturelles ainsi que les relations de pouvoirs peuvent avoir un impact sur la capacité de négociation pour des relations sexuelles protégées. Par rapport au fait de considérer une fille qui exige le port du préservatif par son partenaire comme si elle n'a pas confiance en lui, plus de 6 participants sur 10 (62,5%) trouvent que ce n'est pas vrai et cette proportion est passée de 51,2% dans l'étude de base à 59,8% pour l'ensemble des adolescents et jeunes enquêtés.

La capacité de négociation entre partenaires leur assure une vie sexuelle épanouie et confère la possibilité au partenaire de refuser un rapport sexuel s'il n'en a pas envie. Toutefois, en matière de sexe, les femmes peuvent se voir confrontées à des rapports de pouvoirs inégaux associés aux valeurs culturelles qui assurent la supériorité sexuelle des hommes qui s'exprime dans la performance et le contrôle du déroulement de l'activité sexuelle alors que les femmes doivent rester passives et soumises aux demandes des hommes. La proportion de jeune en désaccord au fait de considérer qu'une fille n'a pas le droit de refuser des rapports sexuels chaque fois que son partenaire le lui demande n'a pas évolué positivement entre l'étude de base et l'évaluation finale que ce soit chez les participants (64,9%) ou chez les non participants (66%) par rapport à sa valeur dans l'étude de base (69,2%). Il se pourrait que le fait d'encourager les jeunes à s'abstenir de toute relation sexuelle avant le mariage n'ait donné aucun espace pour parler des libertés sexuelles entre partenaires, surtout que le mariage reste le cadre privilégié et socialement acceptés pour que les jeunes puissent avoir des relations sexuelles.

III.2. Liberté d'accès aux services de santé sexuelle et à la contraception

La proportion des jeunes qui soient favorables à une consultation de routine des services SSRAJ par son partenaire a évolué positivement chez les bénéficiaires directs du programme en passant de 76,4% à 84,8% entre l'étude de base et l'évaluation finale. Mais pour les autres non bénéficiaires directs du programme, l'indicateur est même en dessous de son niveau lors de l'étude de base. Il faut noter cependant une évolution positive des attitudes défavorables à la restriction de la consultation des services SSRAJ uniquement en cas de rapport sexuel non protégé chez tous les jeunes. En effet, si on regarde les jeunes qui gardent des attitudes défavorables à cette attitude, la proportion est passée de 58,7% pendant l'étude de base à 65,7% chez les participants et à 69,1% chez les non participants. Quant à l'égalité des droits dans la recherche des services SSR entre un garçon et une fille, la valeur de l'indicateur est améliorée chez les participants par rapport à sa valeur dans l'étude de base (85,4% pendant l'évaluation finale contre 72,6% lors de l'étude de base).

Les avis sur qui est responsable de l'utilisation de la contraception et les préservatifs peuvent affecter la capacité des jeunes à communiquer efficacement, de négocier et de prendre des décisions conjointes sur la sexualité, la contraception, la grossesse, la prévention et le traitement des IST et du VIH, et sur d'autres questions. En matière de liberté chez une fille de choisir une méthode contraceptive de son choix, la proportion des jeunes avec des attitudes favorables n'a pas changé (72,1% chez les participants contre 72,2% pendant l'étude de base). Il en est de même pour les attitudes sur l'utilisation des méthodes contraceptives chez les jeunes non mariés ; les considérations des jeunes enquêtés montrent que leur niveau d'appréciation n'a

pas évolué (sa valeur est 56,5% contre 57,7 % pendant l'étude de base). Comme la sexualité avant le mariage est totalement découragée et que les sensibilisations se focalisent sur l'abstinence, l'utilisation des méthodes contraceptives n'est pas aussi encouragée car, elle sonnerait comme une incitation aux relations sexuelles pré-nuptiales. Cela pourrait donc expliquer pourquoi les proportions des jeunes avec attitudes favorables à l'usage des méthodes contraceptives chez les jeunes non mariés n'a pas augmenté

La confiance dans l'efficacité des méthodes contraceptives dans la limitation des naissances et la prévention des grossesses non désirées favorise leur utilisation. Si on analyse les attitudes des jeunes, on constate que l'indicateur a augmenté chez les jeunes participants en passant de 71,1% pendant l'étude de base à 80,6% dans l'évaluation finale. Toutefois, cet indicateur demeure faible chez les autres jeunes non directement encadrés par le programme (66,9%).

Tableau 20: % des jeunes avec attitudes favorables à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et à la contraception

Liberté d'accès aux services de santé sexuelle et à la contraception			
	Baseline	Participants	Non Participants
Attitudes favorables (mesuré par accord avec la déclaration)			
Vous pensez que votre partenaire sexuel régulier devrait aller consulter les services SSRAJ régulièrement pour sa santé	76,4	84,8	64,8
Un(e) jeune (garçon ou fille) non marié (e) a-t-il le droit de recourir à des méthodes contraceptives	57,7	56,5	44,6
Une fille et un garçon ont les mêmes droits de chercher les services de la SSR.	72,6	85,4	71,2
Les méthodes contraceptives sont efficaces dans la limitation des naissances ou les grossesses non désirées	71,1	80,6	66,9
Une fille a le droit de choisir la méthode contraceptive de son choix.	72,2	72,1	61,6
Attitudes défavorables (mesurée par désaccord avec l'énoncé)			
Je consulte uniquement les services SSRAJ quand j'ai eu des rapports sexuels non protégés (R)	58,7	65,7	69,1

III.3. Mariages et grossesses pré-nuptiales

Les normes culturelles qui soutiennent le mariage précoce peuvent conduire à des grossesses précoces chez les jeunes femmes, ce qui augmente leur risque de complications de santé liées à la grossesse. Dans le cas du mariage des enfants, les jeunes mariés sont souvent physiquement et émotionnellement immatures et cela les met à risque élevé de complications de grossesse tels que le travail obstrué, la fistule, et d'autres problèmes pour la mère et l'enfant. En outre, le mariage des enfants augmente en fait l'exposition des filles à la coercition sexuelle, la violence physique, et le viol conjugal¹¹. A ce sujet, on note une évolution positive des attitudes défavorables aux mariages des filles sans considérer leur âge. L'indicateur est passé de 66,1,3% à 79,7% entre l'étude de base et l'évaluation finale. S'agissant de la préférence d'un mariage en

¹¹ <https://www.globalhealthlearning.org/sites/default/files/FR001-Sante%CC%81%20Sexuelle%20et%20Reproductive%20de%20la%20Jeunesse.pdf> consulté le 25/juin 2020

régime polygame qu'un célibat définitif, on constate une progression de score où beaucoup de jeunes préféreraient vivre en célibat définitif qu'en union polygame. La valeur de l'indicateur est passé de 59,5% à 78,2% entre l'étude de base et l'évaluation finale pour les jeunes défavorables au mariage polygame. Elle est plus élevée chez les participants au programme (79,1% contre 77,6% chez les non participants). Dans le cadre de la promotion des droits des enfants et de la jeune fille en particulier, les différentes campagnes menées dans le pays par les différentes organisations pour la promotion des droits des enfants, la lutte contre les violences basées sur le genre et le mariage des enfants, la promotion de l'éducation de la jeune fille pourraient avoir produit des impacts sur les attitudes de l'ensemble des jeunes en plus des campagnes menées par le programme conjoint.

L'autre attitude mesurée est relative à la stigmatisation des mères célibataires. En effet, en raison des normes de genre rigides qui accordent une grande valeur à la virginité de la femme avant le mariage, la procréation hors du mariage est toujours source de honte pour la mère et l'enfant. Les jeunes femmes peuvent être détournées de leurs maisons, familles, écoles et réseaux sociaux. Cela limite leurs opportunités et sources de soutien et peut augmenter le risque d'avortement à risque chez les jeunes femmes. Les jeunes femmes célibataires qui tombent enceintes manquent souvent du soutien de la part de leurs familles et des communautés. Certaines essaient d'interrompre les grossesses non désirées ou importunes¹².

D'après les données de l'enquête relatives aux attitudes des jeunes sur la stigmatisation des filles qui mettent au monde suite à une grossesse non désirée, on note que les attitudes défavorables à cette stigmatisation ont évolué positivement passant de 70,3% à 78,7% entre l'étude de base et l'évaluation finale. Les valeurs les plus élevées sont enregistrées chez les participants au programme (79,1%). Les campagnes menées dans la communauté par les différents leaders communautaires pour ne pas stigmatiser les jeunes filles qui tombent enceintes, les possibilités qui leur sont offertes de réintégrer les études après le sevrage de l'enfant ainsi que le travail mené par les différents organisations œuvrant dans la promotion des droits des enfants et celles des jeunes filles et adolescentes pourraient avoir eu effet sur les opinions des jeunes en général au sujet des filles qui ont eu des grossesses avant le mariage.

Tableau 21: Répartition en % des jeunes selon leurs attitudes sur le mariage précoce des filles et les grossesses prénuptiales.

Attitudes sur le mariage précoce et grossesses prénuptiales				
	Etude de Base	Participants	Non Participants	Moyenne Endline
Attitudes défavorables (mesurée par désaccord avec l'énoncé)				
Une fille qui tombe enceinte doit être stigmatisée (R)	70,3	79,1	78,5	78,7
Une fille n'est jamais trop jeune pour se marier si un bon mari est trouvé par ses parents/sa famille (R)	66,1	79,1	80,1	79,7
Une vieille fille porte malheur aux membres de sa famille, et il est alors préférable qu'elle soit en polygamie (sans mariage légal) que vieille fille à la maison (R)	59,5	79,1	77,6	78,2

¹² idem

III.4. Égalité et violence basée sur le genre.

Dans certaines cultures, un traitement équitable des enfants dont l'égalité des droits à l'héritage des biens familiaux constituent un défi et contribue à entretenir les inégalités de genre. La violence sexuelle et les abus sexuels des enfants augmentent le risque du VIH et des IST ainsi que les grossesses précoces. D'autres formes de violence fondée sur le sexe, y compris la violence conjugale physique et verbale exposent également les jeunes à des risques de mauvais résultats en matière de santé reproductive¹³.

En matière d'égalité de droits et changement d'attitudes en matière de genre, l'évaluation finale du programme montre que les attitudes ont bien évolué chez les jeunes directement touchés par le programme. Mais il faut avouer aussi que les jeunes participants ne sont pas arrivés à influencer d'autres jeunes dans leur communauté pour impulser un changement global des attitudes des jeunes. Les données de l'évaluation finale comparées à celles de l'étude de base montrent que l'attitude des jeunes par rapport à l'égalité des filles et garçons à l'héritage des biens familiaux est passé de 49,2% à 51% chez les jeunes participants. Il se situe cependant à 46,3% chez les jeunes non participants. Bien que la question d'héritage pour les femmes au Burundi divise encore les membres de la communauté, on note une légère évolution positive chez les participants. En matière de choix du nombre d'enfants à avoir, la situation a bien évolué chez les participants car les jeunes qui pensent qu'une fille et un garçon ont le même droit dans le choix de la taille de la famille est passé de 69,8% pendant l'étude de base à 76% dans l'évaluation finale. Mais l'indicateur chez les non participants est resté faible (62,2%).

En ce qui concerne l'envoi des enfants à l'école en privilégiant les garçons par rapport aux filles, les attitudes défavorables ont évolué positivement en passant de 70,5% à une proportion élevée chez les participants ; 80,9% (75,9 pour les non participants). Quant aux partages des tâches familiales, les attitudes défavorables au fait de laisser plus de tâches aux filles qu'aux garçons pour les travaux domestiques ont évolué positivement en passant d'une proportion de 44,8% pendant l'étude de base à 61% pour les participants au programme pendant l'évaluation finale (53,7% pour les non-participants).

Concernant les violences sexuelles, les jeunes participants ont des attitudes défavorables et la valeur de l'indicateur a évolué positivement avec 84,3,4% de jeunes participants qui désapprouvent ces violences contre 79,2% pendant l'étude de base. S'agissant de la justification de frapper sa copine parce qu'elle sort avec d'autres garçons, les jeunes qui sont défavorables à cette attitude représentent 81,4% chez les participants du programme, soit une évolution positive de l'indicateur par rapport à son niveau de l'étude de base (72,9%).

¹³ <https://www.globalhealthlearning.org/sites/default/files/FR001-Sante%CC%81%20Sexuelle%20et%20Reproductive%20de%20la%20Jeunesse.pdf> consulté le 25/juin 2020

Tableau 22: Proportion des jeunes en % selon leur déclaration sur les attitudes en rapport avec l'égalité et la violence basée sur le genre

	Etude de Base	Participants	Non Participants	Ensemble
Attitudes favorables				
Une fille et un garçon ont les mêmes droits dans le choix du nombre d'enfants à avoir	69,8	76,0	62,2	67,9
Une personne a le droit de vivre à l'abri du viol, et d'autres formes de violences sexuelles	79,2	84,3	71,8	77
Les filles/femmes ont le même droit d'hériter au même niveau que les garçons/ hommes pour les biens de leurs parents.	49,2	51	46,3	48,2
Attitudes défavorables				
Il est préférable d'envoyer un garçon à l'école que d'envoyer une fille (R)	70,5	80,9	75,9	77,9
Il est normal pour une fille/femme d'avoir beaucoup de travail domestique à la maison par rapport au garçon/homme (R)	44,8	61	53,7	56,7
Selon vous, il est justifié qu'un garçon frappe sa copine quand elle sort avec d'autres garçons ? (R)	72,9	81,4	78,5	79,7

En plus de changement d'attitude en faveur des DSSR, la programme avait pour objectif de doter aux jeunes des compétences leur permettant d'œuvrer pour la promotion et la protection de ces droits. Les performances dans ce domaine sont analysées dans le chapitre qui suit.

IV. COMPETENCES DANS LA PROMOTION ET LA PROTECTION DES DROITS EN SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (Indicateur 1)

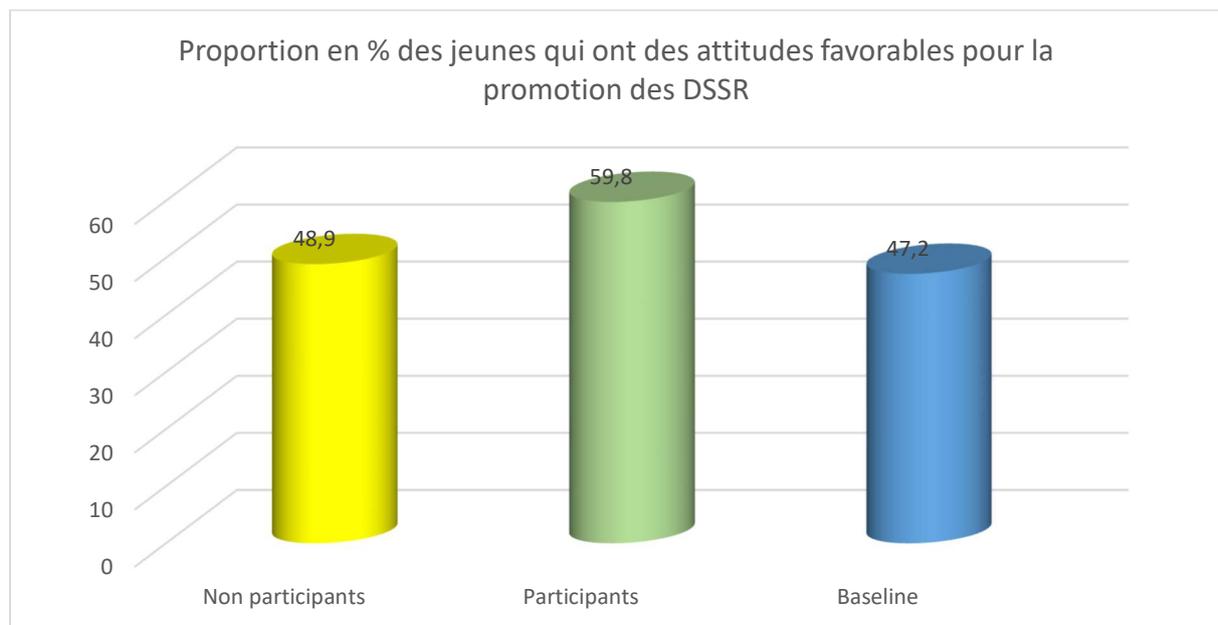
Une éducation sexuelle efficace fournit aux jeunes des informations adaptées à leur âge, culturellement pertinentes, liées au genre et scientifiquement exactes. Une bonne éducation sexuelle comprend donc beaucoup de possibilités pour les jeunes d'explorer leurs valeurs et attitudes, y compris celles liées aux normes de genre, et de développer des compétences en vue de prendre des décisions claires, y compris les comportements et les relations sexuelles sécuritaires et de genre équitable. Les recherches montrent que des programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire aident à retarder l'initiation sexuelle et d'augmenter l'utilisation du préservatif et de la contraception chez les jeunes sexuellement actifs. Presque toutes les recherches concluent que l'éducation sexuelle ne conduit pas à une activité sexuelle précoce ou accrue. La promotion de ces compétences repose sur la capacité des jeunes à communiquer entre eux, entre les parents ou entre les éducateurs sans se sentir complexés au sujet des questions de sexualité. Ces compétences sont également liées à une possibilité de décider

librement de l'usage des préservatifs et des méthodes contraceptives pour se prévenir des ISTs et des grossesses non désirées¹⁴.

Le Programme conjoint n'a pas seulement pour objectif que les adolescents et jeunes adoptent des attitudes favorables en DSSR, il veut aussi qu'ils participent dans la promotion et la protection de ces droits. C'est ainsi que des questions pour mesurer la compétence des jeunes dans la promotion des DSSR ont été posées pendant l'étude de base et pendant l'évaluation finale pour mesurer l'impact du projet dans le renforcement des compétences chez les jeunes en vue d'améliorer et protéger les DSSR.

Les résultats de l'enquête réalisée pour l'évaluation finale du programme montrent que l'indicateur synthétique qui résume l'ensemble de ces compétences a évolué positivement chez les adolescents et jeunes enquêtés et on peut noter que la valeur est très élevée chez les jeunes bénéficiaires directs du programme. Ainsi, selon le graphique ci-après, la proportion des jeunes ayant des compétences en DSSR est passé de 47,2% pendant l'étude de base à 53,4% pendant l'évaluation finale chez les jeunes non participants et à 59,8% chez les jeunes participant au programme Menyumenyeshe.

Figure 7 : % des jeunes qui ont des attitudes favorables pour la promotion des DSSR



Le tableau qui suit teste la différence des scores moyens sur un indice de 5 des attitudes favorables pour la promotion des DSSR entre l'étude de base, les participants et les non participants. Le test est fait à travers la statistique « F » de Fisher. On remarque que les différences sont significatives au seuil de 5%.

¹⁴ <https://www.globalhealthlearning.org/sites/default/files/FR001-Sante%CC%81%20Sexuelle%20et%20Reproductive%20de%20la%20Jeunesse.pdf> consulté le 25/juin 2020

Tableau 23: Test de comparaison des scores moyens des attitudes favorables en rapports avec la promotion des DSSR

Groupe échantillon	Score moyen pour l'indicateur 1	Statistique F	Sig.
Baseline	3,3	120,217	0,000
Participant	3,6		
Non participant	3,2		

Après élimination des effets des caractéristiques de base des enquêtés, on remarque que le niveau de l'indicateur n'est pas significativement lié avec le groupe échantillon. Cela veut dire que les différences ne sont pas globalement significatives entre la baseline, le groupe des participants et le groupes des non participants. Il en est de même pour le sexe, la région ainsi que la religion. Le tableau qui suit rend compte des coefficients de la régression linéaire entre l'indicateur 1 et les caractéristiques des jeunes

Tableau 24 : Coefficients de régression linéaires des scores moyens des attitudes favorables en rapports avec la promotion des DSSR

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	B	Erreur standard	Bêta		
(Constante)	2,585	0,118		21,947	0,000
Groupe échantillon	-0,019	0,014	-0,023	-1,410	0,159
Sexe	-0,022	0,024	-0,015	-0,932	0,351
Région	-0,018	0,010	-0,029	-1,757	0,079
Niveau d'instruction	0,214	0,021	0,174	10,246	0,000
Milieu de résidence	-0,114	0,040	-0,047	-2,829	0,005
Groupe d'âges	0,205	0,016	0,227	12,812	0,000
Religion	0,010	0,011	0,015	0,929	0,353
Statut matrimonial actuel	-0,068	0,032	-0,038	-2,143	0,032
Zone d'intervention	0,041	0,014	0,049	2,981	0,003

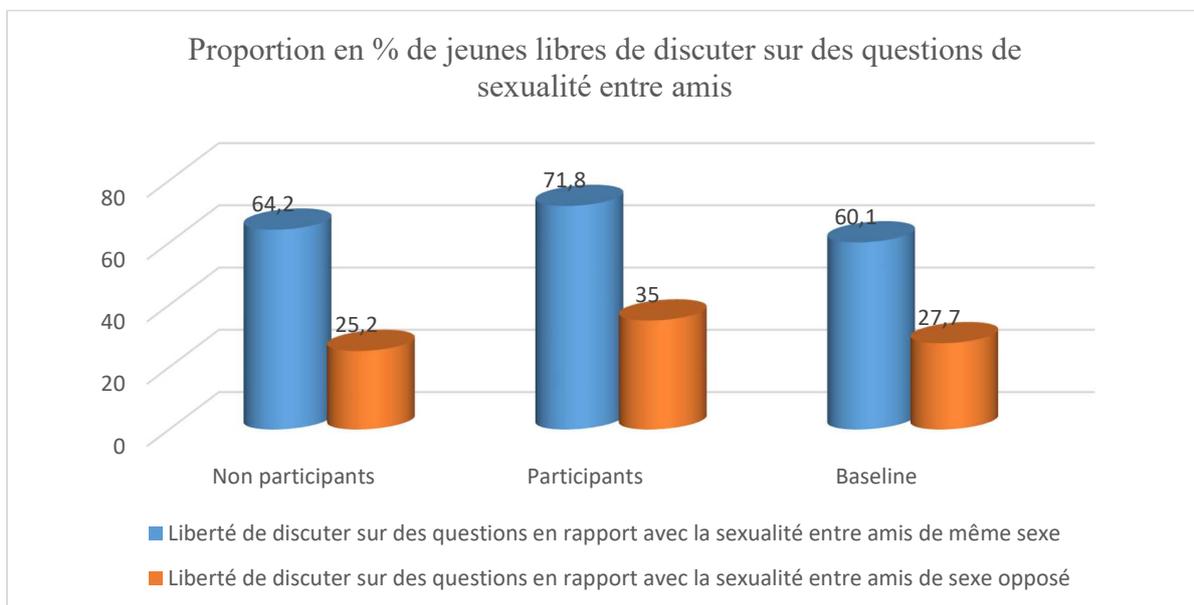
Le test de comparaison entre ces différentes valeurs de l'indicateur à travers la statistique de Fisher montre une évolution significative au seuil de 1%. En effet, la valeur de F calculée est de 17,342 avec une P-valeur de 0,000. On en conclut le programme a eu un impact significatif sur au moins, un des groupes de bénéficiaires, en l'occurrence les bénéficiaires directs avec un niveau de confiance de plus de 99%.

IV.1. Liberté de parler de la sexualité entre amis de même sexe et de sexe opposé

Dans ses objectifs de promouvoir les droits de santé sexuelle et reproductive, le programme avait pour objectif de renforcer la communication sur la sexualité qui reste un sujet tabou au Burundi. Au regard des données de l'évaluation finale, cet indicateur a sensiblement changé chez les bénéficiaires directs du programme en passant de 60,5% à 71,8% entre 2016 et 2020 pour les jeunes qui discutent librement des questions de sexualité entre amis. Même chez les non participants, on constate une évolution positive car la proportion des jeunes qui discutent

librement entre amis de même sexe est de 64,2%. S'agissant de la discussion entre jeunes de sexe opposé sur des sujets en rapport avec la sexualité, on note également une évolution positive chez les bénéficiaires directs du programme avec une proportion de jeunes qui sont passés de 27,7% à 35%. Notons cependant, que cet indicateur n'a pas changé chez les non participants. Certes, la sensibilisation dans les clubs et les groupes de solidarité a eu son effet chez les jeunes participants, mais des obstacles pour braver le tabou sur l'échange au sujet de la sexualité entre personne de sexe opposé persiste encore. Les entretiens avec différents partenaires ont souligné la stigmatisation des jeunes pairs éducateurs qui sensibilisent les autres sur la santé sexuelle et reproductive en qualifiant d'obscénité leur enseignement¹⁵. Ainsi, parler librement de la sexualité est une approche osée dans la société burundaise, mais cela est davantage mal vu quand il s'agit d'une discussion entre deux personnes de sexe opposé ; les jeunes qui s'engagent dans une telle discussion étant qualifiés de mal éduquée et de légère quand il s'agit d'une fille. Toutefois, cette progression de l'indicateur parmi les participants illustre déjà un début de changement de comportement chez les jeunes.

