



DOCUMENT TECHNIQUE

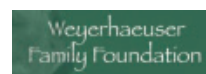
Juillet 2015

TOUCHER LES JEUNES FEMMES MARIÉES ET LES PARENTS POUR LA PREMIÈRE FOIS POUR LA PLANIFICATION ET L'ESPACEMENT IDÉAL DES GROSSESSES AU BURKINA FASO

Le Burkina Faso présente un taux de fécondité élevé et un faible niveau d'utilisation de moyens contraceptifs. Les filles se marient précocement et l'activité sexuelle se produit le plus souvent dans le cadre du mariage. Malgré un besoin manifeste de diffusion d'informations et de services de santé sexuelle et reproductive (SSR) pour les jeunes et les adolescents, il y a un manque d'interventions ciblées pour les jeunes femmes mariées (JFM) et les jeunes qui se retrouvent parents pour la première fois (PPF). Entre 2012 et 2015, Pathfinder a travaillé avec le Ministère de la Santé du Burkina Faso et avec des partenaires locaux pour développer et mettre en œuvre un projet visant à soutenir les JFM et les PPF d'augmenter l'utilisation des moyens contraceptifs dans la planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé (PEIGS). Étant donné qu'il y a peu de données probantes sur les meilleurs moyens d'atteindre cette population marginalisée, ce projet a mis en œuvre un processus intensif de surveillance qualitative et de documentation pour l'amélioration de la qualité de mise en œuvre tout en contribuant à la base de connaissances. Cette publication décrit les résultats principaux de la mise en œuvre du projet et propose des recommandations pour faciliter l'accès des JFM et des PPF à l'information sur la PEIGS et aux services contraceptifs.



WWW.PATHFINDER.ORG



Contexte

L'état de la SSR dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouestⁱ est particulièrement mauvais par rapport aux autres sous-régions de l'Afrique. Par exemple, les pays ouest-africains font partie des pays ayant les taux les plus bas de prévalence contraceptive dans le monde ; les taux les plus élevés de fécondité ; des taux élevés de mariage précoce et forcé ; et des taux élevés de mortalité maternelle (voir le tableau 1).

Au Burkina Faso spécifiquement, 51,6 pour cent des femmes entre 20 et 24 ans ont été mariées avant d'atteindre l'âge de 18 ans.¹ Comme suggéré par l'âge médian à la première union, l'âge médian au premier rapport sexuel, et l'âge médian à la première naissance—respectivement 17,8, 17,7 et 19,5—l'activité sexuelle et la maternité pour les femmes burkinabées ont principalement lieu dans le cadre du mariage.² Parmi les populations rurales, qui constituent 73 pour cent de la population du Burkina Faso, l'âge de la première union est plus précoce (17,6 ans) que dans les zones urbaines (19,2 ans).³ Enfin, les preuves indiquent que les intervalles intergénéraliques de moins de 6 mois augmentent la morbidité maternelle ainsi que le risque de mortalité, et que les intervalles intergénéraliques de moins de 18 mois augmentent la mortalité infantile, néonatale, et périnatale.⁴ Cependant, les JFMⁱⁱ dans les zones rurales ont des intervalles intergénéraliques plus courts que les femmes mariées plus âgées et que les femmes dans les zones urbaines.^{5,iii} Par exemple, pour les adolescents entre 15 et 19 ans, l'intervalle intergénéralique médian est de 28,5 mois, alors que pour les femmes âgées de 20 à 29 ans, il est de 34,1 mois. Dans les zones rurales, l'intervalle intergénéralique médian est de 35,2 mois alors que dans les zones urbaines, l'intervalle médian est de 41,7 mois.⁶ Parce que l'activité sexuelle et la