Figure 8 : Proportion de jeunes et adolescents libres de parler de la sexualité entre amis de même sexe et de sexe opposé



IV.2. Liberté de dialoguer avec les parents et les éducateurs à l'école au sujet des questions en rapport avec la sexualité

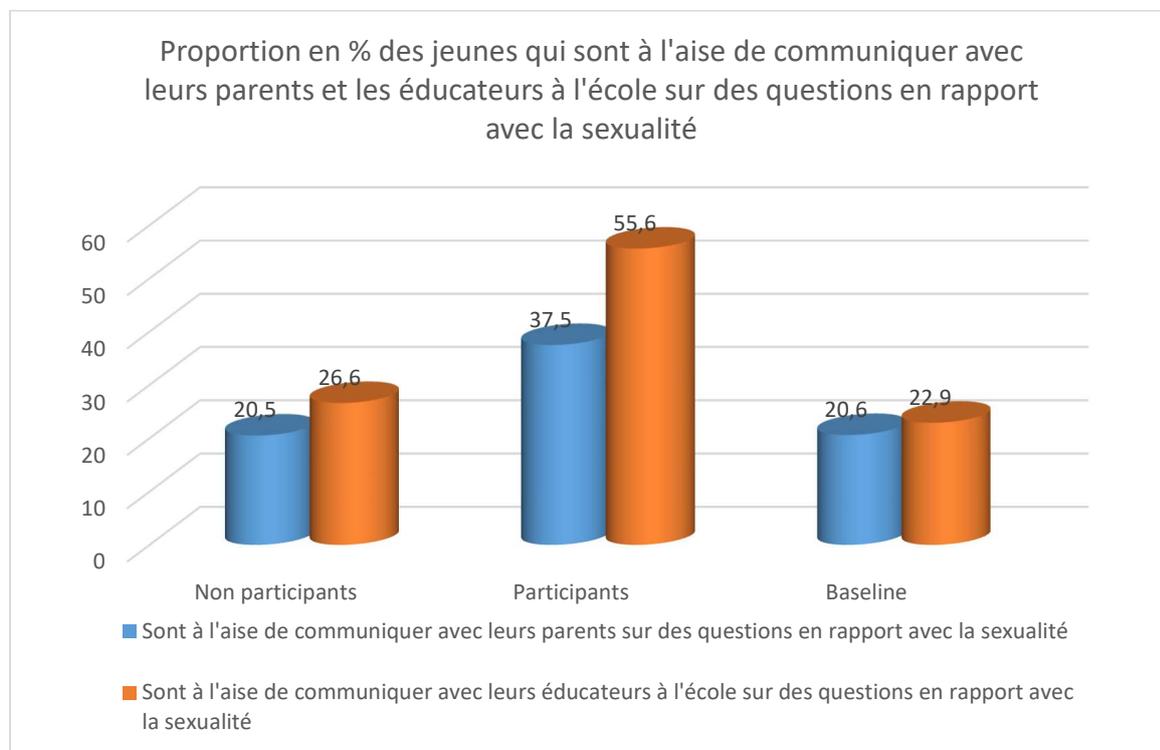
Parler de la sexualité étant un sujet tabou au Burundi, il a été constaté que les parents et les éducateurs ont peur d'engager une discussion au sujet de la sexualité avec les jeunes alors que les informations fiables dans ces domaines pourraient amener ces jeunes à prendre des décisions sûres et éclairées. Au cours de l'étude de base, un indicateur y relatif a été mesuré avec une proportion de jeunes de 20,6% qui confirment l'implication des parents dans la discussion avec leurs enfants sur des sujets en rapport avec la sexualité. L'implication du programme dans la promotion d'un dialogue parent-enfant a suscité un changement palpable

¹⁵ Voir Recherche Opérationnelle

chez les jeunes participant au programme avec une augmentation de jeunes qui discutent avec les parents sur des sujets en rapport avec la sexualité qui sont passés de 20,6% à 37,5%.

S'agissant de la communication à l'école avec les éducateurs, la proportion a augmenté en passant de 22,9% à 38,6% entre l'étude de base et l'évaluation finale. Il est très élevé chez les jeunes participants au programme (55,6%) comparés aux non participants (26,6%). Comme parmi les participants, il y a des jeunes qui sont encadrés à l'école dans les clubs santé, le renforcement de capacité dont ils ont bénéficié leur a permis de s'engager dans une discussion avec leurs éducateurs par rapport aux autres groupes d'influence. Il est possible que les éducateurs formés dans le cadre du programme conjoint aient pu contribuer à susciter ce dialogue, ce qui aurait permis même aux non participants de briser les barrières pour échanger sur ce sujet avec leurs éducateurs.

Figure 9 : Proportion en % d'adolescents et jeunes libres de dialoguer avec les parents et les éducateurs à l'école au sujet des questions en rapport avec la sexualité



IV.3. Liberté d'utiliser un préservatif lors des rapports sexuels et capacité de refuser les rapports non protégés même si le partenaire propose de l'argent ou des cadeaux

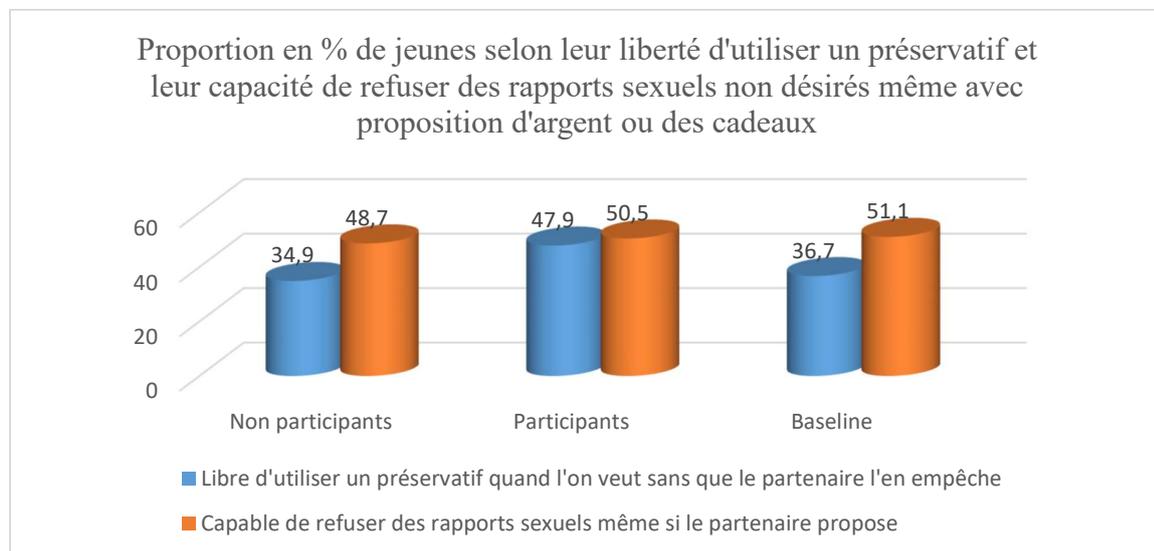
La liberté de décider de l'usage d'un préservatif en cas de rapport sexuel est l'un des moyens permettant aux jeunes de se protéger contre les ISTs et les grossesses non désirées. Par ailleurs, la vision du programme conjoint est de faire en sorte que les jeunes burundais soient épanouis et jouissent d'une bonne santé sexuelle et reproductive. Cette vision ne peut pas être réalisée si les jeunes ne sont pas renforcés en capacité pour développer des compétences leur permettant de prendre les bonnes décisions en matière de SSR. Ainsi, la liberté pour un jeune d'utiliser un préservatif au cours des rapports sexuels avec son partenaire et sa capacité de refuser des

rapports sexuels quand il n'en a pas envie peu importe ce qu'on lui propose sont des éléments clés pour mesurer ses compétences en DSSR.

Les données issues de l'enquête pour l'évaluation finale permettent de conclure que la proportion moyenne des jeunes en accord avec la liberté d'utiliser un préservatif pendant les rapports sexuels même si le partenaire n'est pas favorable a connu une évolution positive chez les jeunes bénéficiaires directs du programme. Elle est passée de 36,7% entre l'étude de base à 47,9% pendant l'évaluation finale. Toutefois, même si le programme a contribué aux renforcements des capacités des jeunes en augmentant leurs compétences en matière de santé sexuelle et reproductive notamment dans la promotion des droits de santé, des efforts restent à fournir pour les jeunes non participants parce qu'il n'y a aucune évolution dans leur attitude à exiger des rapports sexuels protégés au regard des données de l'étude de base (36,7%) et de l'évaluation finale (34,9%)

En termes de capacité de refuser des rapports sexuels non consentant même en cas d'offre de cadeau ou d'argent, le niveau de l'indicateur n'a pas changé pour les participants direct (51,1% pendant l'étude de base et 50,5% pendant l'évaluation finale). Probablement que le contexte de pauvreté et de vulnérabilité des jeunes aurait fait que les jeunes perdent leur indépendance sexuelle au profit d'une domination basée sur des propositions de biens matériels ou d'argent. Toutefois, les témoignages des jeunes filles enquêtés dans le cadre de la Recherche Opérationnelle ont montré que certaines jeunes filles ont été formées sur la capacité à refuser des relations sexuelles non consentantes y comprises même des techniques pour faire face aux tentatives de viols.

Figure 10 : Proportion en % des adolescents et jeunes ayant la liberté d'utiliser un préservatif lors des rapports sexuels et la capacité de refuser les rapports non protégés même si le partenaire propose de l'argent ou des cadeaux



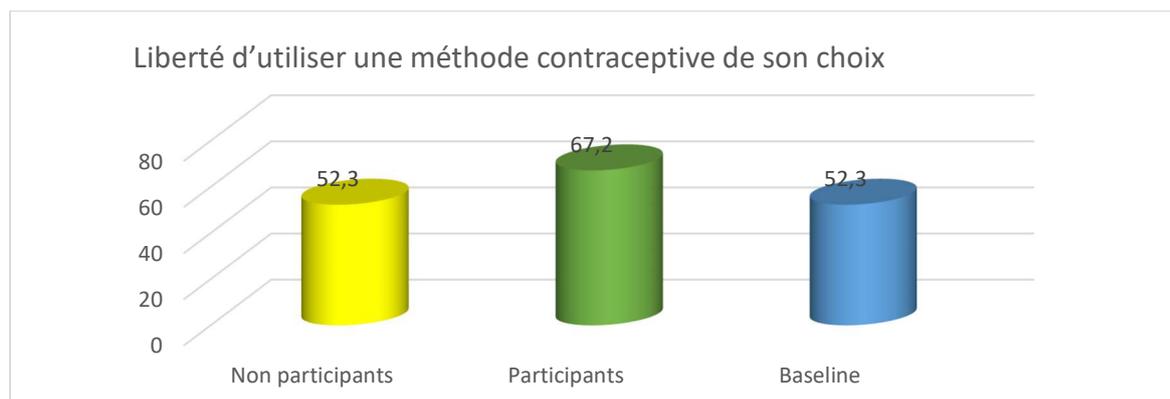
IV.4. Liberté dans l'utilisation d'un contraceptif de son choix et quand on veut

En matière de sexualité, particulièrement chez les jeunes filles, il ne faut pas seulement penser se protéger contre les ISTs car même avec un partenaire sûr, le risque de grossesse est un autre facteur qui peut pousser les jeunes à chercher des moyens contraceptifs pour se protéger contre des grossesses non désirées. Cependant, l'usage de ces méthodes contraceptives dépendent de

leur accessibilité mais également de leur acceptabilité dans la société. Chez les jeunes femmes, les normes sociales peuvent être favorables ou défavorables à l'usage des méthodes contraceptives même si elles sont disponibles et accessibles. Les comportements favorables à l'utilisation de ces méthodes dépendent de plusieurs facteurs. Le Programme Menyumenyeshe avait comme objectif la promotion des droits de santé sexuelle et reproductive dont le choix et l'usage des contraceptifs fait partie.

Ainsi, en matière de liberté d'utilisation d'une méthode contraceptive de son choix, l'indicateur mesuré pendant l'étude de base montre que les interventions auprès des adolescents et jeunes lors de la mise en œuvre du programme conjoint a produit ses effets auprès des jeunes impliqués directement dans le programme. La valeur de l'indicateur qui était de 52,2% pendant l'étude de base est passée à 67,2% chez les jeunes participant au programme. Ces jeunes ont été incités à aller chercher l'information dans les CDS Amis des jeunes et ont bénéficié des formations qui ont renforcé leur compétence dans leur liberté de choix et d'usage des méthodes contraceptives. Cependant, des efforts restent à consentir pour les autres jeunes non directement touchés par le programme au regard de l'écart qui existe entre eux et ceux participants au programme (50,3% contre 67,2% chez les participants).

Figure 11 : Liberté d'utiliser une méthode contraceptive de son choix

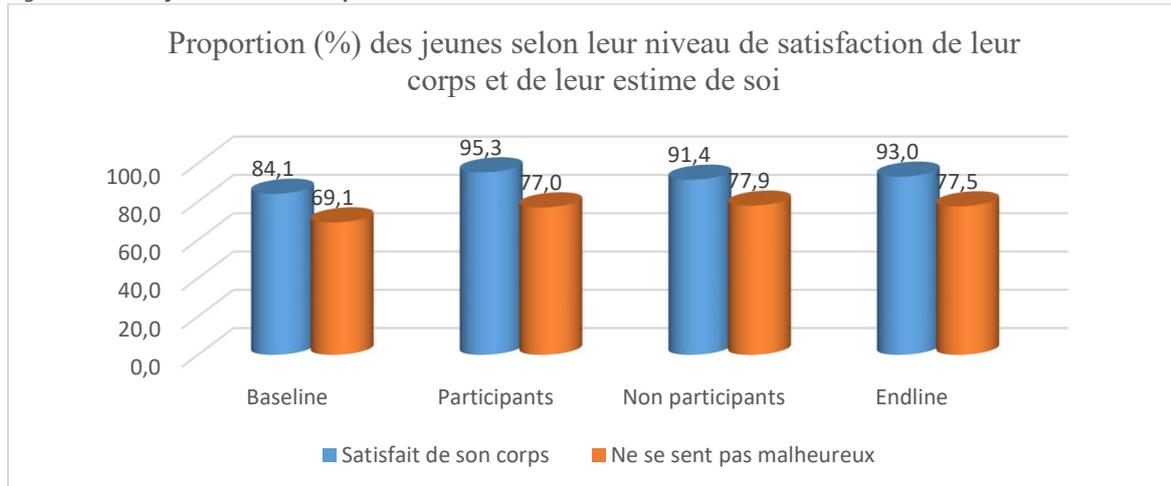


IV.5. Satisfaction de son corps et estime de soi

Pendant l'adolescence, les jeunes peuvent souffrir des problèmes liés à leur corps en se fixant des critères de beauté qui pourraient les pousser à se haïr. Cette situation n'est pas très prononcée au Burundi au regard des données de l'étude de base et des résultats de l'évaluation finale. Les jeunes sont en général satisfaits de leur corps. Le niveau de satisfaction s'est amélioré en passant de 84,1% à 93%. Au niveau de l'estime comprise dans le sens de satisfaction personnelle à l'égard de soi et de jugement de l'efficacité de son fonctionnement (Harter, 1998)¹⁶, les jeunes participants et non participants se sentent bien et ne sont pas angoissés. Dans ce domaine, l'indicateur s'est amélioré en passant de 69,2% à 77,5% entre l'étude de base et l'évaluation finale mais, on constate que les écarts observables entre participants et non participants ne sont pas observables.

¹⁶ Cité dans « Evolution de l'estime de soi et de l'insatisfaction de son image de 14 à 18 ans », enquête longitudinale auprès des élèves saguenéens et jeannois, rapport de recherche, Québec 2008, p.5

Figure 12 : Satisfaction de son corps et estime de soi



La promotion des compétences en santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et jeunes doit les amener à prendre des décisions éclairées dans ce domaine. On sait qu'en matière de sexualité, l'usage du préservatif chez les jeunes leur assure une double protection à savoir la protection contre le VIH/Sida et d'autres ISTs et leur évite également aux partenaires féminins d'avoir une grossesse non désirée. Ainsi donc, le chapitre suivant analyse l'évolution de l'indicateur relatif à l'usage du préservatif entre l'étude de base et l'évaluation finale.

V. UTILISATION DU PRESERVATIF CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES

V.1. Premier rapport sexuel et âge moyen au premier rapport

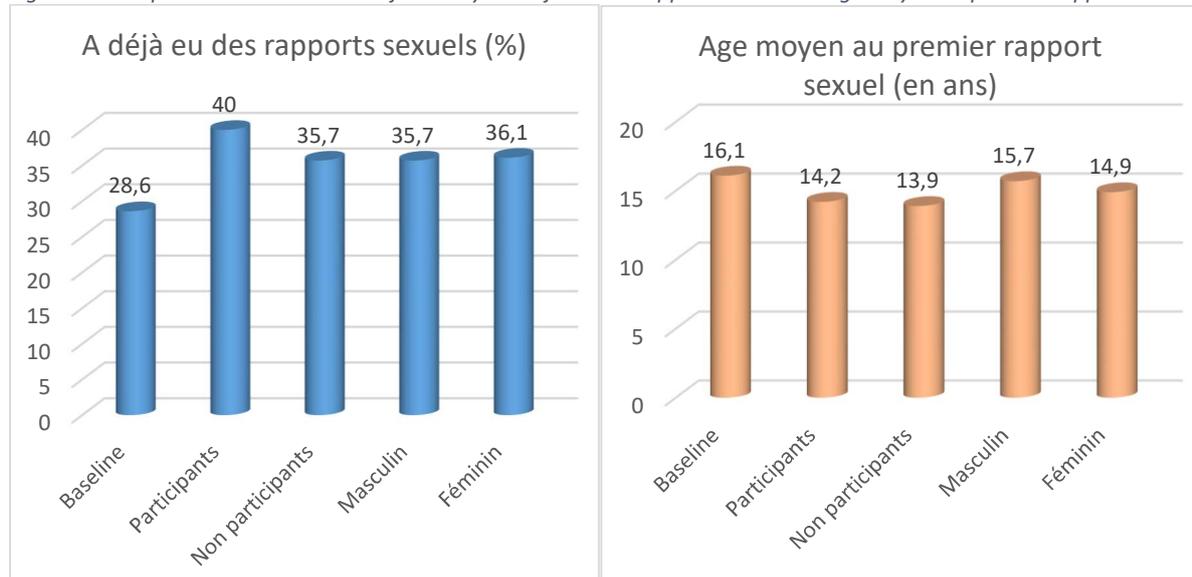
A mesure que les pays s'urbanisent et s'ouvrent au monde, les normes sociales changent, l'âge du mariage augmente et les attitudes et comportements sexuels des jeunes avant le mariage changent. Etant donné que, d'une manière générale, les adolescents commencent les relations sexuelles sans en envisager les conséquences et sans protection précise, nombre d'entre eux sont confrontés à des conséquences graves, voire dangereuses, notamment les grossesses non désirées, les avortements, les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA (ARC, 2001)¹⁷. Le programme conjoint a été mis en place pour apporter une solution à ces problèmes afin que les jeunes puissent adopter un comportement sexuel responsable et moins risqué.

Au regard des données de l'évaluation finale, la proportion des jeunes qui ont déjà eu un premier rapport sexuel a augmenté passant de 28% à 35% et à 40 % chez les participants. L'âge au premier rapport sexuel s'est rajeuni d'une année passant de 16,1 ans à 14,9 ans chez les non participants et à 14,2 ans chez les participants. Comme une grande partie des participants est constituée par des élèves et qu'ils sont en général plus jeunes que les non participants (74,4% sont âgés de moins de 20 ans contre 68,5% chez les non participants) cette différence d'âge pourrait justifier aussi la différence d'âge au premier rapport sexuel entre participants et non participants. S'agissant de l'augmentation de la proportion des jeunes qui ont déjà eu leur premier rapport sexuel chez les participants (40%), il serait possible que les jeunes participants ont pu assumer leur sexualité alors que les non participants n'auraient pas pu le faire compte tenu des normes sociales très restrictives à ce sujet. Le programme pourrait également leur

¹⁷ ARC, Santé sexuelle et génésique, 2001, p.4

avoir permis de s'ouvrir et de ne plus considérer les sujets sexuels, y compris ce qui les concerne comme des sujets tabous.

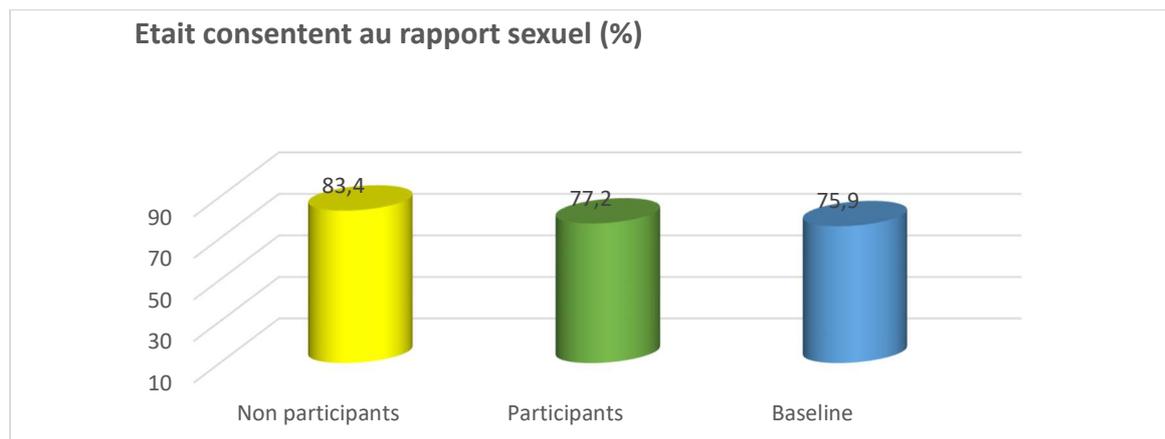
Figure 13 : Proportion d'adolescents et jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels et âge moyen au premier rapport sexuel



V.2. Consentement lors du premier rapport sexuel

Au Burundi, d'après l'enquête, sur l'ensemble des jeunes qui déclarent avoir eu des rapports sexuels, 83,1% étaient consentants dont une forte proportion des jeunes non participants au programme (83,4% contre 77,2% chez les participants). Cette valeur était relativement faible pendant l'étude de base avec 75,9%. Il est difficile de comprendre la faiblesse de l'indicateur chez les participants car d'autres indicateurs ont connu des améliorations sensibles dans ce groupe.

Figure 14: % d'adolescents et jeunes consentants parmi ceux qui ont des rapports sexuels

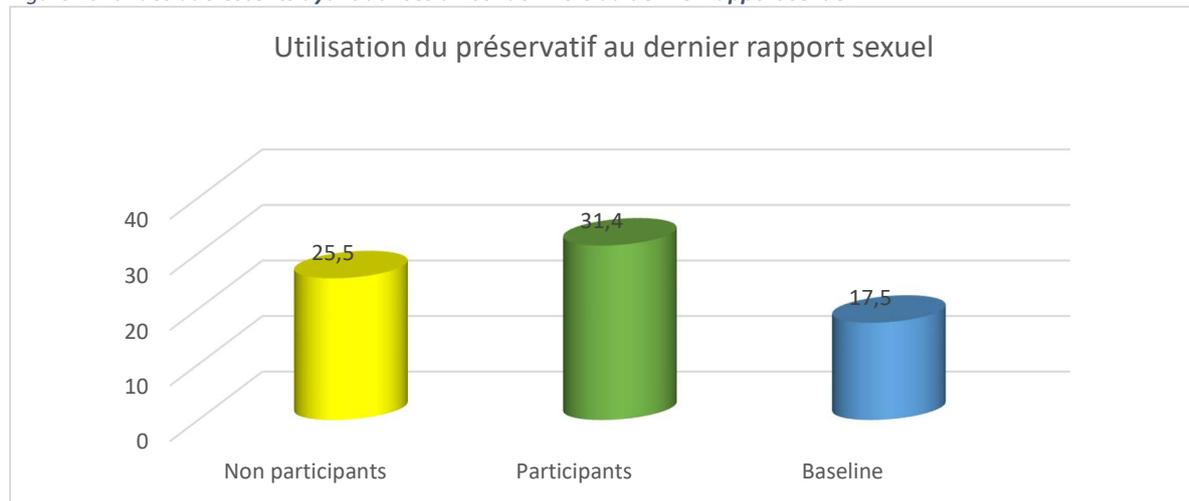


V.3. Utilisation du préservatif pendant le rapport sexuel

L'objectif du programme étant de voir les jeunes burundais jouir d'une bonne santé sexuelle et reproductive, l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel a été identifié comme l'un des indicateurs de résultats du programme pour mesurer son impact.

Bien que la proportion des jeunes qui déclarent avoir déjà eu leur première relation sexuelle a augmenté (35,9% contre 28,6% dans l'étude de base), seuls 27,6% d'entre eux ont utilisé un préservatif au dernier rapport. L'usage du préservatif au premier rapport sexuel est passé de 23,4 à 29% pour les participants directs. S'agissant du dernier rapport, au cours des 12 derniers mois, on constate que l'utilisation du préservatif a sensiblement augmenté, passant de 17,5% à 27,6% et à 31,4% chez les participants au programme (soit près du double de l'indicateur de base). La statistique du test du khi-2 de Pearson calculée est de 6,395 avec une P-valeur de 0,041 et un degré de liberté de 2. Ce test indique une différence significative entre les 4 valeurs de l'indicateur. Ce qui permet d'affirmer avec un niveau de confiance de 95% que le niveau d'utilisation du préservatif a significativement augmenté entre les deux périodes.

Figure 15: % des adolescents ayant utilisés un condom lors du dernier rapport sexuel



Le tableau qui suit donne les rapports de côtes de l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel chez les jeunes selon les groupes d'échantillon. Ces scores de propension sont calculés par la méthode de régression logistique avec le modèle de rapport de vraisemblance descendante.

On voit que l'utilisation du préservatif a augmenté au dernier rapport sexuel quel que soit le groupe cible. En effet, les jeunes participants au programme ont 2 fois plus de chances d'utiliser un préservatif que ceux de l'étude de base tandis que ceux qui ne participent pas directement au programme ont 1,9 fois plus de chances d'utiliser un préservatif par rapport à l'étude de base. Signalons ici qu'il n'y a pas de différence significative entre les participants directs et les jeunes non participants.

Tableau 25: Rapport de côtes des groupes d'échantillons sur l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel

	M0	M1	M2	M3
Groupe d'échantillon				
Baseline	Ref	Ref	Ref	Ref
Participant	1,708*	2,098*	2,083*	2,064*
Non participant	1,128*	1,885*	1,854*	1,845*
Baseline	0,886ns	0,530*	0,539*	0,542*
Participant	1,514ns	1,113ns	1,123ns	1,119ns
Non participant	Ref	Ref	Ref	Ref
Religion				
Catholique		Ref	Ref	Ref
Protestante		0,933ns		
Musulmane		1,159ns		
Autre		0,707ns		
Niveau d'instruction				
Primaire		Ref	Ref	
Secondaire		1,286ns	1,282ns	
Aucun		0,373ns	0,37ns	
Zone d'intervention				
UNFPA		Ref	Ref	
CARE		1,959*	1,96*	
CORDAID		1,498ns	1,471ns	
Sexe				
Masculin		Ref	Ref	Ref
Féminin		0,412*	0,41*	0,416*
Region de résidence				
Centre-Est		Ref	Ref	Ref
Nord		0,393*	0,396*	0,531*
Ouest		0,532ns	0,52ns	0,666ns
Sud		1,246ns	1,208ns	1,121ns
Bujumbura Mairie		0,439ns	0,442ns	0,394*
Milieu de résidence				
Urbain		Ref	Ref	Ref
Rural		0,467*	0,458*	0,465*
Age				
10-14 ans		Ref	Ref	Ref
15-19 ans		3,727*	3,727*	4,026*
20-27 ans		6,589*	6,625*	7,076*
Situation matrimoniale				
Célibataire		Ref	Ref	Ref
En union		0,068*	0,068*	0,071*
Veuf/divorcé/séparé		0,678ns	0,668ns	0,65ns
Khi-deux	6,443*	232,921*	232,220*	228,098*

Le symbole astérisque (*) signifie que la valeur est significativement différente de 1 qui est pris comme référence. Les valeurs du tableau sont des rapports de côtes (O.R) par rapport à la modalité de référence dont le O.R est pris comme unité (O.R=1).

Les jeunes qui n'ont utilisé le préservatif avancé comme raison de n'y avoir pas pensé (32,5%), d'avoir un partenaire fiable (22,8%) ou le fait de ne pas savoir utiliser un préservatif (18,5%). La proportion des non-utilisateurs pour des raisons de partenaires fiables est plus importante chez les jeunes de sexe féminin (32,6%) alors que le fait de ne pas y penser est plus élevé chez les jeunes de sexe masculin (40,3%). Si on analyse les raisons de non-utilisation du préservatif chez les bénéficiaires directs du programme, les principales raisons sont le fait de n'y avoir pensé (31,3%), d'avoir un partenaire fiable (19,4%), de ne pas savoir utiliser un condom (18,4%) et l'indisponibilité du condom (16%).

Tableau 26: Les principales raisons de non-utilisation de préservatif

Caractéristiques des jeunes	Avoir un partenaire fiable	Ne sait pas utiliser condom	N'y a pas pensé	Condom indisponible
Groupe d'âges				
Avant 12 ans	0,6	43,0	22,7	0,0
12-14 ans	1,6	35,6	47,5	8,4
15-17 ans	0,1	38,8	22,2	6,2
18 ans et +	31,8	10,6	31,9	9,9
Sexe				
Masculin	11,2	23,1	40,3	14,3
Féminin	32,6	14,5	25,8	4,5
Membre de réseau				
Participant	19,4	18,4	31,3	18,4
Non participant	22,9	18,5	32,5	18,5
Endline	22,8	18,5	32,5	18,5

V.4. Réduction des comportements sexuels à haut risque.

En parlant de comportements sexuels à risque, nous faisons allusions aux partenaires multiples et aux rapports sexuels transactionnels.

Les rôles dominants et inéquitables entre les sexes perpétuent souvent ou facilitent même la pratique de multiples relations, en particulier les relations simultanées. Par exemple, les hommes sont parfois perçus comme plus masculin s'ils entretiennent de relations multiples, alors que les femmes pourraient ne pas avoir l'indépendance économique ou une relation de puissance suffisante pour déclinier les relations ou dissuader leurs partenaires d'en avoir d'autres, ou peuvent même ne pas être au courant que leurs partenaires ont des relations sexuelles multiples¹⁸.

Quant aux rapports sexuels transactionnels, les adolescentes âgées de 15 à 19 ans sont plus susceptibles que les femmes de 25 ans et plus de se livrer à des rapports sexuels avec des hommes âgés¹⁹. Les jeunes gens qui font le commerce du sexe et leurs partenaires courent un risque beaucoup plus élevé de contracter le VIH. La consommation des drogues, la maladie, la violence, la discrimination et la dette sont également associés à la prostitution et cela menace davantage le bien-être des jeunes qui se vendent sexuellement.

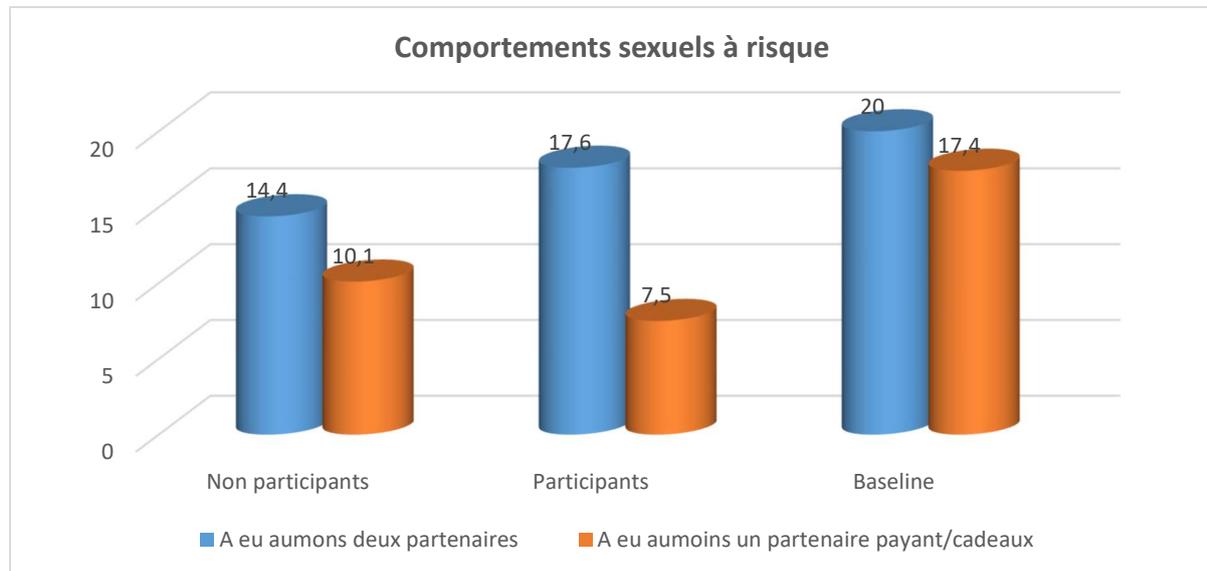
¹⁸ <https://www.globalhealthlearning.org/sites/default/files/FR001-Sante%CC%81%20Sexuelle%20et%20Reproductive%20de%20la%20Jeunesse.pdf>

consulté le 25/juin 2020

¹⁹ idem

L'évaluation finale montre que les comportements sexuels à risque comme des rapports sexuels payant ou avoir des partenaires multiples ont diminué. En effet, selon les données de l'enquête réalisée dans le cadre de l'évaluation finale du programme, on note que les jeunes qui ont eu des rapports sexuels avec des partenaires multiples ont diminué en passant de 20% pendant l'étude de base à 14,6% dont 14,4% chez les non participants et 17,6% chez les participants. La proportion relativement élevée chez les participants ne signifie pas que le programme a incité les jeunes à s'engager dans une sexualité à partenaires multiples, mais les comportements antérieurs de ces jeunes avant ce programme pourraient expliquer cette situation. Quant aux rapports sexuels transactionnels, on constate que la proportion de jeunes qui ont eu des rapports sexuels payant a diminué en passant de 17,4% pendant l'étude de base à 10%. Il est très bas chez les bénéficiaires directs du programme (7,5%) par rapport aux non participants (10,1%)

Figure 16: Réduction des comportements à risque



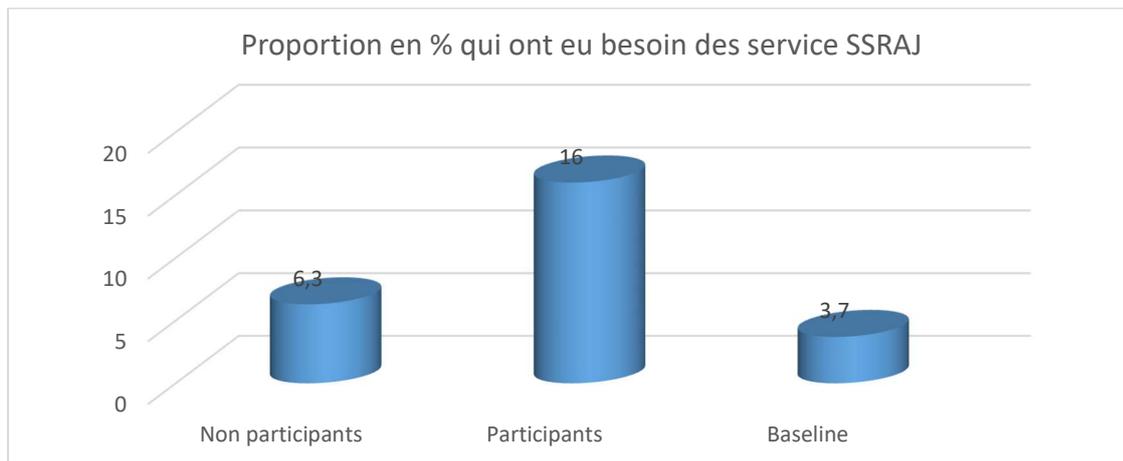
Pour s'assurer que les risques sexuels sont minimisés, le but du programme était de faire en sorte que les besoins des jeunes en matière de SSR soient le mieux satisfaits. Le chapitre suivant se focalise sur les jeunes qui ont des besoins en SSR et leur appréciation sur la satisfaction de leurs besoins.

VI. BESOINS DES ADOLESCENTS ET JEUNES EN SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET RAISONS D'INSATISFACTIONS DES JEUNES (INDICATEUR 4)

Étant donné que la fourniture d'une éducation sur la SDSR devrait entraîner une augmentation de la demande de services, il est essentiel que les jeunes et les adolescents puissent accéder à ces services. Pour cela, le programme a formé le personnel de santé à fournir des services adaptés aux jeunes et a créé des espaces adaptés aux jeunes dans les centres de santé amis des jeunes pour bien leur offrir des services conviviaux. Ces services sont offerts à travers 195 établissements de santé, dont 190 ont aménagé un espace spécial pour les jeunes. Aussi, des horaires favorables aux jeunes sont aménagés pour leur favoriser l'accès aux services.

Dans l'ensemble, 16% de jeunes participants au programme ont eu besoin de services SSRAJ contre 6,3% de non participants. Le fait d'être exposé au programme éclaire les jeunes sur leur besoin en SSRAJ et dissipe les croyances selon lesquelles les services SSRAJ sont destinés aux personnes sexuellement actives. Si on analyse la situation de base, on avait en 2016, 3,7% de jeunes qui exprimaient avoir eu besoin de services SSRAJ. Cette proportion a quadruplé chez les jeunes participants au programme.

Figure 17 : Proportion en % des jeunes qui ont eu besoin des services SSRAJ



La majorité des jeunes qui ont eu des besoins en SSRAJ a pu accéder aux services ; 95,5% chez les participants et 83,6% chez les non participants contre 94,0% à l'étude de base. Ces jeunes qui ont pu accéder aux services sont satisfaits des services reçus à 94,6% pour les bénéficiaires directs et à 80,2% pour les bénéficiaires indirects contre 88,8% lors de la situation de référence du programme. Ces différences sont globalement significatives au seuil de 5%.

Figure 18: Utilisation et accès aux services SSRAJ par les jeunes (%)

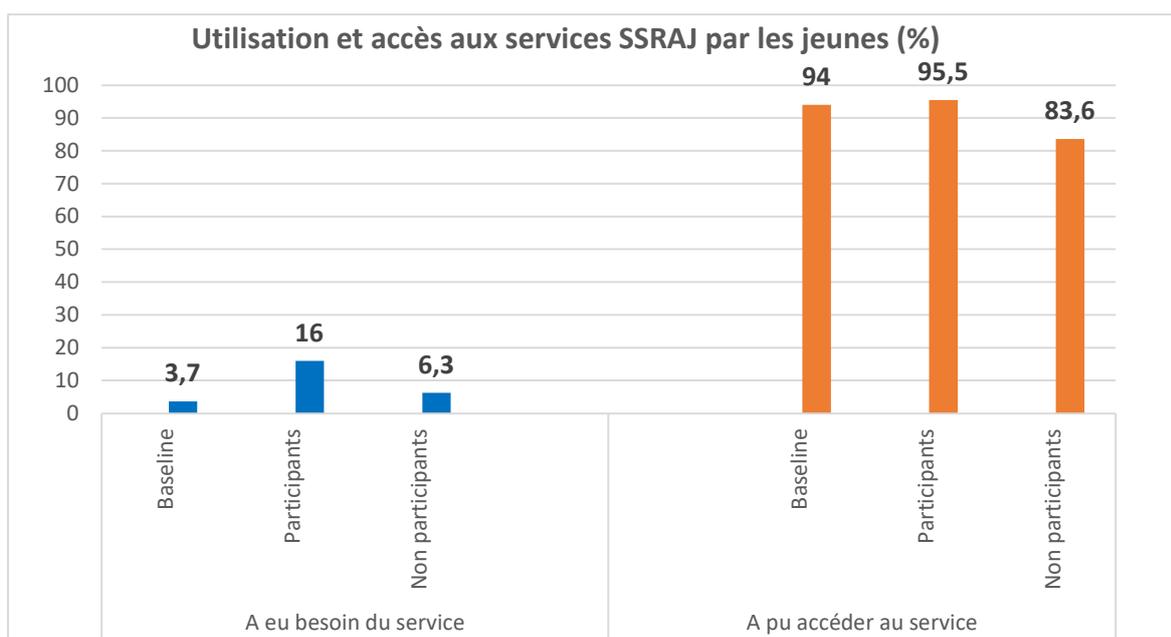


Tableau 27 : Répartition en % des jeunes qui ont des besoins satisfaits pour les services SSR

Catégorie du jeune	% des adolescents et jeunes qui ont des besoins satisfaits pour les services SSR (Indicateur 4)	(Indicateur 4)	
		Khi-2	Sig.
Baseline	88,8	109,228	0,000
Participants	94,6		
Non participants	80,2		

Quand on analyse pourquoi les jeunes consultent, c'est essentiellement à la recherche de l'information (42,8%) en général dont 55,4% pour les participants. Cet indicateur a bien évolué car, il était de 34,4% pendant l'étude de base. Grâce à la sensibilisation menée dans les clubs et dans les GS ainsi que le travail de réseautage pour la promotion de la SSRAJ, les jeunes s'informent davantage auprès des services SSRAJ pour prendre des décisions réfléchies. Le deuxième motif de consultation est lié à la recherche des soins. Ici, on peut insister sur la réussite du programme pour la recherche des services en sensibilisant les jeunes à la fréquentation des CDS amis des jeunes.

Tableau 28: Motif de la consultation des services SSRAJ

		Motif de la consultation					
		Dépistage volontaire	Me faire soigner	Grossesse	Accouchement	Formation /information	Autres (à préciser)
Membre de réseau	Non participant	13,8	37,5	16,3	11,8	41,5	6,0
	Participant	9,7	31,9	9,5	7,8	55,4	9,3
	Baseline	36,8	43,6	29,6	17,9	34,4	14,7
Milieu de résidence	Urbain	20,0	44,4	16,2	9,6	25,5	5,2
	Rural	12,7	36,1	15,7	11,7	44,7	6,4
Zone d'intervention	CARE	14,9	32,9	16,4	13,0	38,8	8,8
	CORDAID	8,5	35,4	18,9	12,2	59,6	4,4
	UNFPA	15,7	53,4	8,7	4,9	30,8	0,6
Sexe	Masculin	18,2	40,6	0,6	0,6	43,7	4,0
	Féminin	9,7	34,2	27,3	19,8	42,1	8,0
Groupe d'ages du jeune	10-14 ans	6,9	85,5	0,0	0,0	18,1	0,5
	15-19 ans	8,1	43,8	8,9	3,1	38,7	7,2
	20-27 ans	16,4	25,6	21,0	16,5	48,8	7,0
Niveau d'instruction	Aucun	28,4	51,2	16,8	25,6	19,1	0,0
	Primaire	12,1	45,8	17,7	10,8	36,9	3,6
	Secondaire	12,2	29,9	12,4	10,5	51,9	9,6
	Supérieur	19,3	22,5	21,2	13,8	37,5	6,0
Moyenne		13,4	37,0	15,7	11,5	42,8	6,3

Quand on analyse pourquoi les jeunes consultent, c'est essentiellement à la recherche de l'information (42,8%) en général dont 55,4% pour les participants. Cet indicateur a bien évolué car, il était de 34,4% pendant l'étude de base. Grâce à la sensibilisation menée dans les clubs et dans les GS ainsi que le travail de réseautage pour la promotion de la SSRAJ, les jeunes s'informent davantage auprès des services SSRAJ pour prendre des décisions réfléchies. Le deuxième motif de consultation est lié à la recherche des soins. Ici, on peut insister sur la

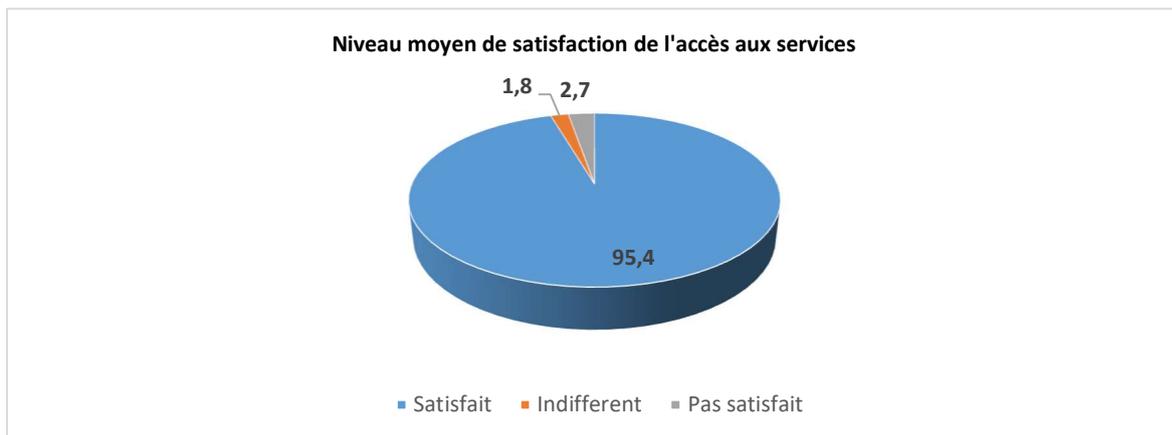
réussite du programme pour la recherche des services en sensibilisant les jeunes à la fréquentation des CDS amis des jeunes.

Les buts de la consultation sont essentiellement le dépistage du VIH (23,9%), les conseils en SSRAJ (13,3%), la recherche des méthodes contraceptives (6,9%) et la consultation prénatale (6,7%).

Il est important de souligner que la proportion de jeunes qui consultent pour la grossesse ont diminué par rapport à l'étude de base et particulièrement chez les bénéficiaires directs du programme où elle est passé de 29,6% pendant l'étude de base à 9,5%. Il en est de même pour les accouchements car la proportion a diminué en passant de 17,9% à 7,8%. Cette situation pourrait traduire une réduction de l'exposition au risque de grossesse non désirée chez les bénéficiaires directs du programme suite aux actions menées dans le cadre du programme conjoint.

Concernant la satisfaction des services, on constate dans l'ensemble que les jeunes qui ont consulté les services sont satisfaits des services reçus. Ainsi, selon le graphique ci-dessous, 95% des jeunes enquêtés disent être satisfaits des services recherchés.

Figure 19 : Niveau moyen de satisfaction de l'accès aux services



Ce niveau de satisfaction peut se retrouver dans les témoignages des jeunes qui se sont exprimé sur l'accès et la qualité des services. « Je suis allé chercher les préservatifs. Ils étaient disponibles mais parfois, ils ne sont pas disponibles ou des fois, les bureaux sont fermés. J'apprécie le cadre convivial dans lequel les services sont offerts ». (Une jeune fille déscolarisée du CDS Kanyosha); « Je suis allée chercher le service au CDS. J'avais des troubles du cycle menstruel. C'est au moment des formations qu'on nous a orienté là où nous pouvons nous diriger en cas de besoin d'un service. Le service était disponible, j'ai été bien accueillie et j'apprécie cet accueil » (jeune fille scolarisée du réseau de Nyabitsinda à Ruyigi) ; « Je suis parti au CDS Ami des jeunes accompagné par un ami. En réalité, j'avais couché avec une fille et j'avais peur que je sois infecté par le VIH. Je suis parti pour me faire tester et recevoir les médicaments nécessaires pour la prévention. J'ai été bien accueilli. Je n'ai pas peur qu'ils disent ce que j'ai dit parce que c'est un secret médical » (Jeune garçon scolarisé du CDS Kanyosha).²⁰

²⁰ Témoignages issus de la RO

Même si ces témoignages des jeunes soulignent que les services sont offerts de façon professionnelle sans jugement et dans la confidentialité, l'espace réservé aux jeunes est parfois partagé avec d'autres et il n'existe pas de pièce ou de bâtiment séparé pour servir d'espace pour jeune.

Le programme Conjoint était conçu de façon à pouvoir mobiliser les membres de la société les plus influents pour les associer dans la transformation de l'environnement où vit le jeune pour créer un cadre favorable à la promotion de la SSRAJ et des DSSR. Pour cela, des activités de sensibilisation des parents et des leaders locaux et communautaires devaient se faire pour les emmener à informer les jeunes et les aider dans l'accès aux services.

VII. LE ROLE DES FAMILLES ET DES LEADERS LOCAUX DANS L'ACCES A L'INFORMATION ET A L'USAGE DES SERVICES SSRAJ

La SSR des jeunes est fortement influencée par des facteurs au-delà du niveau individuel, notamment des facteurs sociaux, culturels et politiques. La participation des communautés et des jeunes est essentielle pour assurer un environnement favorable à des choix et des décisions saines des jeunes. En plus de l'autonomisation des jeunes, il est important de renforcer les capacités des communautés pour soutenir et maintenir la santé des jeunes. Les parents et les autres prestataires de soins de santé fournissent une structure et de l'attention aux enfants, ce qui façonne les valeurs, les attitudes et le comportement des jeunes. Un nombre croissant de programmes des jeunes font une tentative délibérée pour impliquer les parents et les prestataires de soins de santé. Certains mettent l'accent sur l'amélioration de la communication parent / prestataires de soins de santé-enfant en matière de santé sexuelle et reproductive. D'autres aident les parents et les prestataires de soins à s'impliquer davantage avec leurs enfants, notamment un meilleur suivi de leurs activités.

Les parents et les prestataires de soins sont importants pour le succès des programmes de santé reproductive des jeunes parce qu'ils **peuvent soutenir et guider les activités sociales de leurs enfants**. L'engagement des parents / prestataires de soins est associé à des comportements sexuels moins fréquents, moins de partenaires sexuels, utilisation plus cohérente des contraceptifs et des réductions d'autres problèmes ou les comportements à risque.

Les enfants de parents ou des prestataires de soins qui sont compétents, qualifiés, à l'aise et confiants dans la communication avec eux sont plus susceptibles de retarder l'initiation sexuelle, mieux communiquer avec leurs partenaires, et utiliser des préservatifs. Les parents peuvent communiquer leurs valeurs et leurs attentes à leurs enfants bien avant que leurs enfants initient ou adoptent des comportements à risque.

La plupart des adolescents jeunes (10-14 ans) ne sont pas encore sexuellement actifs et n'ont pas adopté des comportements ou normes nuisibles ; ainsi, l'intervention auprès des jeunes à ce stade offre une opportunité qui plus tard ne sera plus disponible. Avant que les jeunes, quel que soit leur âge, deviennent sexuellement actifs, ils ont besoin d'informations et d'opportunités appropriées pour développer les compétences qui soutiennent des comportements sûrs et responsables.

Les messages basés sur des données probantes sur la santé des parents, des enseignants, des pairs, des chefs religieux et d'autres personnes influentes sont importants. La participation des membres de la communauté au sens large, ainsi que les jeunes eux-mêmes en matière de santé reproductive et programmes de VIH est essentielle pour construire un environnement favorable

pour les jeunes afin d'améliorer leur bien-être et la santé. L'implication des communautés augmente également le potentiel pour atteindre les jeunes qui ne sont pas scolarisés ou qui autrement courent plus de risques (par exemple, les orphelins et les enfants vulnérables).