TABLEAU 1: CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

| Indicateur | Burkina Faso | Afrique Subsaharienne | Mondial |
|---|---------------------|-----------------------|---------------------|
| Pourcentage de la population entre 10 et 24 ans | 32% ⁷ | 32% ⁸ | 25% ⁹ |
| Taux de prévalence contraceptive, toutes méthodes | 16% ¹⁰ | 29% ¹¹ | 63% ¹² |
| Besoins non satisfaits pour espacer les naissances (femme âgées de 15 à 49) | 17,3% ¹³ | 24,2% ^{14*} | 11,9% ¹⁵ |
| Taux de fécondité (naissances vivantes par femme âgée de 15 à 49) | 5,9 ¹⁶ | 5,1 ¹⁷ | 2,5 ¹⁸ |
| Taux de fécondité des adolescentes (naissances vivantes pour 1,000 femmes âgées de 15 à 19 ans) | 117 ¹⁹ | 101 ²⁰ | 52 ²¹ |
| Mariage précoce (pourcentage des femmes de 20 à 24 ans, mariées avant l'âge de 18 ans) | 52% ²² | 40% ²³ | 27% ²⁴ |
| Taux de mortalité maternelle | 400 ²⁵ | 510 ²⁶ | 210 ²⁷ |

* Pourcentage de femmes mariées ou en union âgées de 15 à 49 ans qui veulent limiter ou espacer une grossesse, mais n'utilisent pas de méthode de contraception.

maternité sont initiées dans le cadre du mariage, et parce que les JFM et les PPF^{iv} au Burkina Faso sont plus susceptibles d'avoir des intervalles intergénéraliques plus courts, cette population est non seulement un groupe cible important pour recevoir les informations et les services de SSR, mais elle représente également une opportunité pour l'adoption d'habitudes positives qui peuvent continuer tout au long de la vie.

Dans ce contexte, les normes sociales et culturelles du Burkina Faso constituent des obstacles aux services de SSR pour les JFM et les PPF, et, par conséquent, rendent les JFM et les PPF plus vulnérables aux problèmes de SSR. Alors que certains obstacles auxquels les JFM font face sont structurels—causés par les établissements de santé mal équipés, les professionnels de la santé

insuffisamment formés, et les ruptures de stock—d'autres obstacles sont enracinés dans les structures familiales et la dynamique de genre qui isolent socialement les JFM, ainsi que les normes culturelles qui font pression sur les JFM pour qu'elles aient des enfants tôt. Au moment du mariage, les jeunes femmes burkinabées quittent souvent leur famille pour habiter avec celles de leur mari : c'est à ce moment qu'elles perdent tout système de soutien déjà établi, ainsi que le pouvoir de décision.²⁸ Le pouvoir de décision concernant la SSR est souvent déterminé par les ressources financières, généralement maintenues par le mari, et le statut ou rang social, tenu par la belle-mère. Par conséquent, les JFM au Burkina Faso doivent obtenir la permission pour accéder aux soins de santé.²⁹ Par exemple, en 2010,

ⁱ Définie comme les pays qui composent la communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mali, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Togo). ⁱⁱ L'OMS définit les adolescents comme les personnes âgées de 10 et 19 ans, et les jeunes comme les personnes âgées de 10 et 24 ans (Consulté le 5 mai 2015 sur www.who.int/topics/adolescent_health/en/) (Andre Tylee, Dagmar M Haller, Tanya Graham, Rachel Churchill, Lena A Sancu. « Youth-friendly primary care services: how are we doing and what more needs to be done? » *The Lancet*, 2007: 1565-1573.) ⁱⁱⁱ Pour réduire le risque de mortalité et de morbidité périnatale et maternel, l'OMS recommande d'attendre au moins 24 mois entre la naissance et la planification d'une nouvelle grossesse. (Rapport d'une consultation technique de l'OMS sur l'espace idéal des naissances Genève, Suisse, 13-15 Juin 2005. Consulté le 19 juin 2015 sur www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing.pdf?ua=1) ^{iv} Les parents pour la première fois sont les jeunes femmes mariées de moins de 25 ans, qui ont un enfant, et leurs partenaires.