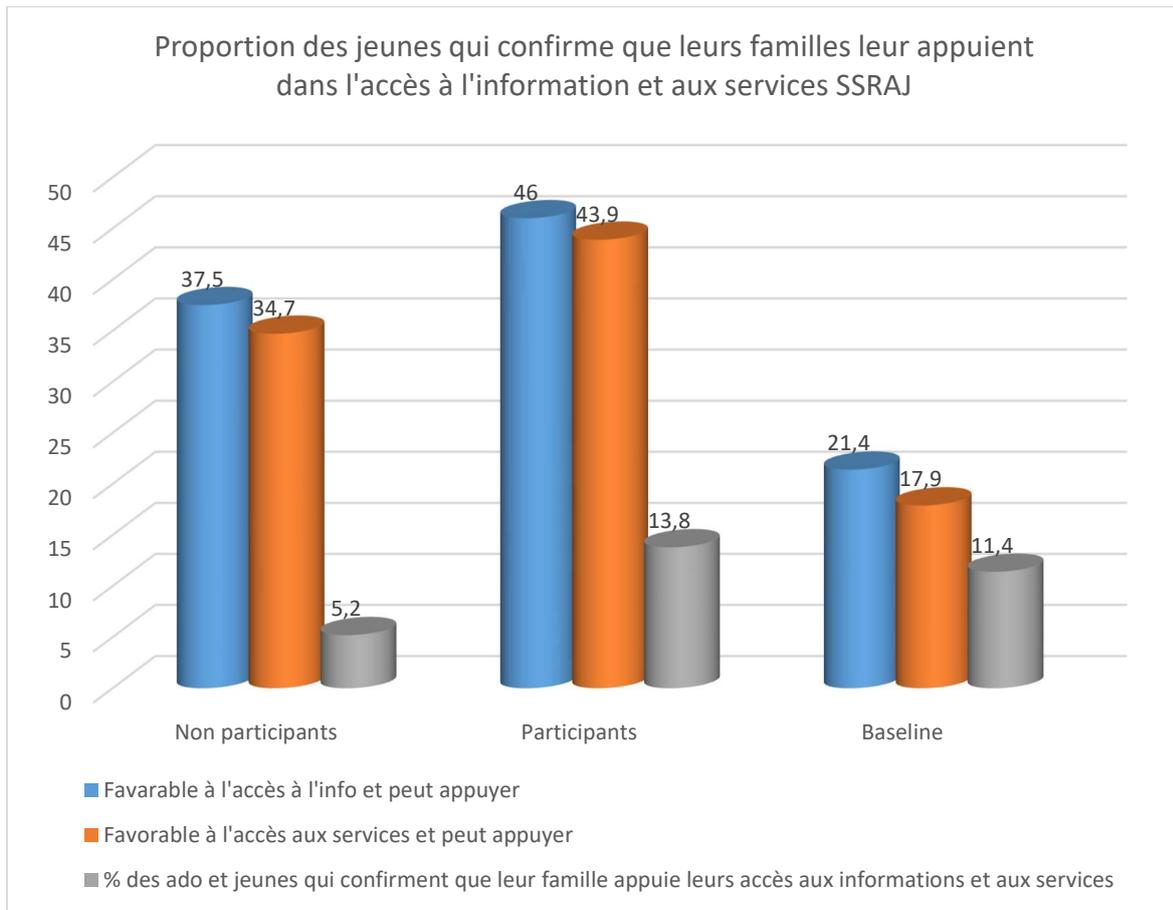
En vue de créer un environnement propice à la promotion de la SSRAJ, dans les communes et sur les collines où le programme conjoint est mis en œuvre, les responsables administratifs, les leaders religieux et communautaires ont été sensibilisés aux DSSR et mobilisés pour soutenir activement le programme et les jeunes à accéder aux informations et aux services. Cette sensibilisation comprend une réduction des messages contradictoires, une amélioration de la communication parent-enfant sur la SSR, et le traitement des normes sociales importantes, telles que les normes de genre et les normes sur l'utilisation des contraceptifs.

Ainsi, l'évaluation finale a collecté les données sur le rôle des parents, des prestataires de soins et d'autres leaders communautaires dans l'appui des jeunes pour accéder à l'information et aux services et les principaux résultats suivent.

VII.1. Accès à l'information et aux services : le rôle de la famille

Les parents et d'autres membres de la famille sont importants dans l'établissement de milieux favorables à la prise de décisions saines. L'évaluation finale montre qu'en matière d'accès à l'information, 37,9% de jeunes dont 46% chez les participants disent que les parents sont favorables à l'accès à l'information. Cette proportion a sensiblement augmenté chez les participants par rapport à sa valeur lors de l'étude de base (21,4%). En matière d'accès aux services, les jeunes qui confirment que leurs familles sont favorables à l'accès aux services représentent 43,9% chez les participants et 34,7% chez les non participants. Cette proportion a également bien progressé car sa valeur de l'étude de base (17,9%) a plus que doublé chez les participants. S'agissant de la progression de l'indicateur 7 sur les jeunes qui confirment que leur famille leur appuie dans l'accès à l'information et aux services, on peut noter une progression de l'indicateur chez les participants qui est passé de 11,4% à 13,8% entre l'étude de base et l'évaluation finale. Ce changement observable chez les jeunes participants montre que bien que des actions ont été menées pour améliorer la communication entre enfants et parents y compris dans le domaine de la SSR, le rôle des parents dans la promotion de la SSRAJ reste toujours limité. On pourrait penser que même si les attitudes des parents évoluent positivement en faveur de leur implication dans l'accès à l'information et aux services des jeunes, au niveau pratique, il y a toujours des réticences. Parfois, des parents se sont exprimés en disant que les enfants ont de bonnes informations dans le domaine plus que leurs parents, ce qui pourrait justifier que leur contribution dans l'accès aux services soit limitée.

Figure 20 : Le rôle de la famille dans l'accès à l'information et aux services.



Le tableau qui suit montre les rapports de côtes selon le groupe cible sur l'indicateur 6 relatif à l'appui des familles dans l'accès à l'information et aux services SSRAJ par les jeunes.

En prenant la situation de base comme référence des comparaisons, on voit que les jeunes participants ont 2 fois (O.R=1,958) plus de chances de déclarer avoir été appuyés par la famille que ceux du baseline tandis qu'il y a 30,8% moins de chances d'avoir un jeune non bénéficiaire direct qui déclare avoir reçu cet appui de la part de sa famille.

Inversement, si on prend pour référence le groupe de non participants, on voit que les participants ont près de 3 fois (2,829) plus de chances de déclarer recevoir un appui de la part des familles. Ce rapport était de 3,269 avant le contrôle des variables de confusion liés aux caractéristiques des jeunes.

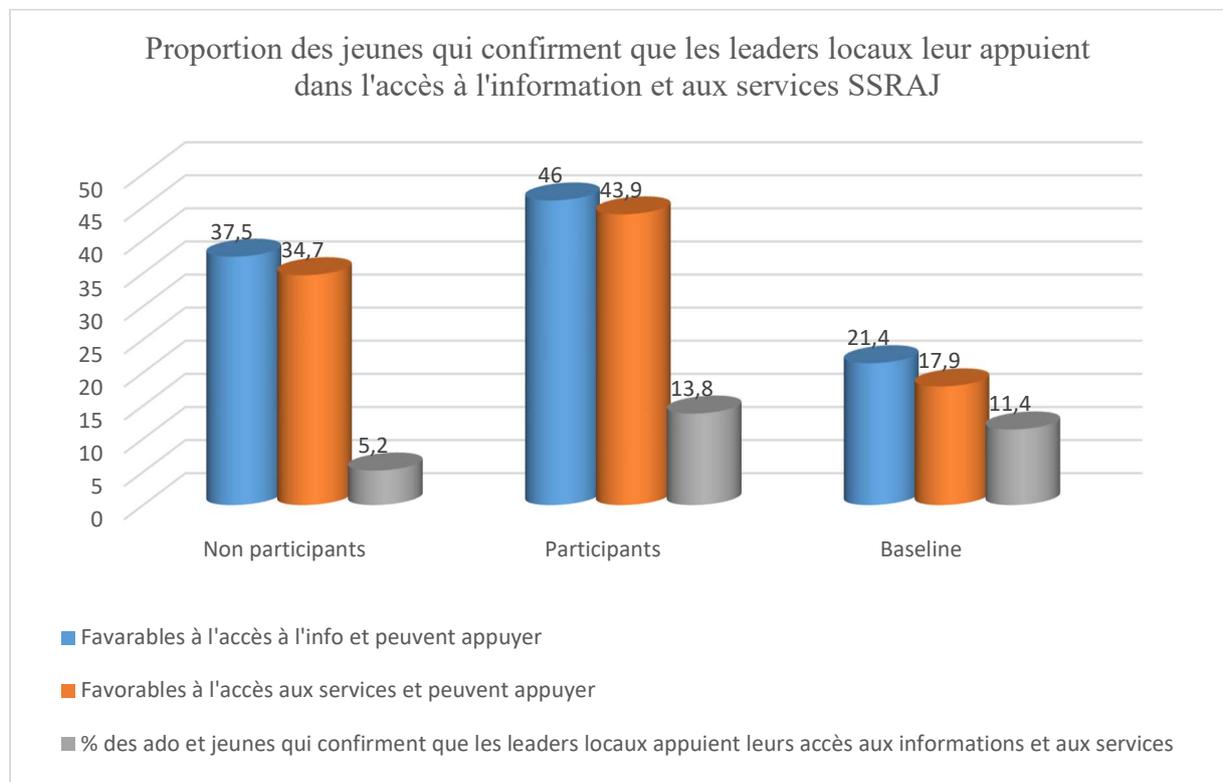
Tableau 29: Rapport de côtes des groupes d'échantillons sur l'appui des familles dans l'accès à l'information et aux services SSRAJ (Indicateur 6)

	M0	M1
Groupe d'échantillon		
Baseline	Ref	Ref
Participant	2,062*	1,958*
Non participant	0,631*	0,692*
Baseline	1,585*	1,445*
Participant	3,269*	2,829*
Non participant	Ref	Ref
Religion		
Catholique		Ref
Protestante		0,977ns
Musulmane		1,242*
Autre		0,755ns
Niveau d'instruction		
Primaire		Ref
Secondaire		0,958ns
Aucun		1,025ns
Zone d'intervention		
UNFPA		Ref
CARE		1,019ns
CORDAID		0,798*
Sexe		
Masculin		Ref
Féminin		0,893*
Région de résidence		
Centre-Est		Ref
Nord		0,645*
Ouest		0,474*
Sud		0,607*
Bujumbura Mairie		0,458*
Milieu de résidence		
Urbain		Ref
Rural		0,934ns
Age		
10-14 ans		Ref
15-19 ans		1,308*
20-27 ans		2,152*
Situation matrimoniale		
Célibataire		Ref
En union		1,646*
Veuf/divorcé/séparé		0,798ns
Khi-deux		770,684*

VII.2. Le rôle des leaders locaux en général

Concernant le rôle des leaders locaux, en matière d'accès à l'information, 50,5% dont 55,4% chez les participants disent que les leaders locaux sont favorables à l'accès à l'information. Cet indicateur a bien évolué par rapport à son niveau pendant l'étude de base (28,6). Ceux qui pensent que les leaders locaux sont favorables à l'accès aux services et peuvent appuyer représentent 46,7% dont 52,8% chez les participants. Là aussi, on constate une évolution positive de l'indicateur avec une croissance de plus de deux fois de son niveau de l'étude de base (23,2%). Les jeunes qui confirment que ces leaders leur appuient dans l'accès à l'information et dans l'accès aux services ont doublé chez les bénéficiaires en passant de 8,8% à 17% mais les non participants restent en faible proportion (5,9%). Certes, les attitudes sur l'accès à l'information et aux services ont évolué, mais au niveau pratique, il y a toujours des réticences, les services SSR étant considérés pour beaucoup comme destinés aux personnes vivant en couple.

Figure 21 : Le rôle des leaders locaux dans l'accès à l'information et aux services chez les jeunes.



Le tableau qui suit montre les rapports de côtes selon le groupe cible sur l'indicateur 7 relatif à l'appui des leaders locaux dans l'accès à l'information et aux services SSRAJ par les jeunes.

Contrairement à la situation sur le rôle de la famille, la situation s'est améliorée quel que soit le groupe cible considéré à l'évaluation finale mais plus chez les bénéficiaires directs. En prenant la situation de base comme référence des comparaisons, on voit que les jeunes participants ont 3,6 fois (O.R=3,573) plus de chances de déclarer avoir été appuyés par les

leaders locaux que ceux du baseline contre 1,45 fois chez les non bénéficiaires directs. Ce rapport était de 4,512 et 1,549 respectivement pour les bénéficiaires et les non bénéficiaires avant le contrôle des effets des caractéristiques des jeunes. On en conclut que la participation au programme a eu un effet positif sur l'appui des leaders locaux dans l'accès à l'information et aux services SSRAJ.

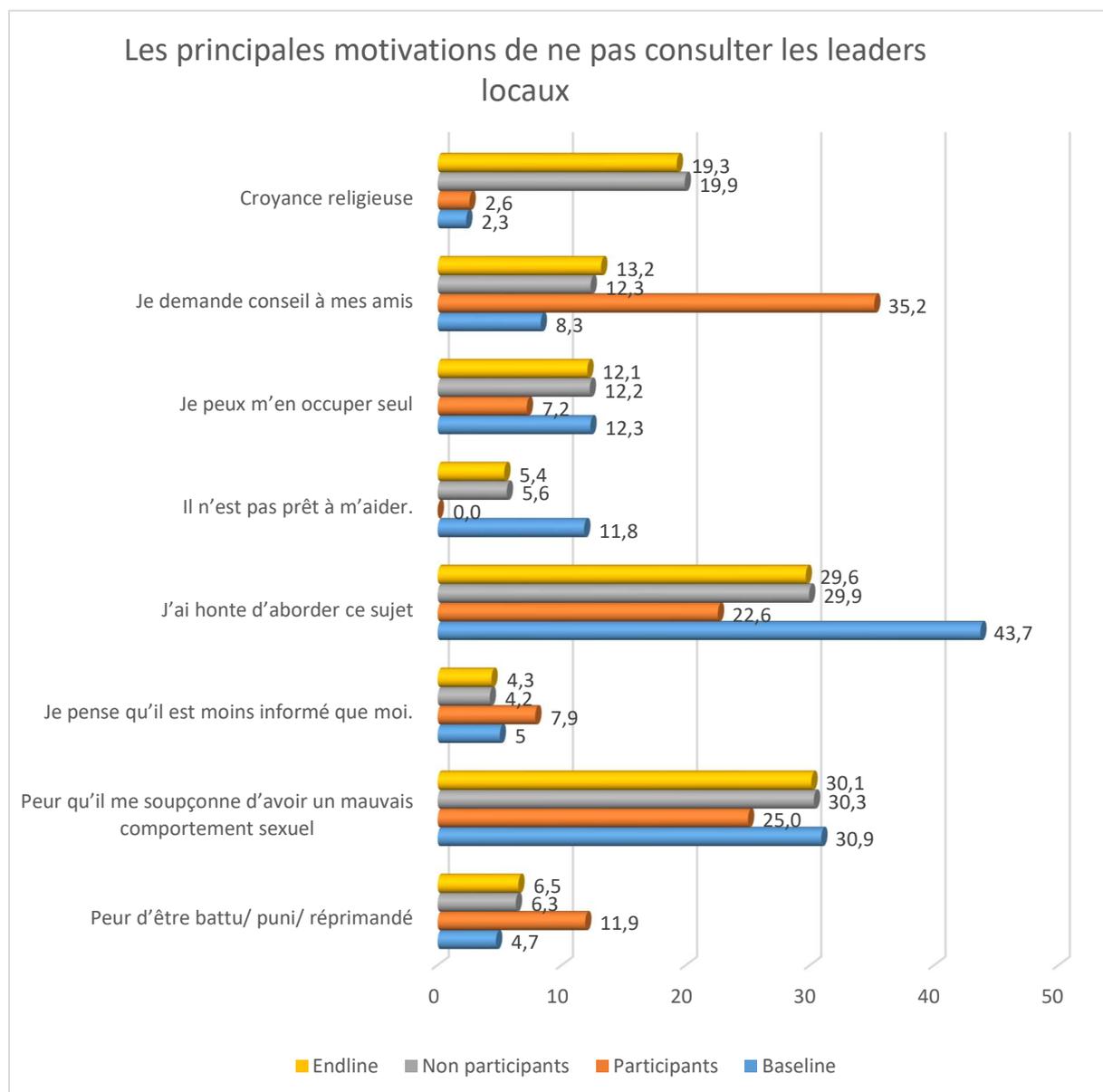
Tableau 30 : Rapport de côtes des groupes d'échantillons sur l'appui des leaders locaux dans l'accès à l'information et aux services SSRAJ (Indicateur 7)

	M0	M1
Groupe d'échantillon		
Baseline	Ref	Ref
Participant	4,512*	3,573*
Non participant	1,549*	1,453*
Religion		
Catholique		Ref
Protestante		0,909ns
Musulmane		1,353ns
Autre		1,5*
Niveau d'instruction		
Primaire		Ref
Secondaire		1,664*
Aucun		0,937ns
Zone d'intervention		
UNFPA		Ref
CARE		1,682*
CORDAID		1,117ns
Sexe		
Masculin		Ref
Féminin		1,203*
Region de résidence		
Centre-Est		Ref
Nord		0,235*
Ouest		0,623*
Sud		0,89ns
Bujumbura Mairie		1,79*
Milieu de résidence		
Urbain		Ref
Rural		0,752*
Age		
10-14 ans		Ref
15-19 ans		1,767*
20-27 ans		1,926*
Situation matrimoniale		
Célibataire		Ref
En union		1,392*
Veuf/divorcé/séparé		0,43ns
Khi-deux	124,876*	577,136*

Pour ceux qui ne consultent pas les leaders locaux, les principales raisons de ne pas consulter les leaders locaux pour leur appui dans l'accès à l'information et au service sont la peur de soupçons d'avoir un mauvais comportement (30,2% dont 25% chez les participants, 30,2%

chez les non participants), la honte d'aborder le sujet (29,6% dont 22,6% chez les participants contre 29,9 chez les non participants), parce que les jeunes ont la possibilité de demander conseil à leurs amis (13,2% dont 35,2% chez les participants contre 12,3% chez les non participants) et les croyances religieuses (19,3% dont 19,9% chez les non-participants contre 2,6% chez les participants). Le constant est que par rapport à l'étude de base, ces barrières sont allées en diminuant. Aussi une proportion relativement importante des participants peut faire recours aux amis plutôt qu'aux leaders locaux.

Figure 22 : Les principales motivations de ne pas consulter les leaders locaux en matière de SSRAJ



En conclusion, on constate en général une progression du rôle de la famille et des leaders communautaires dans l'accès à l'information et aux services chez les adolescents et jeunes par rapport à la situation de base. Cependant, quelques défis liés à l'implication des membres de la famille et de la communauté ont été identifiés et auraient limité l'impacts de ces membres de la communauté et des familles dans l'accès à l'information et aux services SSRAJ. En effet, bien que de nombreux dirigeants ainsi que des parents aient été formés, leur suivi et leur

supervision sont faibles dans la plupart des domaines et cela peut d'une certaine manière limiter leur influence. Une étude réalisée dans le cadre du suivi du programme conjoint en 2019²¹ a montré que les leaders locaux sont très enthousiastes à propos du programme et convaincues de sa pertinence mais n'a pas été à mesure de montrer l'impact que ces leaders ainsi que les parents modèles ont sur le programme, sur leur communauté et, finalement, sur les jeunes. Cette étude a montré que l'engagement des chefs religieux sur le programme est souvent ambigu même s'ils reconnaissent eux aussi l'importance du programme. Ces derniers sont parfois en désaccord avec certains messages, en particulier lorsqu'ils sont liés à l'utilisation de méthodes contraceptives. Cette étude a souligné également le rôle limité de l'implication des pères dans la promotion de la SSRAJ chez les jeunes. Selon cette étude, dans certaines régions, très peu de pères se trouvent parmi les parents modèles, et la communication sur la sexualité avec les enfants est encore généralement considérée comme une tâche des mères.

L'objectif final du programme étant d'outiller les jeunes à prendre des décisions responsables dans le domaine de la SSRAJ, il a été prévu dans l'évaluation du programme d'intégrer un 8 indicateur relatif aux jeunes qui ont opéré des choix éclairés suite aux compétences acquises avec le programme.

VIII. ACQUISITION DES COMPETENCES EN SSRAJ ET CAPACITE A PRENDRE DES CHOIX ECLAIRES (INDICATEUR 8)

Une jeune personne jouit d'une bonne santé sexuelle lorsqu'elle se sent bien en ce qui concerne sa vie sexuelle. Cela signifie qu'elle se sent bien dans son corps, sa tête et son esprit et est en harmonie avec sa société, eu égard à la manière dont elle mène cette partie de sa vie. Pour les jeunes, une bonne santé sexuelle devrait comprendre, la confiance et la capacité à :

- Prendre des décisions concernant leurs propres corps et la manière dont ils mèneront leur vie sexuelle sans que quelqu'un les force ou exerce des pressions sur eux ;
- Dire "non" aux rapports sexuels jusqu'à ce qu'ils aient une relation amoureuse et soient heureux de dire "oui" ;
- S'ils ont des rapports sexuels, se prémunir contre les grossesses non désirées et les maladies qui sont transmises pendant l'acte sexuel ;
- Éprouver du plaisir suite aux rapports sexuels sans porter préjudice aux autres ;
- Jouir de leur sexualité à l'abri de la honte, de la culpabilité et de la peur ;
- Se rendre dans un centre de santé lorsqu'ils ont un problème.

Les données collectées pendant l'enquête pour l'évaluation finale permettent de mesurer l'impact du programme quant à leur capacité à prendre des décisions éclairées en SSRA suites aux compétences acquises. Cet indicateur sur les compétences acquises en SSRAJ est un indicateur synthétique calculé à l'aide des compétences suivantes :

- Décision dans l'utilisation des services
- Décision personnelle ou conjointe de s'engager dans un rapport sexuel.
- Capacité de refuser des rapports sexuels si on n'en a pas envie

²¹Il s'agit de la recherche opérationnelle effectuée dans le cadre du suivi du projet Menyumenyeshe

- Décision de soi-même de l'utilisation du condom
- Engagement de soi-même dans une relation amoureuse
- Engagement de soi-même dans le choix d'un partenaire
- Capacité de refuser d'entrer dans une relation amoureuse si on n'en pas envie
- Décision de soi-même de refuser des rapports sexuels avec un copain

Il résume globalement l'impact du programme sur le comportement des jeunes et particulièrement leur capacité à prendre des décisions éclairées en matière de SSR suite aux compétences acquises.

Dans l'ensemble des participants, 68,5% des jeunes ont opéré des choix éclairés avec une proportion légèrement élevée de jeunes femmes (68,6% contre 66,1,3% des hommes). Selon les zones d'intervention, la zone de UNFPA détient la proportion élevée de jeunes qui prennent des décisions éclairées suivie par la zone de CORDAID et enfin la zone de CARE.

Si on compare les garçons aux filles, on trouve que les écarts entre participants et non participants sont plus prononcés chez les garçons (avec 66,1% qui ont opéré des choix réfléchis par suite des compétences acquises contre 59,9% chez les non participants) par rapport aux filles (68,6% chez les participantes et 68,2% chez les non participantes). Comme les conséquences visibles des comportements à risque ont plus de conséquences chez les filles que chez les garçons particulièrement en cas de grossesse non désirée, les filles sont plus prudentes que les garçons dans leurs choix en matière de SSRAJ. Il se pourrait cependant que les sensibilisations menées dans le cadre du programme auprès des jeunes garçons aient produit une prise de conscience en matière de décisions à prendre, ce qui expliquerait les différences entre les relatives faibles proportions des jeunes non participants qui ont pris des décisions éclairées. A titre d'illustration, dans les entretiens menés avec les jeunes sur le programme, les participants (filles comme garçons) livrent des témoignages sur les changements de comportements et d'attitudes induits par le programme.

« Avant le programme Menyumenyeshu, je sentais que si un garçon me demande de coucher avec lui, je pourrais le faire sans problème, mais avec ce programme, quand j'ai fait le dépistage du VIH et que j'ai trouvé que j'étais bien portante, je me suis dit que même avec un garçon que j'aime bien, je n'accepterai jamais de relations sexuelles non protégées. Je remercie Dieu pour ce programme. Après, j'ai eu une relation sexuelle, mais elle était protégée, je n'accepte plus de rapports sexuels non protégés » (entretien avec jeune fille de 22 ans de la province Kirundo).

« Avant le programme, même si je n'avais pas de mauvaises relations avec les filles, je me disais que s'il arrive que je sois seul avec une fille en chemin, dans un endroit où nous sommes seuls et que je lui demande qu'on ait un rapport sexuel et qu'elle refuse, que je la forcerais à le faire en la violant. Mais c'était avant les enseignements du programme. Mais avec ces enseignements, on nous donne beaucoup de conseils à ce sujet. On nous dit même que si tu le fais, tu finis par la prison, ce qui nous pousse à changer complètement » (Jeune garçon de 25 ans de Ruyigi)

Figure 23 : Proportion en % des jeunes qui ont opéré des choix éclairés suites aux compétences acquises

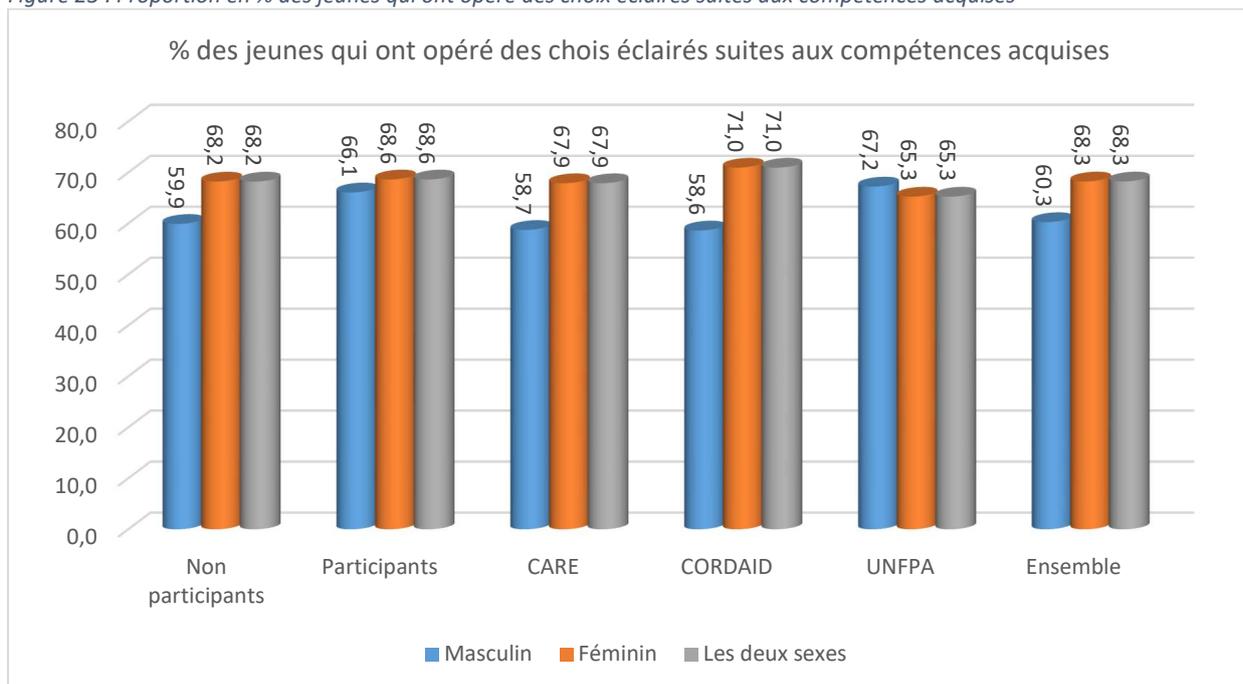


Tableau 31 : Proportion des jeunes en % qui ont opéré des choix éclairés en SSRJ suites aux compétences acquises.

Caractéristiques du jeunes (participants/non participants, milieu de résidence et région)		Décision de soi- même de l'utilisation des services	Engagement de soi-même ou conjoint aux derniers rapports sexuels	Capacité de refus des rapports sexuels si on n'en a pas envie	Décision de soi- même de l'utilisation du condom	Engagement de soi-même ou conjoint dans une relation amoureuse	Engagement de soi-même ou conjoint dans le choix du partenaire	Capacité de refus d'entrer dans une relation amoureuse si on n'en a pas envie	Décision de soi- même d'avoir refusé de faire des rapports sexuels avec un copain	Proportion de jeunes qui ont été à mesure de faire des choix libres et éclairés en SSRAJ
Ensemble (Filles et garçons)										
Membre de réseau	Non participant	77,1	79,4	66,8	100,0	100,0	100,0	92,8	79,5	65,0
	Participant	72,6	72,8	63,6	100,0	100,0	100,0	88,5	83,8	67,6
Zone d'intervention	CARE	73,7	78,9	62,8	100,0	100,0	100,0	93,6	80,9	64,8
	CORDAID	76,2	77,8	67,7	100,0	100,0	100,0	91,2	78,6	65,3
	UNFPA	98,5	81,2	75,9	100,0	100,0	100,0	91,5	78,2	66,1
	Ensemble	76,8	79,1	66,6	100,0	100,0	100,0	92,6	79,8	65,2
Filles										
	Non participant	85,6	76,1	62,2	100,0	100,0	100,0	91,5	84,9	68,2
	Participant	70,0	63,3	62,1	100,0	100,0	100,0	90,8	89,0	68,6
Garçons										
	Non participant	37,0	85,4	74,9	100,0	100,0	100,0	94,9	70,6	59,9
	Participant	84,6	92,9	67,0	100,0	100,0	100,0	85,3	76,6	66,1

IX. APPRECIATION DES JEUNES SUR LA CONTRIBUTION DU PROGRAMME DANS LE CHANGEMENT DE LEUR VIE

XI. 1. Impact sur les jeunes non participants

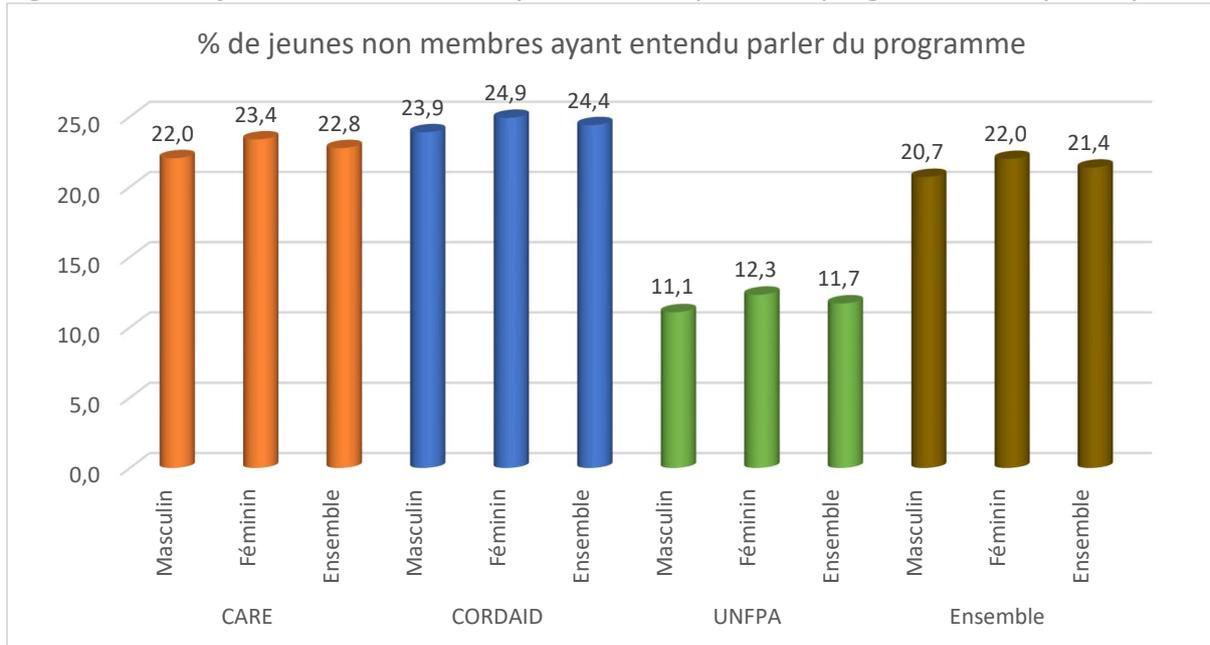
Au-delà des bénéficiaires directs, le programme Menyumenyeshe avait pour objectif de transformer l'environnement du jeune en ciblant tous les groupes d'influence dans la communauté (membres de l'administration local, parents modèles, responsables religieux, les responsables des centre-jeunes, les membres des CDFC etc...) de façon qu'ils contribuent à la promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes. Parmi les jeunes scolarisés et non scolarisés, des pairs éducateurs étaient formés pour former les autres jeunes qui à leur tour allaient partager les informations reçues avec les jeunes qu'ils côtoient dans leur communauté. Des réseaux socio-communautaires pour la promotion de la SSRAJ ont été créés et des organisations locales expérimentées pour travailler dans la communauté ont été contractualisées par le consortium pour asseoir un environnement favorable à la promotion de la SSRAJ.

En plus des questions pour le calcul des indicateurs de suivi parmi les bénéficiaires directes et les jeunes non directement participants, une question pour mesurer la portée du programme a été posée aux jeunes non participants pour savoir s'ils en ont déjà entendu parler. A l'aide des réponses obtenues à cette question, seuls, 21,4% des jeunes non directement participants au programme en ont entendu parler. Il n'y a pas d'écart entre garçon et fille et selon les zones d'intervention, c'est dans la zone de l'UNFPA que le programme a été moins vulgarisé auprès des non participants (11,7%). Par contre, les jeunes vivant dans la zone d'intervention de Cordaid qui ont entendu parler de Menyumenyeshe sont en proportion relativement élevée par rapport à d'autres zones.

Le programme n'est pas moins connu par les jeunes seulement. Il y a même parmi les responsables censés le mettre en œuvre ~~eux~~ qui ne le connaissaient pas. En effet, des entretiens menés avec les responsables administratifs et sanitaires en 2018 et en 2019 dans le cadre de la recherche opérationnelle dans 5 provinces du pays avaient montré qu'ils avaient moins de connaissances sur ce programme, particulièrement sur les réseaux socio-économiques communautaires pour la promotion de la SSRAJ. A titre d'exemple, au sein de l'appareil administratif provincial, les conseillers socio-culturels provinciaux (Muramvya et Bujumbura Mairie) n'avaient pas de connaissance sur la composition des comités des réseaux et sur leurs mises en place. Pour celui de Bujumbura Mairie par exemple, ses connaissances sur les activités des réseaux se limitaient à celles exercées par le centre jeune Kamenge. Il n'avait aucune information sur leur mise en place. S'agissant des responsables sanitaires, le médecin chef de district de Bujumbura Sud et celui de Bukeye ne savaient pas comment les réseaux ont été mis en place. Le médecin chef de district de Bujumbura Sud parlait du programme conjoint comme un programme sans partenaire. L'entretien avec le chef de district Kirundo illustre cette portée limitée sur la connaissance du programme quand il parle des réseaux : *« Les réseaux travaillent dans la mobilisation pour la SSRAJ. Nous ne savons pas s'il y a un cadre approprié pour réfléchir sur les activités à mener au sein des réseaux ou si les réseaux remplissent leur cahier de charge.... Oui, il y a une coordination mais nous ne savons pas comment se réalise la coordination car ils ne nous donnent pas de rapports. Nous ne savons pas exactement la*

place réservée aux jeunes et à leur proportion car nous ne recevons pas les rapports des réseaux.... Nous ne sommes pas beaucoup impliqués dans ce projet, nous ne pouvons pas savoir les approches méthodologiques recommandées. Il faut nous donner des informations sur la méthodologie de mise en place des réseaux quitte à ce que, à la fin des contrats des ONGs exécutives, les réseaux continuent à fonctionner. Normalement, nous ne sommes pas bien intégrés dans leurs activités pour savoir les défis qu'ils rencontrent. Il faut au moins nous donner des rapports ». (Médecin BDS Kirundo)

Figure 24 : % de jeunes non-membres ayant entendu parler du programme Menyumenyeshe



XI. Impact sur les jeunes participant direct au programme

Lors de l'enquête quantitative pour l'évaluation finale du programme, il a été demandé aux jeunes et adolescents participant dans les activités des réseaux organisées par le programme d'apprécier l'impact du programme sur leur vie et de donner leur niveau de satisfaction sur les activités du programme. Les questions posées pour évaluer cette appréciation étaient d'abord de leur demander s'ils sont satisfaits du programme et d'apprécier l'impact du programme sur leur vie à l'aide de trois niveaux : beaucoup, un peu et pas du tout. Dans l'ensemble, presque tous les jeunes (97,4%) sont satisfaits des activités organisées par Menyumenyeshe. Dans toutes les zones d'intervention, le niveau de satisfaction est élevé variant de 93,2% dans la zone de UNFPA à 99,4% dans la zone de Care. Les jeunes et adolescents enquêtés à 86,7% trouvent que le programme a impacté positivement leur vie.

Tableau 32 : Niveau satisfaction et d'appréciation de l'impact du programme par les jeunes membres.

		% de jeunes membres du programme qui sont satisfaits	Appréciation du niveau d'impact du programme sur la vie des jeunes membres		
			Beaucoup	Un peu	Pas du tout
CARE	Masculin	99,8	86,4	13,4	0,2
	Féminin	99,1	89,6	7,9	2,6
	Ensemble	99,4	88,1	10,4	1,5
CORDAID	Masculin	98,0	84,7	14,3	1,0
	Féminin	95,6	84,4	12,6	3,0
	Ensemble	96,8	84,5	13,5	2,0
UNFPA	Masculin	92,7	85,5	13,1	1,4
	Féminin	93,8	89,0	10,8	0,2
	Ensemble	93,2	87,1	12,0	0,8
Ensemble	Masculin	97,7	85,7	13,6	0,7
	Féminin	97,1	87,8	9,9	2,3
	Ensemble	97,4	86,7	11,7	1,5

En demandant aux jeunes de citer les principales organisations qu'ils ont déjà rencontrées au cours des dernières années et qui s'intéressent au programme Menyumenyeshe, les plus citées sont les organisations du Consortium avec Cordaid (42,7%), Care (40,8%) et dans une moindre mesure UNFPA (8,5%). D'autres organisations partenaires les plus citées sont l'ABUBEF (17,2%), FVS AMADE (12%) et SWAA (8,6%). Les autres organisations sont très peu citées comme l'illustre le tableau ci-après.

Remarquons également que chaque organisation membre du consortium est la plus citée dans sa zone d'intervention excepté dans la zone de UNFPA où CORDAID (41,3%) est la plus citée devant FVS-AMADE (26,6%) et ABUBEF (25,4%).

Tableau 33 : Organisations rencontrées par les membres enquêtés au cours des deux dernières années

		Organisations rencontrées par les membres au cours des deux dernières années												
		CARE	CORDAID	FNUAP	APFB	FVS-AMADE	ABUBEF	GLID	IPROSARUDE	IADH	ADIS	SWAA	Centre Jeunes Kamenge	Autre
CARE	Masculin	61,4	4,9	12,6	5,6	10,6	21,4	6,8	2,6	0,0	0,0	8,5	13,7	9,7
	Féminin	69,9	12,8	16,5	11,6	19,9	25,2	6,7	5,6	0,0	1,6	10,0	4,5	8,2
	Ensemble	65,3	8,6	14,4	8,4	14,9	23,2	6,7	4,0	0,0	0,7	9,2	9,4	9,0
CORDAID	Masculin	25,5	93,8	0,0	0,0	1,7	0,0	0,6	0,0	1,4	3,6	7,8	0,1	1,5
	Féminin	3,0	85,9	0,0	0,0	0,9	11,7	0,3	0,0	1,9	0,7	1,1	0,0	5,6
	Ensemble	15,3	90,2	0,0	0,0	1,4	5,4	0,5	0,0	1,7	2,3	4,7	0,1	3,3
UNFPA	Masculin	22,7	43,5	10,8	0,0	31,9	21,7	0,0	2,9	0,0	0,0	9,7	7,5	3,2
	Féminin	23,0	38,9	7,6	0,0	21,1	29,3	1,6	1,6	0,0	0,0	20,9	1,6	13,4
	Ensemble	22,9	41,3	9,2	0,0	26,6	25,4	0,8	2,3	0,0	0,0	15,2	4,6	8,2
Ensemble	Masculin	42,5	42,8	7,8	2,7	10,7	13,8	3,5	1,7	0,5	1,3	8,4	7,9	5,8
	Féminin	38,8	42,5	9,3	5,6	13,6	21,2	3,6	3,0	0,7	1,0	8,8	2,4	8,2
	Ensemble	40,8	42,7	8,5	4,1	12,0	17,2	3,5	2,3	0,6	1,2	8,6	5,3	6,9

X. ANALASE SWOT DU PROGRAMME

Les résultats de l'évaluation finale montrent que le programme a enregistré des performances sur tous les indicateurs de résultats parmi les bénéficiaires directs. Les résultats tirés de la recherche documentaire sur des études menées dans le cadre de suivi du projet permettent d'aborder certains aspects relatifs aux forces du programme ainsi qu'à certains défis.

X.1. Forces

Le programme est jugé important par les jeunes bénéficiaires, les parents ainsi que les autres parties prenantes. Il intéresse également d'autres parties prenantes comme les responsables de l'éducation, de la santé ainsi que certains leaders communautaires et religieux. Il a permis aux parents des jeunes de participer dans les activités de promotion de la SSRAJ même si des résistances persistent chez certains parents qui pensent qu'enseigner les jeunes sur la SSR est une forme de les inciter à mettre en pratique ce qu'ils ont appris dans les formations. Certains parents ont donné des témoignages qu'avec le programme, les jeunes ont amélioré des connaissances sur leur santé sexuelle au-delà de ce que les parents pouvaient leur donner. Les parents ont été amenés à échanger avec leurs enfants sur ces sujets, ce qui était considéré comme tabou avant.

« Les enseignements du programme m'ont aidé à oser discuter avec mes enfants et les enfants de l'entourage. Ils avaient un objectif d'aider les parents modèles à avoir les capacités d'encadrer les jeunes dans leur façon de se comporter. Je suis satisfait des réalisations car les jeunes ont reçu des connaissances utiles au sujet des ISTs et de la prévention des grossesses non désirées. Aussi, les parents ont changé en adoptant des attitudes favorables à la promotion de la SSRAJ. Les principaux changements sont le dialogue entre parents et enfants » (Parent modèle de Ruziba). *« Actuellement, même les jeunes qui n'ont pas été à l'école sont dans les GS et en plus des activités d'autofinancement, ils ont un cadre approprié pour apprendre au sujet de la SSRAJ. Ce que nous reconnaissons au programme Menyumenyeshe, c'est d'avoir contribué dans le changement de comportement des jeunes scolarisés et non scolarisés et d'avoir contribué pour que les parents puissent aussi être informés sur la SSRAJ »* (parent modèle de Nyabitsinda, données de la Recherche Opérationnelle).

En plus des parents, le programme a pu mobiliser d'autres acteurs influents dans le changement de comportement de jeunes, notamment les leaders religieux. D'après ces leaders, la mobilisation effectuée dans le cadre du programme Menyumenyeshe se rapporte sur la prévention des ISTs et les grossesses non désirées, les comportements dignes d'un chrétien à travers le programme de chaque organisation et certains incitent les jeunes à utiliser les CDS amis des jeunes en cas de besoin. Ils donnent aussi aux jeunes l'occasion de poser les questions et d'exprimer librement leurs idées (Responsable religieux de Kanyosha). Un autre responsable religieux rencontré à Rusengo témoigne de leur implication dans la sensibilisation des jeunes pour fréquenter les CDS amis des jeunes. *« Nous à l'église, pour aider les jeunes au sujet de la SSRAJ, nous leur disons d'aller faire le dépistage du VIH/Sida et d'éviter les grossesses non désirées en évitant les rapports sexuels car dans nos enseignements, nous leurs demandons d'éviter l'adultère car c'est un péché. Nous leurs disons également de fréquenter les CDS amis des jeunes. Nous encourageons également les parents à permettre leurs enfants de fréquenter les CDS amis des jeunes car, là, ils apprennent beaucoup de choses et les jeunes y rencontrent d'autres jeunes du même âge. Nous expliquons aux parents les avantages de fréquenter ces CDS amis des jeunes même s'il y a ceux qui pensent que leurs enfants iraient y apprendre de mauvais comportements En terme d'impact, les grossesses non désirées ont diminué, les parents laissent leurs enfants fréquenter les CDS amis des jeunes et les églises*

laissent les jeunes aller suivre les enseignements avec les autres » (Responsable religieux de Rusengo, données de la Recherche Opérationnelle).

Les jeunes sont également contents de la mise en œuvre du programme car leur permettant d'avoir des informations et des compétences en matière de SSRAJ. « *Nous sommes satisfaits de comment le réseau a été mis en place car, aujourd'hui, nous sommes informés sur notre santé et nous avons les connaissances au sujet des maladies sexuellement transmissibles et de comment les éviter* » (Jeune de Bihanga à Bururi, données de la Recherche Opérationnelle)

L'approche du réseautage dans ses interventions avec renforcement des capacités des différents acteurs en s'appuyant sur des structures pérennes composées d'établissements scolaires, des CDS ainsi que des structures communautaires comme les centres jeunes constitue une autre force. Aussi, les activités proposées dans le programme rentrent dans les missions et responsabilités de ces structures, ce qui facilite leur mise en œuvre.

Un autre atout du programme est d'avoir pu identifier les principaux groupes capables d'influencer et de contribuer au changement de l'environnement du jeune en vue de promouvoir la SSRAJ. Ces groupes d'influence, composés de membres de la communauté (leaders religieux, leaders communautaires, parents modèles), les membres des secteurs de l'éducation, de la jeunesse et de la santé ont été formés et sont capables de fournir des informations et des services aux jeunes, malgré les difficultés rencontrées au début du programme.

L'étendu du programme avec une couverture nationale et l'existence sur terrain des partenaires de mis en œuvre bien expérimentés dans les domaines d'intervention (les staffs santé, éducation et communauté) constituent d'autres atouts pouvant faciliter la réussite du programme.

Toujours dans la rubrique des forces, il faut souligner la compréhension de son importance par les membres de l'administration et l'association du programme SSRAJ avec des activités génératrices de revenu dans les GS pour les jeunes non scolarisés afin de s'assurer de leur forte mobilisation. Le programme s'aligne sur la politique nationale en matière de SSRAJ et les outils utilisés sont validés par les partenaires gouvernementaux.

Enfin, dans les différentes structures de mise en œuvre comme les CDS amis des jeunes, des équipements pour la sensibilisation, notamment des postes téléviseurs pour la visualisation des documentaires lors des sensibilisations ainsi que l'existence des locaux appropriés pour cette sensibilisation ont été mis en place.

X.2. Les faiblesses.

La principale faiblesse de ce programme est la faible implication des partenaires gouvernementaux clés (BDS, BPS, DCE) pour la promotion et le soutien des activités. En réalité, les membres des services publics clés ne se sont pas appropriés du programme et toutes les initiatives viennent des organisations de mise en œuvre. Dans quelques localités, l'administration n'est pas favorable à certaines activités, ce qui nécessite des sensibilisations pour leur permettre de comprendre l'intérêt du programme de manière à faire l'élaboration d'un plan de mise en œuvre conjointe et concertée. Globalement, un travail sur l'amélioration de la coordination des activités

et du fonctionnement des structures de coordination apporteraient davantage de bénéfices sur le travail effectué par différents partenaires impliqués dans le programme.

X.3. Les risques

La principale menace reste que le programme risque de ne pas être durable avec le retrait des bailleurs suite au problème de coordination qui lui-même soulève un autre défi, à savoir l'appropriation. On remarque que les écoles, les CDS et les autres acteurs dans la communauté contribuent réellement pour la promotion de la SSRAJ. Cependant, des efforts restent à consentir pour asseoir une coordination solide entre partenaires et intervenants en SSRAJ au niveau communautaire et national. En effet, les activités menées par les différents partenaires locaux ont été fait dans réseaux et ont contribué à promouvoir la SSRAJ en initiant des activités pour la stimulation de la demande et de l'offre des services de SSR des jeunes dans l'aire d'attraction du CDS. Il y a eu des actions d'initier des stratégies pour améliorer la fréquentation des jeunes aux centres de santé « amis des jeunes » et pour faciliter l'accès aux services. Mais, on constate l'absence des stratégies de pérennisation des réseaux et d'optimisation de leur fonctionnement²².

L'absence de financement pour motiver les différents partenaires et pour financer certaines activités qui étaient effectuées dans les réseaux (manque de moyen de communication, de déplacement) associée au manque de suivi par les structures de coordination constitue une autre menace pour la durabilité du programme.

X.4. Les opportunités

Le programme Menyumenyeshe a pu pénétrer dans la communauté où vivent les jeunes grâce aux activités réalisées dans les réseaux. Les acteurs plus réticents comme les parents et les leaders religieux sont d'accord avec la pertinence du programme même s'ils ne sont pas totalement unanimes sur certains aspects du programme comme l'accès aux méthodes contraceptives ou l'usage des préservatifs chez les jeunes non mariés.

Aussi, les jeunes engagés dans le programme ont été renforcés en capacités et apprécient le programme, ce qui leur permet de continuer à étendre les messages sur la SSRAJ auprès d'autres jeunes non directement touchés. De plus, le renforcement des capacités effectués auprès du personnel de santé et des encadreurs des clubs scolaires de santé, la formation des groupes de solidarité composés par des jeunes, la facilitation de l'accès aux services des jeunes dans les CDS amis des jeunes et la mise en place des réseaux sociocommunautaires pour la promotion de la SSRAJ sont des opportunités à capitaliser pour améliorer le programme ou pour une programmation future.

²² Recherche opérationnelle MENYUMENYESHE de 2018

CONCLUSION GENERAL

A l'issue de cette étude sur l'évaluation finale du programme conjoint, on peut noter avec satisfaction que le programme a contribué à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes burundais. En effet, sur 8 indicateurs pris comme indicateurs de résultats, la valeur des indicateurs a évalué positivement chez les jeunes qui ont suivi directement le programme.

Il faut cependant noter que ces performances enregistrées auprès des jeunes bénéficiaires directs du programme ne se sont pas accompagnés des changements significatifs auprès d'autres jeunes non bénéficiaires directs que le programme était censé toucher indirectement en passant par les jeunes bénéficiaires.

La réussite du programme peut se justifier par l'approche de mise en œuvre choisie qui est une approche holistique et globale permettant d'associer les différents acteurs capables d'agir sur le jeune et sur son environnement afin de l'aider à adopter un comportement favorable à la promotion de la SSRAJ. C'est ainsi que le programme a réussi à réunir tous les partenaires clés au niveau national sur la SSRAJ autour d'un objectif commun, dans un esprit de synergie, d'harmonisation des points de vue sur la SSRAJ. Grâce à ce travail, des modules de formation ont été adoptés et validés même si cela a pris du retard, ce qui a freiné la mise en œuvre du programme.

Dans la stratégie de renforcement des capacités des partenaires et des bénéficiaires, un dispositif plus ou moins durable de la paire éducation et de sensibilisation est fonctionnel dans les écoles et dans la communauté. Des changements perceptibles en termes d'informations et de compétences en SSR sont observés chez les adolescents et les jeunes tandis que la demande de services SSRAJ a évolué positivement. La documentation existante montre que le programme reste pertinent pour les bénéficiaires, les différents acteurs communautaires et gouvernementaux. En plus de cette pertinence, il est accepté dans la communauté et même les milieux les plus résistants comme les églises et les parents sont favorables à ce programme bien que des points de divergence subsistent.

Le renforcement des capacités déjà effectuée avec les différentes structures de mises en œuvre (écoles, CDS), ainsi que l'encadrement apporté par les différents partenaires de mise en œuvre ont contribué à son succès.

Bien que de nombreux atouts existent, l'amélioration des résultats et son extension à tous les jeunes reste tributaire d'une appropriation du programme qui sera faite pour dynamiser les structures déjà mis en place pour promouvoir la SSRAJ. Il s'agit notamment de la promotion des réseaux socio-communautaires pour la promotion de la SSRAJ, du suivi des activités réalisées dans les réseaux et de l'amélioration de la coordination des activités des réseaux à tous les niveaux. Certes, le programme touche à sa fin, mais, certaines structures de mise en œuvre comme les GTT provinciaux ont pris du temps à se mettre en place de façon que les derniers GTT ont été mis en place vers la fin du projet et l'amélioration de leur fonctionnement aurait pu améliorer davantage les performances du programme. Il faut que les partenaires gouvernementaux s'approprient du programme pour assurer la durabilité des interventions déjà effectuées. Cela serait facile si les activités du programme conjoint étaient intégrées dans les indicateurs de performance des CDS pour mieux faire l'objet d'évaluation par les structures de coordination dans le cadre du PBF

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire quantitatif

1. QUESTIONNAIRE MENAGE

Enquête Finale du Programme conjoint pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes de 10-24 ans, Burundi 2020

QUESTIONNAIRE POUR CHEF DE MÉNAGE

Formulaire de consentement pour la participation à l'enquête

Bonjour ! Je m'appelle.....

Je viens dans le cadre de l'évaluation finale du programme conjoint visant l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents au Burundi. Ce programme est mis en œuvre depuis 2016 par le consortium FNUAP, CARE et CORDAID, RUTGERS sous la coordination du Ministère de la Santé Publique et Lutte contre le SIDA, en collaboration avec le Ministère de l'Education et le Ministère de la Jeunesse, Sports et Culture.

Nous aurons aussi besoin de parler avec les jeunes de 10 à 24 ans dans votre ménage et nous aimerions donc avoir votre permission.

Si vous avez des questions concernant cette enquête, vous pouvez les poser maintenant.

J'aimerais pour ça solliciter votre consentement avant de continuer. Vous êtes libre de répondre ou de ne pas répondre à n'importe quelle question où d'arrêter l'entretien.

L'entretien va durer entre 20 et 30 minutes avec vous. Est-ce qu'on peut commencer l'entretien ?

NB : Si l'enquêté donne sa permission pour commencer, continuez avec l'entretien. Mais s'il refuse, remerciez-le et poursuivez avec l'enquêté suivant.

Nom de l'enquêteur.....**Signature**

Nom du superviseur.....**Signature**

LOCALISATION DU MENAGE

Q0. Identifiant:

Questionnaire N° : /__/_/ __/_/ __/_/

Q9²³ NSQ²⁴

Q1. Grappe _____

__/_/

Q2. Région _____

__/_/

Q3. Province _____

__/_/

Q4. Commune _____

__/_/

Q6. Numéro du ménage

__/_/

Q7. Milieu de résidence : Urbain.....1 Rural.....2

__/_/

Q8. Date de l'interview _____

__/_/ __/_/ __/_/ __/_/ 2_0_

Q9. Nom de l'enquêteur _____

__/_/

Q10. Nom du chef d'équipe _____

__/_/

Q11. Heure de début de l'interview

__/_/ : __/_/

Q12. Résultats interview : rempli (1) ; partiellement rempli (2) REFUS (3) ABSENT (4)

__/_/

SECRET STATISTIQUE

« Les renseignements recueillis au cours d'un Recensement, d'une Enquête, notamment ceux ayant trait à la vie privée des personnes recensées ou enquêtées, sont **CONFIDENTIELS**. Ils ne peuvent en aucun cas être divulgués ou utilisés à des fins politiques, de contrôle fiscal, de répression économique ou de poursuite judiciaire »

²³ Code enquêteur

²⁴ Numéro Séquentielle du questionnaire pour chaque enquêteur

SECTION I : INFORMATIONS SUR LES MEMBRES DU MÉNAGE

M1. Nom et Prénom	M2. Sexe 1.Masculin 2.Féminin	M3. Age	M4. Lien de parenté avec le Chef du ménage	M5. Eligible pour l'interview 1.Oui 0.Non	M6. N° de ligne de l'Enquêté(e) tiré(e)	Y a-t-il un autre ? 1.Oui 0.Non Sinon → M21
1.	/ /	/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ /
2.	/ /	/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ /
3.	/ /	/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ /
4.	/ /	/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ /
5.	/ /	/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ /
6.	/ /	/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ /
7.	/ /	/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ /
8.	/ /	/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ /
9.	/ /	/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ /
10.	/ /	/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ /
11.	/ /	/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ /
12.	/ /	/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ /
13.	/ /	/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ /
14.	/ /	/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ /

Code lien de parenté :

- 1.Chef de ménage
- 2.Conjoint du chef de ménage
- 3.enfant biologique du chef de ménage
- 4.frere/sœur du CM
- 5.Cousin(e) du chef de ménage
- 6.Petit(e) fils(fille) du chef de ménage
- 7. Neveu/nièce
- 8. Parent/beau parent du chef de ménage
- 9. Autre parent
- 0.Sans lien

SECTION II: CARACTERISTIQUES DU LOGEMENT

No	Questions et filtres	Codages	Passer
M21.	Dans ce ménage avez-vous : Mu rugoiwanyu, murafise : a. L'électricité/énergie solaire ?(amatara?) b. Un poste de radio ? (iradio?) c. Un poste de télévision ? (television) d. Un téléphone portable? (telephonengendanwa?) e. Un téléphone fixe ?(telefoneyomunzu) f. Un réfrigérateur ? (frigo)		
M22.	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède Hari umuntuwongaha mu muryangoiwanyuafise : a. Une bicyclette ? (ikinga ?) b. Une motocyclette/scooter ?(imoto) c. Une voiture/camionnette? (imodoka ?)		
M23.	Quelle est la distance estimée à la FOSA (Formation sanitaire) ou à une structure offrant les services SSRAJ que votre ménage utilise le plus souvent ? Hagati y'ahamuba n'ibigobivurabikongerabigagafasha mu bijanye n'irondokarijanye n'amagameza, hobahariurugendorunganagute ?	1 = < 500m 4= > 5km 2 = 501-1000m 9 = Ne sait pas 3 = 1-5 km <input type="checkbox"/>	
M24.	Combien de temps faites-vous pour y arriver si vous devriez marcher à pied ? Kugiraushikeyo n'amaguru, vyobabifataumwanyaunganagute ?	1 = < 5min 4 = 31-59min 2 = 5-10min 5 = 1-2 heures 3 = 10-30min 6 = > 2heures 9 = Ne sait pas <input type="checkbox"/>	
Q108	Quelle est votre principale activité ? Mwombwiraigikorwamusanzwemukora mu buzimabwanyubwamisiyose ? UNE SEULE REPONSE POSSIBLE (indiquer seulement l'activité qui l'occupe le plus de temps)	11. Elève/Étudiant 12. Agriculture/Elevage 13. Commerçant/Entrepreneur 14. Fonctionnaire de l'état/privée/ONG 15. Domestique/Ménagère 16. Artisanat/Petits métiers/ main d'œuvre 17. Corps de sécurité 18. Sans emploi 97. Autres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
M25.	Quel est le principal matériau du sol ? (L'enquêteur doit regarder le sol avant de demander) ENQUETEUR : VERIFIER	1. Terre /sable 2. Planches en bois / palmes / bambou 3. Carreaux/carrelage 4. Ciment 7. Autres	<input type="checkbox"/>
M26.	Quel est le principal matériau du toit ? Inzuyanyuahaniniisakajwe n'iki ? ENQUETEUR : VERIFIER	1. Chaume/palmes/feuilles 2. Métal/tôles/ Tuile céramique 3. Béton/ Ciment 4. Bâches/ sheeting 5. Tuile locale/ amategura 7. Autre	<input type="checkbox"/>
M27.	Quel est le principal matériau des murs ? Impomez'inzuyanyuzubakishijwe n'iki ? ENQUETEUR : VERIFIER	1.Bois/paille 2.Briques cuites 3.Briques en terre non cuite 4.Pierres 5.Sheeting/plastique/ carton 7.Autre	<input type="checkbox"/>
M28.	Partagez-vous vos toilettes avec d'autres ménages ? Mwobamusangiyeakazu ka sugumwe n'ababanyi ?	1. Oui 0. Non	<input type="checkbox"/>

2. QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL JEUNE

Formulaire de consentement pour la participation à l'enquête

Etude de Base du Programme conjoint pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes de 10-24 ans

Burundi, 2020

Mwaramutse, nitwa.....turiko turagira icigwa c'ibanze mu mugambi w'irondeka rijanye n'amagara meza mu Burundi. Uwo mugambi uriko ushirwa mungiro n'amashirahamwe FNUAP, CARE, CORDAID na RUTGERS bafadikaniye n'ubushikiranganji bw'amagara y'abantu n'ukurwanya SIDA, ubushikiranganji bw'indero, ubushikiranganji bw'urwaruka, inkino n'imico kama, hamwe n'ayandi mashirahamwe akorera mu Burundi.

Muri icyo kirwa, turiko turondera urugero mu rwaruka mu vyerekeye ubumenyi, inyifato, imigenzo n'imigirwa mu vyerekeye irondeka rijanye n'amagara meza muri rusangi. Iki kirwa kizofasha cane kumenya urugezo rw'ubumenyi mu rwaruka imbere yuko umugambi utangura.

Nari nifuzaga rero kukubaza ibibazo bimwe bimwe mu vyerekeye irondeka rijanye n'amagara meza muri rusangi. Nta nyishu nziza canke mbi, inyishu yose muza kuyitanga uko mubitahura, icyo mudatahura ntakibazo muraza kubimbwira.

Nashakaga ko mwonyumviriza neza ikibazo hama mukanyishura uko mubitahura cank muvuyiyumvira.

Ntamuntu wundi azomenya inyishu mwatanze kiretse aabarongoye uyu mugambi mu ntumbero yo kumenya urugezo rw'ubumenyi mu rwaruka muri rusangi. Inyishu mutanga ntanumwe azomenya uwazitanze kuko nta mazina azojako. Muri icyo ntumbero, nta sano rizoba riri hagati y'inyishu y'ababajijwe mu uyu mugambi hamwe n'amazina yabo. Amazina y'abishuye ntazogaragara muri raporo y'iki kirwa.

Nimwaba mufise ikibazo kuvyererekeye iki kirwa, murashobora kukimbaza. Nashakaga kubasaba uruhusha rwo gutangura. Iki kiganiro kiza kumara iminota mirongo itatu. Ku kibazo mwumva mudatahura muraza kubimenyesha ndabafashe gutahura.

Muzoba mugize neza mufashije umugambi mukwishura ibibazo nza kubabaza.

Turashobora gutangura ikiganiro ?

Ndemeye ko dutangura ikiganiro mu guterera uwo mugambi.

NB : Uwo muriko muraganira yemeye, urashobora gutangura ikiganiro. Ariko avyanse, mushimire hama ubandanye n'uwukurikira.

SECTION I : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

CARACTERISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTES			
Q101	Quel est votre âge actuel ? (âge en années révolues)	_ _	
Q102	Noter le sexe de l'enquêté	Masculin.....1 Féminin.....2	_
Q103	Quelle est votre religion ? UNE SEULE REPONSE POSSIBLE	Catholique1 Protestante.....2 Musulmane3 Autre (à préciser)7 Aucune.....0	_
Q104	Fréquentez-vous actuellement l'école ? Uri umunyeshure?	OUI 1 NON 0	
A104A	Est-ce que votre école dispose d'un club santé ?	OUI 1 NON 0	
Q105	a) Si oui, dans quelle classe fréquentez-vous ? Wiga muwakangahe ? b) Si non, quelle est la dernière classe fréquenté Wagarukiye muwakangahe ? UNE SEULE REPONSE POSSIBLE	Jamais : 00 Pré-primaire : 01 Primaire : 11, 12, 13, 14, 15, 16 Secondaire : 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27,28 Supérieur : 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37	_ _
Q106	Quel est votre statut matrimonial actuel: êtes-vous marié, célibataire, veuf, divorcé ou séparé ? Mwoba mwubatse ? (LA QUESTION CONCERNE CEUX QUI ONT 15ANS ET +)	Célibataire 1 Marié/Union libre 2 Veuf 3 Divorcé 4 Séparé 5	_
Q108	Quelle est votre principale activité ? UNE SEULE REPONSE POSSIBLE (indiquer seulement l'activité qui l'occupe le plus de temps)	Elève/Étudiant 11 Agriculture/Elevage 12 Commerçant/Entrepreneur 13 Fonctionnaire de l'état 14 Fonctionnaire privé/ONG 15 Domestique/Ménagère 16 Artisanat/Petits métiers/ main d'œuvre 17 Corps de sécurité 18 Sans emploi 19 Autres (préciser) 97	
A109	Êtes-vous membre d'un réseau SSR (Club santé ou groupe de solidarité) mise en place par le programme Menyumenyeshe ?	Oui 1 Non 0	

CARACTERISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTES				
A110	Si A109 réponse est non, Pouvez-vous indiqué si vous avez entendu parler de ce programme Menyumenyeshe? (si oui, dans quel sens)	Oui Non	1 0	
A111	Si oui, dans quels cadre en avez-vous entendu parler ?	Un ami Un parent ou membre de la famille A la radio ou dans les médias Structure de santé A l'école Autre	A B C D E X	
A112	Si A109 réponse est oui : pouvez-vous indiquez si ce programme a eu impact sur votre vie	Beaucoup Un peu Pas du tout	1 2 3	
A113	Êtes-vous satisfait de ce programme ?	Oui Non	1 0	
A114	Quel sont les organisations que vous avez rencontrées dans les deux derniers année et pouvez-vous indiquez parmi ces organisations, lesquelles ont eu un impact positif sur votre vie ou le vie de vos proches	CARE CORDAID UNFPA APFB FVS-AMADE ABUBEF GLID IPROSARUDE IADH ADIS SWAA Centre Jeunes Kamenge AUTRE	A B C D E F G H I J K L M X	

Indicateur 2 : % des adolescents et jeunes de 10-24 ans qui ont des connaissances suffisantes en SSRAJ

Connaissances sur les IST Ubumenyi ku bijanye n'indwara zifatira mu bihimba vy'irondeka				
Type d'IST	Q201. Avez-vous entendu parler de « Nom de l'IST » ? Woba umaze kwumva bavuga indwara yitwa 1.Oui 0.Non	Q202. Savez-vous les moyens de transmission de « Nom de l'IST » ? Woba uzi ingene...yandukira ? a. voie sexuelle b. Voie sanguine (objets tranchants) c. Transmission mère enfant x. ne sais pas	Q203. Savez-vous les moyens de prévention de « Nom de l'IST » ? Woba uzi uburyo bwo kuyikingira ? a. Abstinenes b. Fidélité c. condom x. ne sais pas	Q204. Connaissez-vous les symptômes de « Nom de l'IST » ?
1. La syphilis. Isofisi	/__/_/	/__/_/_/_/	/__/_/_/_/	/__/_/_/_/
2. Les infections à chlamydia (chlamydie) Mburugu/agashangaza	/__/_/	/__/_/_/_/	/__/_/_/_/	/__/_/_/_/
3. La gonococcie Agaswende	/__/_/	/__/_/_/_/	/__/_/_/_/	/__/_/_/_/

CONNAISSANCES DU VIH/SIDA				
No	Questions et filtres	Codages		Passer
Q301	Avez-vous déjà entendu parler du VIH ou de la maladie du SIDA ? Woba umaze kwumva bavuga kubijanye n'umugera wa SIDA ?	NON OUI	0> 1	Q306
Q302	Que faites-vous personnellement pour éviter d'être infecté par le virus du SIDA ? Wewe kubwawe ukora iki kugira wirinde kwandura umugera wa SIDA ? Ne pas lire les réponses	Utiliser toujours les préservatifs Avoir un seul partenaire Etre fidèle Abstinence Eviter objets contaminés Autres	A B C D E X	
Q303	Savez-vous qu'il existe un test pour connaître son statut sérologique (savoir si on est porteur du VIH) ? Woba uzi hari igipimo bakoresha kugira umenye ko wanduye umugera wa SIDA ?	OUI NON	1 0>	Q306
Q304	Je ne veux pas connaître le résultat. Est-ce que vous avez fait le test du VIH/SIDA ? Ntiriwe ndakubaza inyishu baguhaye, vyoba vyarashitse ukagenda kwipimisha umugera wa SIDA ?	OUI NON	1> 0	Q306

Protocole de Recherche pour l'Enquête de Base du Programme conjoint

CONNAISSANCES DU VIH/SIDA			
No	Questions et filtres	Codages	Passer
Q305	Est-ce que vous avez l'intention de faire le test du VIH/Sida ? Woba ufise icifuzo (umugambi, intumbero) co kuja kwipimisha umugera wa SIDA ?	OUI NON Ne sais pas	1 0 9
CONNAISSANCES DES SERVICES SSRAJ			
Q306	Etes-vous au courant de l'existence des services de santé sexuelle et reproductives des jeunes? (information, approvisionnement préservatif, dépistage, prise en charge des VSBG, PF, Consultation pré et post natale, accouchement, vaccination, etc....) Woba uzi ko habaho ibisata bijejwe irondeka rijanye n'amagara meza ku rwaruka ? (kuronka umuco, kuronka udufuko, kwipimisha, gufasha abakorewe amabi afatiye ku gitsina, gupimisha imbanyi, kwisuzumisha inyuma yo kwibaruka ku muvyeyi no ku mwana, kwibaruka, kwicandagisha,.....)	OUI NON	1 0
Q307	Savez-vous un endroit où vous pouvez trouver les services SSRAJ en cas de besoin ? Ni hehe ushobora kubisanga mugihe mubikeneye ?	Centre de Santé Hôpital Pharmacie Ecole Agent de santé communautaire (abaremeshakiyago) Centre jeune Amis ONG (nationale ou internationale) Autre (Préciser)	11 12 13 14 15 16 17 97
Q308	Avez-vous déjà consulté un des services SSRAJ pour un motif quelconque ? Biragushikira ukitura hamwe muri aho uhejeje kutubwira ?	OUI NON	1 0>
Q309	Quel service avez-vous consulté ? Wituye aho bakora ibiki ?	Dépistage VSBG Santé Maternelle et Infantile (CPN, CPON, accouchement, vaccination...) Planning Familiale Autres (à préciser)	1 2 3 4 7
Q310	Pouvez-vous me dire quel était le motif de cette consultation ? Wari ujanywe n'iki ?	Visite de routine Me faire soigner Grossesse Accouchement Formation/information Autres (à préciser)	1 2 3 4 5 7
			Q311

Protocole de Recherche pour l'Enquête de Base du Programme conjoint

CONNAISSANCES DU VIH/SIDA			
No	Questions et filtres	Codages	Passer
Q311	<p>Quelles sont les méthodes de contraception moderne que vous connaissez ? N'ubuhe buryo bwa kijambere bukinga gusama imbanyi utifuza woba uzi ?</p> <p>(PLUSIEURS REPONSES SONT POSSIBLE)</p>	<p>Pilule/Abinini Injectable/Agashinge Implant/Akagegene DIU/Akanyuzi Préservatif masculin Préservatifs féminin (Femidom) Stérilisation masculine (Gufunga burundu) Stérilisation féminine (Gufunga burundu) Autre (Précisez) _____</p>	<p>a b c d e f g h</p>

SSRAJ

No	Questions et filtres	Codages	Passer
Q31 2	<p>A quelle période une fille/femme est-elle plus exposée à la grossesse lorsqu'elle fait des relations sexuelles ?</p> <p>Hoba hari igihe abigeme canke abagore bashobora gusama kurusha iyindi iyo baranguye imibonano mpuza bitsina ?</p>	<p>Entre les deux périodes de menstruation / Hagati y'ubutinyanka n'ubundi</p> <p>Pendant la période de la menstruation. / Mugihe c'ubutinyanka</p> <p>A n'importe quelle période/ Ahariho hose</p>	<p>1 2 3</p>
Q31 3	<p>L'hymen ne peut être endommagé qu'au cours des rapports sexuels</p> <p>Ince z'umwigeme zicika igihe akoze imibonano mpuzabitsina gusa ? (Ni vyo canke sivyo ?)</p>	<p>Vrai Faux</p>	<p>1 2</p>
Q31 4	<p>Une fille peut tomber enceinte quand elle fait ces premiers rapports sexuels (quand elle est vierge)</p> <p>Umwigeme akiri isugi, hama agakora iryambere imibonano mpuzabitsina, arashobora gusama imbanyi ?</p>	<p>Vrai Faux</p>	<p>1 2</p>

Indicateur 4 : % des adolescents et jeunes de 10-24 ans qui ont des besoins satisfaits pour les services SSR

Services de la SSR	Q401: Durant les 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir besoin des services suivants ? Muri aya mezi 12 aheze, mwoba mwarakeneye ibisata bikurikira ? 1 : Oui, 0 : Non	Q402: Si oui, avez-vous pu accéder à ces services ? Nimba ari ego, ivyo mwaronder a mwarabiron kejwe ?	A402a : Si oui, qui devriez utiliser ce service ? 1.Moi-même 2.Partenaire 3.Parent 4.Autre parenté 5.Ami 6.Autre personne	A402b : Si oui, avez-vous reçus des conseils attendu/ nécessaire ? 1 : Oui, 0 : Non	Q403 Si vous avez pu accéder à ces services, quelle est le niveau de satisfaction ? (par rapport à chaque service) Nimba ari ego, ivyo mwarondera mwarabironkejwe ? 1: satisfait 2: indifférent 3: Pas satisfait	Q404. Si « Pas satisfait », Pourquoi ? N'iki kitabashimishije ? a. La qualité du service b. Accueil c. La durée d'attente d. Coût du service (QCM)	Q405. Si pas accéder (non à Q2), Quelle est la raison : N'igiki cabitumye ? a) trop jeune b)pas besoin c)services indisponible/ trop loin d)peur de l'entourage e)ne sais pas où trouver f) croyance religieuse g)peur d'être insulté par le staff	A405a : Si vous pas eu besoin ou utilisé ce service, pensez-vous que vous pouvez l'utiliser en cas de besoin dans le futur ? 1 : Oui, 0 : Non
a) Approvisionnement en préservatif Kurondera udukingirizo	/_/_	/_/_			/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_
b) Conseil sur la SSRAJ (Impanuro muvyerekeye irondeka rijanye n'amagara meza).	/_/_	/_/_			/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_
c) Trouble du cycle menstruel Ingorane zijanye n'ubutinyanka	/_/_	/_/_			/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_
d) Prévention et prise en charge des ISTs Gukinga no gukurikirana indwara zifatye mubihimba vy'irondeka.	/_/_	/_/_			/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_
e) Prise en charge des VBG Gufashwa igihe wakorewe amabi afatiye kugitsina.	/_/_	/_/_			/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_
f) Consultation pré natale Gusuzumisha imbanyi imbere yo kwibaruka	/_/_	/_/_			/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_
g) Accouchement Kwibaruka	/_/_	/_/_			/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_
h) Consultation post natale Gusuzumisha imbanyi inyuma y'ukwibaruka	/_/_	/_/_			/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_
i) Planning familial Gutandukanya imvyaro	/_/_	/_/_			/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_
j) Dépistage VIH /SIDA Kwipimisha umugera wa SIDA	/_/_	/_/_			/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_
k) Méthodes contraceptives (Uburyo bwokwikingira gusama imbanyi)	/_/_	/_/_			/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_/_/_/_/_/_/_/_	/_/_

Indicateur 5: % des adolescents et jeunes de 10-24 ans qui ont utilisé un préservatif durant les derniers rapports sexuels.				
N°	Questions	Modalités, codes		Instructions
Q501	Avez-vous déjà eu des rapports sexuels (depuis que vous êtes né(e)) ? Kuva uvuka, uramaze gukora imibonano mpuzabitsina ?	OUI NON	1 0	
Q502	A quel âge avez-vous eu des rapports sexuels pour la première fois ? /Umusi wambere ubikora, warufise imyaka ingahe ?	Age en années __ __ Ne se souvient pas99		
Q503	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, étiez-vous consentant(e) ? Mwari mwavyumvikanye ?	OUI NON	1 0	
Q504	Un condom a-t-il été utilisé à cette occasion ? Ico gihe mwarakoresheje agakingirizo ?	OUI NON	1> 0	Q506
Q505	Pourquoi n'avez-vous pas utilisé un condom ? Kubera iki utagakoresheje ?	J'ai un partenaire fidèle Mon partenaire a refusé Condom non disponible Pas confiance dans le condom Ne sait pas utiliser un condom Je n'ai pas pensé à cela Le condom s'est déchiré Peur d'acheter un condom Pas de l'argent pour acheter un condom Autre (Précisez)	11 12 13 14 15 16 17 18 19 97	
A505A	Avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?	OUI NON	1 0	Q601
A505B	Qui a décidé que vous ayant ces rapports sexuels lors de la dernière fois ?	1.Moi-même 2.Mon partenaire 3.Conjointement avec mon partenaire 4.Autre personne		
A505c	Si vous n'aviez pas envie de le faire, estimez-vous que vous auriez pu refuser ?	1.OUI 0.NON		
Q506	Combien de partenaires sexuels avez-vous eus au cours des 12 derniers mois (pensez aux époux, petits amis, partenaires occasionnels, prostituées) Ni bangahe mwakoranye imibonano mpuzabitsina muri aya mwezi 12 aheze ?	Partenaires sexuels Pas de réponse Ne se rappelle pas	_____ 97 98	
Q507	Avez-vous reçu ou donner des cadeaux ou de l'argent en échange de relations sexuelles? Si oui, avec combien de partenaires au cours des 12 derniers mois ?	Partenaires sexuels Pas de réponse Ne se rappelle pas	_____ 97 98	

N°	Questions	Modalités, codes		Instructions
	Woba wararonse utuganuke canke amafaranga kugira ukore imibonano mpuza bitisna : Nimba ari ego mwabikoranye na bangahe muri aya mezi 12 ?			
Q508	Si vous avez eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, un condom a été utilisé lors de votre dernier rapport sexuel ? Mwoba mwarakoresheje agakingirizo mugihe muherukira kubikora ? CETTE QUESTION CONCERNE CEUX QUI ONT EU AU MOINS UN RAPPORT SEXUEL A Q506	OUI NON	1 0	
A508A	Si oui, qui a décidé de l'utilisation du condom ?	1.Moi-même 2.Mon partenaire 3.Conjointement avec mon partenaire 4.Autre personne		
A508B	Vous est-il arrivé un jour d'exiger le port du préservatif à votre partenaire alors qu'il ou elle ne le voulait pas ?	1.OUI 0.NON		
A508 C	Avez-vous actuellement un copain/petit ami/mari ?	1.OUI 0.NON		
A508 D	Qui a influencé votre décision d'entrer dans cette relation amoureuse ?	1.Moi-même 2.Mon partenaire 3.Conjointement avec mon partenaire 4.Mes parents/tuteurs 5.Frères / Sœurs 6.Educateurs (à l'école) 7.Autre parent 8.Autre personne		
A508 E	Qui a influencé le choix de votre partenaire ?	1.Moi-même 2.Mon partenaire 3.Conjointement avec mon partenaire 4.Mes parents/tuteurs 5.Frères / Sœurs 6.Educateurs (à l'école) 7.Autre parent 8.Autre personne		
A508F	Si vous n'en aviez pas envie, estimez-vous que vous auriez pu refuser ?	1.OUI 0.NON		
A508G	Sinon, pourquoi ?	a. Peur de frustrer mon partenaire b. Peur de contrarier mes parents/famille		

N°	Questions	Modalités, codes	Instructions
		c. Peur d'être mal vu par l'entourage d. Je trouve c'est difficile de dire non e. j'ai peur de perdre mon partenaire f. si je refuse je serai insulté ou humilié par mon partenaire g. si je refuse je serai frappé par mon partenaire h. C'est mon devoir d'accepter i. autre	
A508H	Vous est-il arrivé de refuser de faire des rapports sexuels avec votre copain/partenaire/mari malgré son insistance, quand vous n'en aviez pas envie ?	1.OUI 0.NON	
A508I	Sinon, pourquoi ?	a. Peur de frustrer mon partenaire b. Peur d'être abandonné par mon partenaire c. Peur d'être mal vu par l'entourage d. Je trouve c'est difficile de dire non e. si je refuse je serai insulté ou humilié par mon partenaire f. si je refuse je serai frappé par mon partenaire g. C'est mon devoir d'accepter h. Autre	

Indicateur 1 : % des adolescents et jeunes de 10-24 ans qui ont des compétences dans la promotion et la protection de leurs DSSR

**Compétences dans la promotion et la protection des DSSR
(Les jeunes qui auront des compétences sont tous les répondants qui auront les réponses 4 et 5)**

N°	QUESTIONS	CODES				
		Fortement en désaccord	Pas d'accord	Ni en accord ou désaccord	D'accord	Fortement d'accord
	S'il vous plaît dites-moi, dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec chaque question :					
	Ndakwibarize, woshobora kumbarira urugezo ushobora kwemera canke guhakana utu tubazo :					
Q601	Etes-vous libre de parler des questions en rapport avec la sexualité avec vos ami (e) s (de même sexe) ? Urisanzura iyo uriko uraganira ivyerekeye imibonano mpuzabitsina (n'abo musangiye igitsina) ?	1	2	3	4	5

Compétences dans la promotion et la protection des DSSR (Les jeunes qui auront des compétences sont tous les répondants qui auront les réponses 4 et 5)						
Q602	Etes-vous libre de parler des questions en rapport avec la sexualité avec vos ami (e) s (de sexe opposé) ? /Urisanzura iyo uriko uraganira ivyerekeye imibonano mpuzabitsina (n'abo mudasangiye igitsina) ?	1	2	3	4	5
Q603	Etes-vous à l'aise de communiquer des questions en rapport avec la sexualité à vos parents ? Birakworohera kuyaga n'abavyeyi ibijanye n'imibonano mpuzabitsina ?	1	2	3	4	5
Q604	Etes-vous à l'aise de communiquer des questions en rapport avec la sexualité à l'école avec éducateur ? Birakworohera kuyaga n'abarezi bo kwishure ibijanye n'imibonano mpuzabitsina ?	1	2	3	4	5
Q605	Quand il vous arrive de faire des rapports sexuels, êtes-vous libres d'utiliser un préservatif quand vous voulez sans que votre partenaire vous en empêche ? Iyo bishitse ugakora imibonano mpuzabitsina, birakworohera gukoresha agakingirizo uwo mubikoranye ntakubuze kukoresha ?	1	2	3	4	5
Q606	Si un garçon ou une fille veut avoir des relations sexuelles avec vous, seriez-vous capable de refuser même s'il (elle) t'offre de l'argent ou des cadeaux? Iyo umuhungu canke umukobwa ashatse gukora imibonano mpuzabitsina na wewe, urashobora kwanka mugihe yoba aguhaye amahera canke akaganuke ?	1	2	3	4	5
Q607	Pouvez-vous décider librement d'utiliser la méthode contraceptive de votre choix ? Urashobora gukoresha wisanzuye uburyo whihitiyemwo bwo gutandukanya imvyaro no kwikingira imbanyi utifuje ?	1	2	3	4	5
Q608	Dans l'ensemble, je suis satisfait de mon corps Muri rusangi, uranezerejwe n'ingene umeze, n'ingene usa canke uremwe ?	1	2	3	4	5

Compétences dans la promotion et la protection des DSSR (Les jeunes qui auront des compétences sont tous les répondants qui auront les réponses 4 et 5)						
Q609	Je suis si malheureux que je ne peux pas dormir la nuit ® Muri rusangi, wumva hari ibikubabaje bikubuza gutora agatiro mw'ijoro ?	1	2	3	4	5

Indicateur 3 : % des adolescents et jeunes de 10-24 ans qui ont des attitudes favorables en rapport avec les DSSR

Attitudes					
S'il vous plaît dites-moi, dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec chaque question: Ndakwibarize, woshobora kumbarira urugezo ushobora kwemera canke guhakana utu tubazo :		Totalement d'accord	un peu d'accord	un peu en désaccord	totalement en désaccord
Q701	Vous pensez qu'il est prudent d'utiliser condoms lors des rapports sexuels avec un partenaire qui n'est pas votre conjoint. Mwibaza ko vyoba ari vyiza gukoresha agafuko mukurangura amabanga mpuzabitsina n'uwo mutubakanye ?	4	3	2	1
Q702	En général, quand vous êtes en train de faire l'acte sexuel, vous pensez au risque d'être infecté par le VIH/sida ou une autre IST Muri rusangi, iyo urangura imibonano mpuzabitsina, uribaza k'ushobora kwandura umugera wa SIDA canke indwara zifatira mu bihimba vy'irondeka?	4	3	2	1
Q703	Vous pensez que votre partenaire sexuel régulier devrait aller consulter les services SSRAJ régulièrement pour sa santé Mwibaza ko uwo murangura imibonano mpuzabitsina kenshi vyoba bikenewe ko aja kuraba abajejwe irondeka rijanye n'amagara meza ?	4	3	2	1
Q704	Un(e) jeune (garçon ou fille) non marié (e) a-t-il le droit de recourir à des méthodes contraceptives Umuhungu canke umukobwa batubatse, barafise arafise uburenganzira bwo gukoresha uburyo bwo gukinga gusama imbanyi batifuza	4	3	2	1
Q705	Un jeune (garçon ou fille) non marié a le droit d'avoir des reports sexuels	4	3	2	1

Attitudes					
	librement et consenti avec la personne de son choix et au moment où elle le souhaite. Umuhungu canke umukobwa batubatse, barafise uburenganzira bwo kurangura imibonano mpuzabitsina bisanzuye kandi bavyumvikanye n'uko bashaka umwanya uwariwo wose				
Q706	Je consulte uniquement les services SSRAJ quand j'ai eu des rapports sexuels non protégés Nitura abajewe irondoka rijanye n'amagara meza iyo naranguye imibonano mpuza bitsina ntikingiye gusa.	4	3	2	1
Q707	Une fille et un garçon ont les mêmes droits dans le choix du nombre d'enfants à avoir Umuhungu n'umukobwa bafise uburenganzira bungana muguhitamwo igitigiri c'abana bazovyara.	4	3	2	1
Q708	Une fille et un garçon ont les mêmes droits de chercher les services de la SSR. Umuhungu n'umukobwa bafise uburenganzira bumwe bwo kwitura ibisata biraba ivy'irondoka rijanye n'amagara meza.	4	3	2	1
Q709	Les méthodes contraceptives sont efficaces dans la limitation des naissances ou les grossesses non désirés Uburyo bwo kugabanya no gukinga imvyaro utifuza burashemeye.	4	3	2	1
Q710	Une fille a le droit de choisir la méthode contraceptif de son choix. Umukobwa arafise uburenganzira bwo guhitamwo uburyo yifuza bwo kudasama imbanyijwe atifuza.	4	3	2	1
Q711	Une fille qui tombe enceinte doit être stigmatisée (R) Umukobwa atwaye inda y'ishushu abwirizwa guharirwa ivomo	4	3	2	1
Q712	Une personne a le droit de vivre à l'abri du viol, et d'autres formes de violences sexuelles Umuntu wese arafise uburenganzira bwo kubaho akingiwe ihohoterwa n'amabi afatiye kugitsina.	4	3	2	1
Q713	Les filles/femmes ont le même droit d'hériter au même niveau que les garçons/ hommes pour les biens de leurs parents. Abigeme/abagore bafise uburenganzira bumwe nk'ubw'abagabo/abahungu bwo gutorana ibisigi.	4	3	2	1
Q714	Une fille n'est jamais trop jeune pour se marier si un bon mari est trouvé par ses parents/sa famille (RI) Umukobwa ntaba muto igihe abavyeyi bamuronkeye umugabo mwiza bubakana. RI	4	3	2	1
Q715	Il est préférable d'envoyer un garçon à l'école que d'envoyer une fille.	4	3	2	1

Attitudes					
	(RI) Vyoba vyiza urungitse umuhungu kwishuri aho kurungika umukobwa RI				
Q716	Une vieille fille porte malheur aux membres de sa famille, et il est alors préférable qu'elle soit en polygamie (sans mariage légal) que vieille fille à la maison. (RI) Umukobwa asaziye iwabo ateye icyi umuryango, yopfuma aja kwihari hako asazira iwabo.	4	3	2	1
Q717	Une fille qui demande à son partenaire d'utiliser un préservatif montre qu'elle n'a pas confiance en lui Umwigeme asavye uwo barangurana imibonano mpuzabitsina kw'akoresha agafuko vyerekana kw'atamwizigiye.	4	3	2	1
Q718	Il est normal pour une fille/femme d'avoir beaucoup de travail domestique à la maison par rapport au garçon/homme Ni ibisanzwe ko umwigeme canke umukenyezi akora ibikorwa vyinshi vyo mu rugo kurusha umuhungu/ umugabo	4	3	2	1
Q719	Une fille n'a pas le droit de refuser les rapports sexuels chaque fois que son partenaire le lui demande.	4	3	2	1
Q720	Selon vous, il est justifié qu'un garçon frappe sa copine quand il fait des sorties avec d'autres garçons.	4	3	2	1

INDICATEUR 7 : % des adolescents et jeunes (10-24) qui confirment que leur famille appuie leurs accès aux informations et services de la SSRAJ.

	Appui à l'accès aux <u>informations</u>	Appui à l'accès aux <u>services</u>	Q705
			Si vous pensez que chacun de membres de la famille n'est pas favorable (Non à

Protocole de Recherche pour l'Enquête de Base du Programme conjoint

Membres de la famille	Q701	Q702	Q703	Q704	Q701 ou Q703), pourquoi ? Nimba wiyumvira ko.....(vuga izina) atakworoheraza, vyoba biva kuki ?
	<p>Pensez-vous que chacun des membres de la famille ci bas cités <u>est favorable</u> et peut t'appuyer pour l'<u>accès aux informations</u> en rapport avec la SSRAJ ?</p> <p>Wiyumvira ko.....(vuga izina) akworohereza mu kugutahaza ibijanye n'irondoka rijanye n'amagara meza mu miyabaga no mu rwaruka ?</p> <p>1 : Oui 0 : Non 2. N/A</p>	<p>Durant les 12 derniers mois, <u>as-tu demandé</u> à chacun des membres de la famille pour des informations liées à la SSR ?</p> <p>Muri aya mezi 12 aheze Woba warigeze gusaba.....(vuga izina) kugusigurira ibijanye n'irondoka rijanye n'amagara meza mu miyabaga no mu rwaruka ?</p> <p>1 : Oui 0 : Non 2. N/A</p>	<p>Pensez-vous que chacun des membres de la famille ci bas cités <u>est favorable</u> et peut t'appuyer pour l'<u>accès aux services</u> en rapport avec la SSRAJ ?</p> <p>Wiyumvira ko(vuga izina) akworoheraza mu kugufasha kwitura ibisata bijejwe irondoka rijanye n'amagara meza mu miyabaga no mu rwaruka ?</p> <p>1 : Oui 0 : Non 2. N/A</p>	<p>Durant les 12 derniers mois, <u>as-tu demandé</u> à chacun des membres de la famille pour t'appuyer à l'accès aux services SSRAJ ?</p> <p>Muri aya mezi 12 aheze warabajije(vuga izina) kugira agufashe kwitura ibisata bijejwe irondoka rijanye n'amagara meza mu miyabaga no mu rwaruka ?</p> <p>1 : Oui 0 : Non 2. N/A</p>	<p>a) peur d'être battu/ puni/ réprimandé b) Peur qu'il me soupçonne d'avoir un mauvais comportement (sexuel) c) Je pense qu'il est moins informé que moi. d) J'ai honte d'aborder ce sujet e) Il n'est pas prêt à m'aider. f) Je peux m'en occuper seul g) Je demande conseil à mes amis h) Croyance religieuse</p> <p>QCM INSISTER POUR AVOIR LE MAXIMUM DE REPONSES POSSIBLES.</p>
<p>a) Père b) Mère c) Frère d) Sœur e) Oncle f) Tante g) Autres</p>	<p>/ / / / / / / / / / / / / /</p>	<p>/ / / / / / / / / / / / / /</p>	<p>/ / / / / / / / / / / / / /</p>	<p>/ / / / / / / / / / / / / /</p>	<p>/ /</p>

INDICATEUR 6 : % des adolescents et jeunes (10-24) qui confirment que les leaders locaux appuient leurs accès aux informations et services de la SSRAJ.

	Appui à l'accès aux informations		Appui à l'accès aux services		Q805. Si vous pensez que chacun de leaders locaux n'est pas favorable Nimba wiyumvira ko.....(vuga aba leaders) batakwohereza, vyoba biva kuki ? (Non à Q1 ou Q3), pourquoi ? i) peur d'être battu/ puni/ réprimandé j) Peur qu'il me soupçonne d'avoir un mauvais comportement (sexuel) k) Je pense qu'il est moins informé que moi. l) J'ai honte d'aborder ce sujet m) Il n'est pas prêt à m'aider. n) Je peux m'en occupé seul o) Je demande conseil à mes amis p) Croyance religieuse QCM
	Q801 : Pensez-vous que chacun des leaders locaux ci bas cités <u>est favorable</u> et peut appuyer pour l'accès aux informations en rapport avec la SSRAJ ? Wiyumvira ko.....(vuga aba leaders) bakworohereza mu kugutahuza ibijanye n'irondoka rijanye n'amagara meza mu miyabaga no mu rwaruka ? 1 : Oui 0 : Non 2.N/A	Q802 : Durant les 12 derniers mois, <u>as-tu demandé</u> à chacun des leaders locaux pour des informations liées à la SSR ? Woba warigeze gusaba.....(vuga aba leaders) kugusigurira ibijanye n'irondoka rijanye n'amagara meza mu miyabaga no mu rwaruka ? 1 : Oui 0 : Non 2.N/A	Q803 : Pensez-vous que chacun des leaders locaux ci bas cités <u>est favorable</u> et peut appuyer pour l'accès aux services en rapport avec la SSRAJ ? Wiyumvira ko..(vuga aba leaders) bakwohereza mu kugufasha kwitura ibisata bijejwe irondoka rijanye n'amagara meza mu miyabaga no mu rwaruka ? 1 : Oui 0 : Non 2.N/A	Q804 : Durant les 12 derniers mois, <u>as-tu demandé</u> à chacun des leaders locaux pour appuyer à l'accès aux services SSRAJ ? Muri aya mezi 12 aheze warabajije(vuga aba leaders) kugira bagufashe kwitura ibisata bijejwe irondoka rijanye n'amagara meza mu miyabaga no mu rwaruka ? 1 : Oui 0 : Non 2. N/A	
Les leaders locaux Imboneza n'abarongozi					
a) Les notables collinaires/ Abashingantahe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Les leaders communautaires (Ex : chef de collines, élues locaux,)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Les agents de santés communautaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Les psychologues ou les assistants psychosociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Les agents de santés qualifiés (ex : infirmiers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les leaders religieux					

Annexe 2 : Guides quantitatifs

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LA COLLECTE DES DONNEES QUALITATIVES

Formulaire de consentement éclairé pour participants

Tite de l'étude : Evaluation finale du programme conjoint

Mwaramutse, nitwa.....turiko turagira icigwa c'ibanze mu mugambi w'irondeka rijanye n'amagara meza mu Burundi. Uwo mugambi uriko ushirwa mungiro n'amashirahamwe FNUAP, CARE, CORDAID na RUTGERS bafadikanije n'ubushikiranganji bw'amagara y'abantu n'ukurwanya SIDA, ubushikiranganji bw'indero, ubushikiranganji bw'urwaruka, inkino n'imico kama, hamwe n'ayandi mashirahamwe akorera mu Burundi.

Muri icyo kirwa, turiko turondera urugero mu rwaruka mu vyerekeye ubumenyi, inyifato, imigenzo n'imigirwa mu vyerekeye irondeka rijanye n'amagara meza muri rusangi. Iki kirwa kizofasha cane kumenya urugezo rw'ubumenyi mu rwaruka imbere yuko umugambi utangura.

Nari nifuzaga rero kukubaza ibibazo bimwe bimwe mu vyerekeye irondeka rijanye n'amagara meza muri rusangi. Nta nyishu nziza canke mbi, inyishu yose muza kuyitanga uko mubitahura, icyo mudatahura ntakibazo muraza kubimbwira.

Nashakaga ko mwonyumviriza neza ikibazo hama mukanyishura uko mubitahura cank muvyiyumvira. Ntamuntu wundi azomenya inyishu mwatanze kiretse aabarongoye uyu mugambi mu ntumbero yo kumenya urugezo rw'ubumenyi mu rwaruka muri rusangi. Inyishu mutanga ntatumwe azomenya uwazitanze kuko nta mazina azojako. Muri icyo ntumbero, nta sano rizoba riri hagati y'inyishu y'ababajijwe mur uyu mugambi hamwe n'amazina yabo. Amazina y'abishuye ntazogaragara muri raporo y'iki kirwa.

Nimwaba mufise ikibazo kuvyererekeye iki kirwa, murashobora kukimbaza. Nashakaga kubasaba uruhusha rwo gutangura. Iki kiganiro kiza kumara iminota mirongo itatu. Ku kibazo mwumva mudatahura muraza kubimenyeshya ndabafashe gutahura.

Muzoba mugize neza mufashije umugambi mukwishura ibibazo nza kubabaza.

Muriki kiganiro turajya gufata amajwi, tukifuza ko mutwemerera gukoresha akuma gafata amajwi kugira ntituzokwibagire ivyo tunganira. Tukabizeza ko duhejeje kubikoresha tuzoheza tugafuta ayomajwi.

Formulaire de consentement pour parents/tuteurs des participants de moins de 18 ans.

Tite de l'étude : Evaluation finale du programme conjoint

Mwaramutse, nitwa.....turiko turagira icigwa c'ibanze mu mugambi w'irondeka rijanye n'amagara meza mu Burundi. Uwo mugambi uriko ushirwa mungiro n'amashirahamwe FNUAP, CARE, CORDAID na RUTGERS bafadikanije n'ubushikiranganji bw'amagara y'abantu n'ukurwanya SIDA, ubushikiranganji bw'indero, ubushikiranganji bw'urwaruka, inkino n'imico kama, hamwe n'ayandi mashirahamwe akorera mu Burundi.

Muri icyo kirwa, turiko turondera urugero mu rwaruka mu vyerekeye ubumenyi, inyifato, imigenzo n'imigirwa mu vyerekeye irondeka rijanye n'amagara meza muri rusangi. Iki kirwa kizofasha cane kumenya urugezo rw'ubumenyi mu rwaruka imbere yuko umugambi utangura.

Umwana wanyu akaba yatowe muboserukira abandi muri kino kirwa ariko tukifuza ko mubanza kuduha uruhusha rwo kuganira nawe.

Ntamuntu wundi azomenya inyishu mwatanze kiretse abarongoye uyu mugambi mu ntumbero yo kumenya urugezo rw'ubumenyi mu rwaruka muri rusangi. Inyishu mutanga ntanumwe azomenya uwazitanze kuko nta mazina azojako. Muri icyo kirwa, nta sano rizoba riri hagati y'inyishu y'ababajijwe mur uyu mugambi hamwe n'amazina yabo. Amazina y'abishuye ntazogaragara muri raporo y'iki kirwa.

Nimwaba mufise ikibazo kuvyerekeye iki kirwa, murashobora kukimbaza. Nashaka kubasaba uruhusha rwo gutangura. Iki kiganiro kiza kumara iminota mirongo itatu. Ku kibazo mwumva mudatahura muraza kubimenyesha ndabafashe gutahura.

Muzoba mugize neza mufashije umugambi mukwishura ibibazo nza kubabaza.

Muriki kiganiro turaja gufata amajwi, tukifuza ko mutwemerera gukoresha akuma gafata amajwi kugira ntituzokwibagire ivyo tunganira. Tukabizeza ko duhejeje kubikoresha tuzoheza tugafuta ayomajwi. Nubwo tubasavye uruhusha rw'uwo mwana wanyu, nawene arafise uburenganzira wokwemera canke kwanka.

I. GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES JEUNES

Q1. Pouvez-vous nous dire depuis quand et comment vous avez participé au programme Menyumenyeshe?

Q1. Mushobora kutubwira ryari nukuntu mwatanguye kuja muri programme ya Menyumenyeshe?

Q 2. Pouvez-vous indiquez si ce programme a eu impact sur votre vie ? Et pouvez-vous expliquer cet impact ? Pensez-vous que ce programme a influencé les jeunes dans votre localité ? Pouvez-vous expliquer votre réponse?

Q2. Mushobora kutubwira nimba iyo programme hari ico yahinduye mu buzima bwanyu? Ikindi naco mwibaza ko yaashije abayabaga aho muherereye? Mugerageze gusigura inyishu yanyu?

Q3.a. Est-ce que vous ou les jeunes de votre localité discutez avec vos (leurs) parents sur les questions de santé sexuelle et reproductive ? (Approfondir pour savoir avec qui parmi les parents le jeune discute, avec qui il a des facilités ou difficultés d'échanger, les sujets sur lesquels portent la discussion, les sujets facilement abordés et ceux difficilement abordés, qui initie le dialogue, savoir si les jeunes ont une certaine crainte ou timidité à aborder de tels sujets et demander s'ils ont été sensibilisés où encourager à discuter avec les parents sur ces sujets et qui les a encouragés ou sensibilisés)

Q3.a. Mbega mwebwe canke abandi bayabaga baho muherereye muravugana muravugana n'abavyeyi ivyerekeye irondoka rijanye n'amagara meza? (mubaze neza umuvyeyi babiganira bidegemvya uwo ari we?)

Q3. b. Est-ce que vous ou les jeunes de votre localité discutez avec les autres membres de la familles (frères, sœurs, cousins, cousines, tentes, oncles, etc...) sur les questions de santé sexuelle et reproductive ? Si, oui, avec qui vous avez l'habitude et la facilité de discuter et pourquoi ? (Sonder)

Q3.b. Mbega mwebwe canke abandi bayabaga baho muherereye muravugana nabandi bo mu muryango(Abavukanyi, Abavyara, Inasenge, Ba so wanyu, etc...) ivyerekeye irondoka rijanye n'amagara meza? Niyaba ari ego, n'uyuhe mubiganira widegemvya kandi kuber'iki?

Q4.a. Pensez-vous que c'est important de discuter avec les membres de la famille sur les questions de santé sexuelle et reproductive?

Q4.a. Mwibaza ko ari ikibazo nyamukuru kuganira n'abavyeyi ivyerekeye irondoka rijanye n'amagara meza?

Q4.b. Pensez-vous que les jeunes sont, en général, mieux informés que les parents ? Pouvez-vous expliquer ?

Q4.b. Mwibaza ko abayabaga muri rusangi batahura ivyerekeye irondoka rijanye n'amagara meza kurusha abavyeyi? Mushobora gusigura kubera iki?

Q4.c. Est-ce que les jeunes peuvent avoir des choses à apprendre aux autres membres de la famille, y compris les aînés ou les parents sur la santé sexuelle et reproductif ? Pensez-vous que ces derniers peuvent l'approcher pour en être informé ? si non pourquoi ?

Q4.c. Mwibaza ko abayabaga bafise ico bigisha abandi bantu bo mu muryango ushizemwo n'abakuze kuvyerekeye irondeka rijanye n'amagara meza? Mwibaza ko abakuru bashobora kwegera abatoyi mu kubabaza ivyerekeye ico kibazo? Ari oya kuberiki?

Q4.d. Avez-vous rencontré un/ un parent modèle du programme Menyumenyeshe dans votre communauté? Si oui, pouvez-vous décrire le rôle de cette personne dans votre communauté ou dans votre famille ?

Q4.d. Mwarahuye n'umuvyeyi mwiza muri iyo programme ya Menyumenyeshe yaho mukibano iwanyu? Ari ego, mushobora kuvuga uruhara(rwuwo muvyeyi) yagize mu muryango iwanyu hamwe naho mukibano iwanyu?

Q5. Pensez-vous que c'est important pour les jeunes que les leaders communautaires sont favorables et ouverts vis-à-vis les questions et préoccupations des jeunes concernant leur santé sexuel et reproductif? Pouvez-vous expliquer? Q7. Est-ce que vous ou les jeunes de votre localité discutez avec les éducateurs (enseignants et encadreurs) sur les questions de santé sexuelle et reproductive à l'école ? Si oui, quand et dans quel cadre ?

Q5. Mwibaza ko ari ikibazo nyamukuru ko abaremeshakiyago bisanzura kuvyerekeye ico kibazo? Mushobora gusigura?

Q7. Mbega mwebwe canke abayabaga bo mu kibano muraganira n'abigisha canke abarezi ivyerekeye ikibazo kubijanye n'irondeka rijanye n'amagara meza kw'ishule? Ari ego, ryari? Muri uruhe rugero?

Q6. Entre parents, éducateurs et leaders communautaires, quel est le groupe avec lequel, vous avez plus de facilité à discuter sur des questions de santé sexuelle et reproductive ? (Sonder pourquoi tel groupe et pas tel autre ?)

Q6. Hagati y'abavyeyi abarezi n'abaremeshakiyago, n'abahe muganira ibibazo vy'amabanga mpuza b'itsina n'uruvyaro mwisanzuye? Kuberiki?

Q7. Êtes-vous à l'aise de communiquer sur des questions de sexualité avec d'autres jeunes ? (Sonder pour savoir s'il s'agit des jeunes de même sexe, ou même avec des jeunes de sexe opposé).

Q7. Murisanzuye mu kuganira ivyerekeye amabanga mpuza bitsina n'urundi rukanwe? (kubaza nimba hariho abo basangiye igitsina canke batasangiye igitsina).

Q8. Quand a vous, qui ou quoi est votre source d'information le plus important concernant les questions liées à la santé sexuel (sonder pour savoir si c'est par exemple l'infirmier/ l'internet/livre/ l'école/ les amies) ? Est-ce que cette source vous donne l'information que vous cherchez?

Q8. Ku bwanyu n'irihe soko rya makuru kuvyerekeye ibibazo bijanye n'amabanga mpuza bitsina(kubaza nimba ari umuganga canke abandi) ? Barishura ibibazo urondera?

Q9. Connaissez-vous les CDS Amis des jeunes dans votre localité ? Qu'est-ce qui différencie un CDS Amis des jeunes des autres CDS ?

Q9. Murazi CDS Amis des jeunes yaho muherereye? N'ikihe gitandukanya CDS Amis des jeunes nayandi ma CDS?

Q10. Est-ce que les jeunes de votre localité fréquentent les CDS amis des jeunes ? Qui leur a encouragé à fréquenter ces CDS? Quels sont les principaux services recherchés par les jeunes ? Comment ils apprécient les services fournis par les CDS amis des jeunes ? (Sonder pour savoir comment les services sont offerts, sont-ils disponibles, savoir si les jeunes sont libres d'y aller, si les prestataires ne font pas des jugements de valeurs etc.).

Q10. Abakiri bato aho muherereye baragenda ikigo CDS amis des jeunes? Ni bande babahimirije kugendera icyo kigo? N'ibihwe bitururira muri icyo kigo? Abakiri bato barumva bisanzuye kugenda batariko baratwako urutokye?

Q11. Pensez-vous que les jeunes de votre localité utilisent un préservatif en cas de rapport sexuel? Quels sont les obstacles pour les jeunes de votre localité d'utiliser le préservatif s'il y en a? Pouvez-vous expliquer?

Q11. Mwibaza ko abakiri bato aho muherereye bakoresha agakingirizo mu kurangura amabanga mpuza bitsina? Mwoshobora kubisigura?

Q12. Pensez-vous que les jeunes qui le désirent peuvent accéder aux méthodes contraceptives ? (Sondez si les jeunes ont des facilités d'accéder à ces services et s'il n'y a pas de stigmatisation).

Q12. Mwibaza ko abakiri bato bavyifuzaga bashobora gufata uburyo bwo gutandukanya imvyaro? (mwibaza ko abakiri bato biborohera igisata cyo gutandukanya imvyaro mugihe atavuye kwifungisha burundu bihari).

Q 13. Si vous avez besoin d'utiliser une méthode contraceptive, seriez-vous libre de l'utiliser? Pouvez-vous expliquer?

Q13. Iyo mushatse gukoresha uburyo bwo gutandukanya imvyaro, mwobukoresha mwisanzuye? Mwobisigura?

Q14. Pensez-vous que les jeunes de votre localité sont capables de refuser des rapports sexuels si on les propose des cadeaux, de l'argent ou d'autres biens ? (Sonder qui peut refuser et qui ne peut pas refuser, pourquoi, et sonder pour savoir s'il y a eu une sensibilisation à ce sujet etc).

Q14. Mwibaza ko abakiri bato aho muherereye bashobora kwanka kuragura amabanga mpuza bitsina naho babaha utuganuke, amafaranga n'ibindi? (hariho abashobora kubihakana, n'abashobora kuvyemera, kuberiki, mwomenya hoba haba uguhimirizwa kuvyerekeye icyo kirwa n'ibindi).

Q15. Pensez-vous que parmi les jeunes de votre communauté une fille peut refuser le rapport sexuel si elle n'a pas envie de le faire? Pouvez-vous expliquer votre réponse?

Q15. Mwibaza ko umukobwa ashobora kwanka kurangura amabanga mpuza bitsina atavyifuza? Murashobora kusigura inyishu yanyu?

Q16. Comment appréciez dans l'ensemble le programme Menyumenyeshe ? Qu'est-ce que vous avez aimé dans ce programme ? Qu'est-ce qui devrait être amélioré ? Pensez-vous que le programme est intéressant pour les jeunes ? Pensez-vous qu'il a répondu aux préoccupations des jeunes en matière de SSRAJ ? Si le programme devait fermer, quels sont les principaux acquis que vous allez capitaliser.

Q16. Ni gute mushimishwa n'umugambi wa Menyumenyeshe muri rusangi? N'iki mwakunze muruyo mugambi? Ni akahe karusho kokorwa? Mwibaza ko ari umugambi mwiza ku bakiri bato? Mwibaza ko vyishuye ibibazo vy'abakiri bato mubijanye na SSRAJ? Mu gihe uyo mugambi wo kugara, n'ikihe kintu c'agaciro mwokuramwo?

II. GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PARENTS DES JEUNES

Q1. Est-ce que vous discutez avec vos enfants adolescents et jeunes sur des questions de santé sexuelle et reproductive Sur quoi porte la discussion ? (Sonder pour savoir s'ils sont libres d'échanger avec les enfants, s'ils communiquent facilement avec les filles et/ou les garçons, savoir s'ils ont été sensibilisés pour discuter les enfants et qui les a sensibilisés).

Q1. Mbega muraganira n'abana banyu ivyerekeye irondeka rijanye n'amagara meza? (mubaze neza yuko babiganira bidegemvya n'abahungu canke n'abakobwa).

Q1b. Avez-vous eu contact avec un parent modèle du programme Menyumenyeshe? Si oui pouvez-vous dire si cette rencontre vous a donné un appui de parler avec vos enfants sur leur santé sexuelle, la reproduction et leur bien être? Pouvez-vous raconté votre expérience avec le parent modèle de Menyumenyeshe?

Q1b. Mwarashoboye kumenyana n'umuvyeyi w'akamaro mu mugambi wa Menyumenyeshe? Ari ego, mushobora kutubwira nimba vyaragize ico bimara mu kuganiriza abana banyu ivyerekeye irondeka rijanye n'amagara meza? Mushobora kutubwira imigenderanire mwagiranye n'uwo muvyeyi?

Q2. Est-ce que les IST et le VIH/ SIDA sont fréquents dans votre localité ? Quelle catégorie est la plus touché dans votre localité et pourquoi ? Pensez-vous que les adolescents et jeunes courent le risque d'attraper ces maladies ? (Sondez pour savoir qui sont plus victimes entre les filles et les garçons et pourquoi ?)

Q2. Mbega ingwara zifatiye mu bihimba vy'irondeka hamwe n'umugera wa Sida ziragwiriye cane aho muhereye? Ni bande bafatwa cane aho muba? Mwibaza ko abakiri bato bashobora kubangamirwa cane n'izo ngwara? (mubaze ko ari abakobwa canke abahungu bashobora kubangamirwa).

Q3. Pensez-vous que les jeunes possèdent des informations suffisantes sur ces IST et le VIH/ SIDA ? Savent-ils comment les éviter, leurs symptômes et leurs modes de transmission ? D'où proviennent ces informations ? Est-ce que les parents et autres aînés discutent des IST avec les jeunes ?

Q3. Mwibaza ko abakiri bato bafise amakuru akwiye kuvyerekeye izo ngwara zifatiye mu bihimba vy'irondeka hamwe n'umugera wa Sida? Barazi ingene bazozikingira, ibimenyetso vyazo n'ingene zandukira? Ayo makuru bayakura hehe? Abavyeyi baravugana n'abana babo ivyerekeye izo ngwara zifatira mu bihimba vy'irondeka?

Q4. Est-ce que les grossesses non désirées sont fréquentes chez les jeunes de votre localité ? Quelle catégorie de fille la plus touchée et pourquoi d'après vous ?

Q4. Mbega abayabaga baho muherereye abafise imbanyi batifuje ni benshi? N'uruhe runganwe rw'abakobwa rukorwako cane? Kuberiki?

Q5. Qu'est-ce qui est fait dans votre communauté pour réduire les grossesses non désirées chez les jeunes et réduire les ISTs et le VIH ?

Q5. N'iki gikorwa mu kibano iwanyu kugira mugabanure imbanyi umuntu ataba yiteguriye ku rwaruka hamwe n'ukugabanura ingwara zifatira mu bihimba vy'irondeka hamwe n'umugera wa Sida?

Q6. Connaissez-vous la campagne zéro grossesse à l'école ? Que pensez-vous de cette campagne ?

Q6 Mwoba muzi isekeza ryo gutuza imbanyi ku mashure? N'igiki mwiyumvira kuriryo sekeza?

Q7. Avez-vous constaté des effets positive ou négative ou neutre sur le nombre des grossesses non désirées dans votre communauté ces derniers années ? Comment expliqué vous ces changements vous ?

Q7. Mur'iyi myaka iheze mwarashoboye kubona impinduka nziza canke mbi kuvyerekeye imbanyi zitifujwe ngaho mu kibano iwanyu? Ni gute mwasigura izo mpinduka?

Q6. Connaissez-vous les CDS amis des jeunes ? Pensez-vous que les jeunes visitent les CDS amis des jeunes ? Encouragez-vous les jeunes à fréquenter les CDS amis des jeunes ? Qu'est-ce qu'ils peuvent recevoir comme informations ou services au CDS amis des jeunes ? En quoi les CDS amis des jeunes peuvent-être utiles aux jeunes ? Comment appréciez la qualité des services offerts et la façon dont ils sont offerts ?

Q6. Murazi CDS amis des jeunes? Mwibaza ko abakiri bato bagenderera CDS amis des jeunes? Murahimiriza abakiri bato kubagenderera? Ni ayahe makuru canke ubufasha bashobora kuronka muri CDS amis des jeunes? Ni gute CDS amis des jeunes ikenewe ku rwaruka? Ni gute mwasigura ubwiza bw'ibikorwa bitangwa na CDS Amis des jeunes?

Q7. Pensez-vous que les jeunes non mariés peuvent utiliser des méthodes contraceptives ? Pouvez-vous expliquer ?

Q7. Mwibaza ko abayabaga batarubaka urugo rwabo bakoresha uburyo bwo kwikingira gusama imbanyi batifuza? Mwoshobora kubisigura?

Q8a. Pensez-vous que les filles/femmes devraient avoir le même droit d'hériter au même niveau que les garçons/ hommes pour tous les biens de leurs parents ?

Q8a Mwibaza ko abigeme/abagore bafise uburenganzira bumwe nk'ubw'abagabo/abahungu bwo gutorana ibisigi vy'abavyeyi?

Q8b Avez-vous été sensibilisés à l'égalité des genres et à la lutte contre les VBG ? Dans quel cadre ?

Q8b Mwarahimirijwe kuvyerekeye ukungana canke ugufatwa co kimwe kw'abahungu n'abakobwa n'ivyerekeye kurwanya ihohoterwa rifatiye kugitsina? Muruhe rugero?

Q9. Est-ce que vous pensez qu'une fille/ femme peut refuser les rapports sexuels lorsque son partenaire/ mari le lui demande ? Pouvez-vous expliquer?

Q9 Mwibaza ko umukobwa canke umugore ashobora kwanka kurangura amabanga y'abubatse iyo umugabo canke uwo bagendana abimusavye? Mwoshobora kubisigura?

Q10. Et pensez-vous que les filles dans votre communauté peuvent refuser une relation avec un garçon/ homme qui lui offre des cadeaux ou de l'argent? Pouvez-vous expliquer?

Q10. Mwibaza ko abakobwa bo ngaho mu kibano bashobora kwanka kuragura amabanga mpuza bitsina n'abahungu canke abagabo naho bobaha utuganuke canke amafaranga n'ibindi? Mwoshobora kubisigura?

Q11. Avez-vous constaté un impact/ effet du programme Menyumenyeshu parmi vos enfants? Pouvez-vous expliquer? (sondez pour savoir si l'effet est vu positif ou négatif etc).

Q11. Mwarabonye icahindutse canke impinduka k'umugambi Menyumenyeshu ku rwaruka? Murashobora kubisigura?

Q12. Comment appréciez-vous la contribution du programme Menyumenyeshu dans la promotion de la SSRAJ ? Quels sont les principales réalisations ? Qu'est-ce que vous avez aimé dans ce programme ? Qu'est-ce qui devrait être amélioré ? Pensez-vous que le programme est intéressant pour les jeunes ? Pensez-vous qu'il a répondu aux préoccupations des jeunes et des parents en matière de SSRAJ ? Si le programme devait fermer, quels sont les principaux acquis que vous allez capitaliser.

Q12. Murashimishijwe n'intererano y'umugambi Menyumenyeshu mu karusho ka SSRAJ? N'ibihe bintu nyamukuru bimaze gukorwa? N'ibiki vy'abashimishije mur'uyo mugambi? Ni akahe karusho kokorwa? Mwibaza ko ari umugambi mwiza ku bakiri bato? Mwibaza ko vyishuye ibibazo vy'abakiri bato mubijanye na SSRAJ? Mu gihe uyo mugambi wo kugara, n'ikihe kintu c'agaciro mwokuramwo?

III. GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES INFORMATEURS CLES : LEADERS COMMUNAUTAIRES

Q1. Est-ce que vous discutez avec les adolescents et jeunes sur des questions de santé sexuelle et reproductive ? Sur quoi porte la discussion ? (Sonder pour savoir s'ils sont libres d'échanger avec les jeunes, s'ils communiquent facilement avec les filles et les garçons, savoir s'ils ont été sensibilisés pour discuter les jeunes, qui les a sensibilisés et le type de message qu'ils donnent).

Q1. Muraganira n'imiyababaga ivyerekeye irondoka rijanye n'amagara meza ? (murabe yuko bisanzura kubiganira n'abakobwa hamwe n'abahungu?Barahimirijwe kubiganira nabakiri bato? Ninde yabahimirije? Nubuhe butumwa batanga?

Q2. Est-ce que les IST et le VIH/ SIDA sont fréquents dans votre localité ? Pensez-vous que les adolescents et jeunes courent le risque d'attraper ces maladies ?

Q2 Indwara zifatira mubihimba vyirondoka kuri hamwe n'umugera wa sida zirarwiriye aho muherereye? Mwibazako abakiri bato aribo bashobora gufatwa nizo ndwara?

Q3. Est-ce que les jeunes possèdent des informations suffisantes sur ces IST et le VIH/ SIDA ? Savent-ils comment les éviter, leurs symptômes et leurs modes de transmission ? D'où proviennent ces informations ? Est-ce que les leaders locaux et autres aînés discutent des IST avec les jeunes ?

Q3 Abakiri bato barafise amakuru ahagije ajanye nizo ndwara? Barazi ukuntu bozikingira? Ibimenyetso vyazo? Ukuntu zandukira? Nihehe bakura ayo makuru? Abatwara akarere canke abantu bakuze baraganira nabato ivyerekeye izo ndwara?

Q4. Est-ce que les grossesses non désirées sont fréquentes chez les jeunes de votre localité ? Quelle catégorie de fille la plus touchée ?

Q4 Abafise imbanyi batifuje baraboneka cane aho muherereye? Nuruhe runganwe rw'abakobwa rukorwako cane?

Q5. Qu'est-ce qui est fait pour réduire les grossesses non désirées chez les jeunes et réduire les ISTs et le VIH ? Connaissez-vous la campagne zéro grossesse à l'école ? Avez-vous constaté des effets positive ou négative ou neutre sur la quantité des grossesses non désirées dans votre communauté ces derniers années ? Comment expliqué vous ces changements vous ?

Q5 Hakorwa iki kugira hagabanurwe imbanyi zitifuzwa canke indwara zifatira mubihimba vyirondoka canke umugera wa SIDA ku rwaruka? ? Murazi ihimirizwa ryo kurwanya imbanyi ku mashure? Mwarashoboye kubona impinduka impinduka nziza canke zibi kuvyerekeye izo mbanyi?ni gute mwosigura izo mpinduka?

Q6. Connaissez-vous les CDS amis des jeunes ? Pensez-vous que les jeunes visitent les CDS amis des jeunes ? Encouragez-vous les jeunes à fréquenter les CDS amis des jeunes ? Qu'est-ce qu'ils peuvent recevoir comme informations ou services au CDS amis des jeunes ? En quoi les CDS amis des jeunes peuvent-être utiles aux jeunes ? Comment appréciez la qualité des services offerts et la façon dont ils sont offerts ?

Q6 Murazi CDS amis des jeunes? Mwibazako abakiri bato bagendera CDS amis des jeunes? Murahimiriza abakiri bato kugendera ayo mavuriro? Nayahe ,akuru bashobora kuronka muri CDS? Nigute CDS ikenewe kurwaruka? Ni gute mwo sigura inyifato yibikorwa bitangwa na CDS?

Q7. Pensez-vous que le programme Menyumenyeshe a contribué pour une sexualité sûre et protégée des adolescents et jeunes ? (Sonder pour savoir en quoi consiste cette contribution).

Q7 Mwibazako umugambi Menyumenyeshe wagize ico ukoze kubakiribato kuvyerekeye amabanga mpuzabitsina bikingiye?

Q8. Pensez-vous que les jeunes non mariés peuvent utiliser des méthodes contraceptives ?

Q8 Mwibazako urwaruka rutubatse rushobora gukoresha uburyo bwogutandukanya imvyaro?

Q9a. Pensez-vous que les filles/femmes devraient avoir le même droit d'hériter au même niveau que les garçons/ hommes pour tous les biens de leurs parents ?

Q9a Mwibazako abakobwa canke abagore bategerezwa uburenganzira bungana bwokurwara nk'abahungu?

Q9b Avez-vous été sensibilisés à l'égalité des genres et à la lutte contre les VBG ? Dans quel cadre ? Quelle est votre contribution personnelle -s'il y en a- pour prévenir la VBG dans votre communauté ?

Q9b Mwarahimirijwe kuvyerekeye ukungana canke ugufatwa cokimwe kw'abahungu n'abakobwa? ivyerekeye kurwanya ihohoterwa rifatiye kugitsina? niyihe ntererano mwotanga mukurwanya ihohoterwa rifatiye kugitsina aho muherereye?

Q10. Est-ce que vous pensez qu'une fille/ femme peut refuser les rapports sexuels lorsque son partenaire/ mari le lui demande? Pouvez-vous expliquer?

Q10 Mwibazako umukobwa canke umugore ashobora kwanka kurangura amabanga yabubatse iyo umugabo canke uwo bagendana abimusavye? ushobora kubisigura?

Q11. Pensez-vous que les filles dans votre localité peuvent refuser une relation avec un garçon/ homme qui lui offre des cadeaux ou de l'argent? Pouvez-vous expliquer?

Q11 Mwibazako abigeme baho muherereye bashobora kwanka kurangura amabanga mpuza bitsina n'abahungu canke abagabo naho bobaha utuganuke canke amafaranga? Mwobisigura?

Q11. Comment appréciez-vous la contribution du programme Menyumenyeshe dans la promotion de la SSRAJ ? Quels sont les principales réalisations ? Qu'est-ce que vous avez aimé dans ce programme ? Qu'est-ce qui devrait être amélioré ? Pensez-vous que le programme est intéressant pour les jeunes ? Pensez-vous qu'il a répondu aux préoccupations des jeunes et des parents en matière de SSRAJ ? Si le programme devait fermer, quels sont les principaux acquis que vous allez capitaliser.

Q11 Murashimishijwe n'intererano y' umugambi Menyumenyeshe mukarusho ka SSRAJ? Nibihe bintu nyamukuru bimaze gukorwa? Nibiki vyabashimishije muri uwo mugambi? Ni akahe karusho kokorwa? Mwibaza ko umugambi Menyumenyeshe ari nziza

kubakiri bato? Mwibazako bishuye ibibazo abakiri bato hamwe bibaza kuverekeye irondeka rijanye n'amagara meza ku rwaruka? Nikihe kintu cagaciro mwokuramwo?

IV. GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES INFORMATEURS CLES : LES PRESTATAIRES DE SOINS AUX CDS

Q1. Comment les CDS ont-ils contribué dans la promotion de la SSRAJ dans le cadre du programme « Menyumenyeshe » ? Expliquer

Q1. Ni gute amavuriro afasha mukwigisha irondeka rijanya n'amagara meza mumugambi « Menyumenyeshe »? Sigura

Q2. Quels sont les services et informations offerts aux jeunes ?

Q2 N'ibihe bisata hamwe n'inyigisho bigenewe urwaruka?

Q3. Est-ce que les jeunes visitent les CDS Amis des jeunes ? A quel rythme si vous comparez la situation d'aujourd'hui par rapport à celle d'il y a quatre ans ? Qu'est-ce qui a été fait pour encourager les jeunes à fréquenter les CDS Amis des jeunes ?

Q3 Mbega urwaruka rwoba ruhurumbira amavuriro « Amis des jeunes »? Ku muvuduko ungana gute ubu ugereraniye no mummyaka ine irangiye? Ni igiki cakozwe kugira bahimirize urwaruka kwitura ayo mavuriro « Amis des jeunes »?

Q4. Est-ce que les jeunes sont à l'aise de fréquenter le CDS pour avoir des services ? (Sondez pour savoir s'il n'y a pas de stigmatisation/ barrières de l'accès)

Q4 Urwaruka rwoba rwisanzura mukugendera ivuriro ngo ruronswe ibijanye n'ivyo bisata?

Q5. Pensez-vous que le programme Menyumenyeshe a contribué pour a une sexualité sûre et protégée des adolescents et jeunes ? (Sonder pour savoir en quoi consiste cette contribution) ?

Q5 Mwibaza ko umugambi « Menyumenyeshe » wafashije imiyabaga n'urwaruka mubijanye n'amabanga muzabitsina bikingiye?

Q5. Pensez-vous qu'il est important que les adolescents et jeunes apprennent d'utiliser un préservatif ? En cas de besoin, pensez-vous que les jeunes utilisent des préservatifs ? Sont-ils facilement accessibles ? Pensez-vous qu'il y a des barrières pour leur utilisation ? Pensez-vous que le programme Menyumenyeshe a eu une influence sur l'utilisation du préservatif parmi les jeunes ?

Q5 Mwibaza ko bikenewe ko imiyabaga n'urwaruka biga gukoresha agakingirizo? Bikenewe, mwibazako urwaruka rukoresha ubukingirizo? Ubwo bukingirizo bwoba buboneka vyoroshe? Mwibazako hoba hari inzitizi mwikoreshwa zabwo? Mwibazako umugambi « Menyumenyeshe » woba waragize akamaro mwikoreshwa ry'ubukingirizo murwaruka?

Q6. Pensez-vous que les jeunes non mariés peuvent utiliser des méthodes contraceptives ? En cas de besoin, est-ce que les jeunes accèdent facilement aux méthodes contraceptives ? Y-a-il

des barrières pour limiter les jeunes qui le désirent à utiliser ces méthodes ? Pensez-vous que le programme Menyumenyeshe a eu une influence sur l'utilisation des méthodes contraceptives parmi les jeunes ?

Q6 Mwibazako urwaruka rutarubaka izarwo rushobora gukoresha uburyo bwo gutandukanya imvyaro? Bikenewe, urwo rwaruka runonka vyoroshe uburyo bwo gutandukanya imvyaro? Hoba hari inzitizi zibuza urwaruka rwipfuzwa gukoresha ubwo buryo? Mwibazako umugambi « Menyumenyeshe » wagize akamaro mwikoreshwa ry'uburyo bwo gutandukanya imvyaro murwaruka?

Q.7 Que pensez-vous d'utilisation des services VSBG dans les CDS ? Ces services sont-ils disponibles ? Avez-vous constaté une augmentation de besoin des services VSBG ces dernières années ? Si oui, comment vous expliquez cela ?

Q7 Mwibaza iki kugisata kijanye n'amabi afatiye kugitsina mumavuriro ? Ivyo bisata birahari ? Mwoba mumaze kubona igwirirana ry'abitura ibisata vy'amabi afatiye kugitsina muriyi myaka iheze ? Nivyaba arivyo, mwobisigura gute ?

Q8. Comment appréciez-vous la qualité des services SSR pour les jeunes (accueil, qualité, convivialité, disponibilité, etc...) Est-ce que l'accès des services pour les jeunes est facile ? Quelles sont les principaux défis (culturels, techniques, etc...) ? Ya-il des changements s par rapport aux 5 dernières années ? Expliquer (Question pour les staffs CDS)

Q8 Mubona gute akanovera k'ibisata vy'irondeka rijanye n'amagara meza kurwaruka ? Urwaruka rwoba rworoherwa mukwitura ivyo bisata ? Ni izihe ntambanyi nyamukuru ? Hoba hari ivyahindutse mugereranije n'imyaka itabu iheze ? Sigura

Q9. Comment appréciez-vous l'offre des services SSR pour les jeunes actuellement au niveau des CDS ami des jeunes (accueil, qualité, convivialité, disponibilité, etc...) ? Quelles sont les principaux défis (culturels, techniques, etc...) ? Ya-il des améliorations par rapport aux 5 dernières années

Q9. Mwakira gute ibitangirwa mubisata vy'irondeka rijanye n'amagara meza kurwaruka rw'ubu mumavuriro « Amis des jeunes »? Ni izihe ntambanyi nyamukuru? Hoba hari akarusho mugereranije no muryaka itanu iheze?

Q10. Comment appréciez-vous la contribution du programme Menyumenyeshe dans la promotion de la SSRAJ ? Quels sont les principales réalisations ? Qu'est-ce que vous avez aimé dans ce programme ? Qu'est-ce qui devrait être amélioré ? Pensez-vous que le programme est intéressant pour les prestataires de santé et les jeunes ? Pensez-vous qu'il a répondu aux préoccupations des jeunes, des parents et des prestataires en matière de SSRAJ ? Si le programme devait fermer, quels sont les principaux acquis que vous allez capitaliser.

Q10. Mushimishwa gute n'intererano y'umugambi « Menyumenyeshe » muguteza imbere irondeka rijanye n'amagara meza? Ni ibihe bikuru bikuru bimaze gukorwa? Ni ibihe mwakunze muruwo mugambi? Ni igiki coshimikirwako? Mwibazako uwo mugambi ari ngirakamaro kubajewe ubuvuzi hamwe n'urwaruka? Mwibazako uwo mugambi watoreye inyishu ibibazo vy'urwaruka, abavyeyi n'abajewe ubuvuzi mubijanye n'irondeka rijanye n'amagara meza? Uwo mugambi bishitse ugahagarara, nibihe bikuru bikuru mwakuyemwo mwoshira mungiro?