74,9 pour cent des femmes ont déclaré que celui qui prend les décisions en matière de soins de santé est principalement le mari.³⁰ L'âge affecte également le pouvoir des JFM—les plus JFM participent moins dans les décisions (9,6 pour cent des filles de 15 à 19 ans) par rapport aux femmes mariées et plus âgées (14,2 pour cent des femmes âgées de 45 à 49 ans).³¹ En outre, près de la moitié des mariages au Burkina Faso sont polygames, une coutume plus fréquente dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Ainsi, en plus des belles-mères, les décisions de SSR pour les JFM peuvent aussi être influencées par les coépouses.³²

Le Burkina Faso a l'un des taux de fécondité les plus élevés dans le monde et le nombre idéal d'enfants pour les femmes, 5,8, suggère une préférence culturelle pour les grandes familles. Toutefois, les différences entre le nombre idéal d'enfants entre les hommes et les femmes dans l'ensemble, respectivement 6,6 et 5,5, et celui entre les hommes et les femmes mariés, 7,4 et 5,8, suggèrent que les femmes subissent des pressions pour avoir des enfants une fois mariées.³³ Cette tendance se reflète également dans la prévalence contraceptive, le niveau des besoins non satisfaits, et la longueur des

intervalles intergénéraliques. Comme on le voit dans la figure 1, les JFM ont une prévalence contraceptive faible par rapport aux femmes célibataires et sexuellement actives.

Il y a une reconnaissance internationale du paysage de la SSR défavorable en Afrique de l'Ouest, et au Burkina Faso en particulier. Reflétant un élan croissant pour le changement, en 2011, le Burkina Faso a accueilli la Conférence de Ouagadougou sur la Population, le Développement, et la Planification Familiale en Afrique de l'Ouest. Là, les pays francophones de l'Afrique de l'Ouest se sont réunis pour discuter les besoins de la région en termes de santé reproductive (SR) et de planification familiale (PF), et se sont engagés à créer des plans d'action stratégiques pour renforcer la programmation PF.³⁴ Plusieurs de ces plans d'action considèrent les adolescents et les jeunes comme un groupe prioritaire. Alors qu'il y a un mouvement croissant chez le leadership régional motivé à adresser les besoins de SSR, il reste un besoin clair et urgent de services qui soutiennent les JFM et les PPF, ainsi que de programmes et de preuves afin de venir en aide à ces populations qui ont un accès difficile à des services cruciaux et à des informations primordiales.³⁵

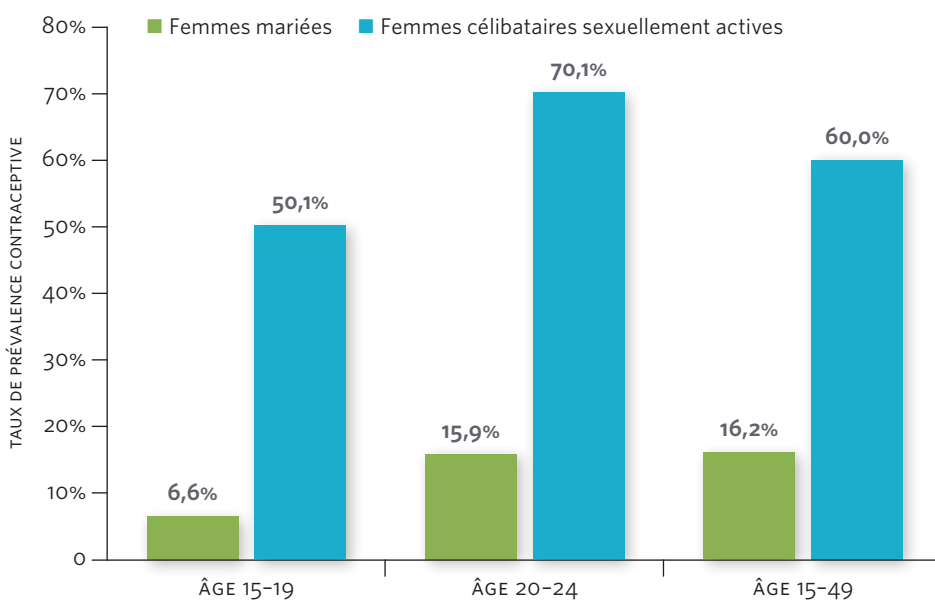
Contexte du Projet

Reconnaissant la nécessité d'élargir l'accès à une information et à des services essentiels, rapides et appropriés pour la PEIGS pour les JFM et les PPF, le Conseil d'Administration de Pathfinder a approuvé en 2012 l'utilisation de fonds privés pour commencer les opérations dans la région de l'Afrique de l'Ouest. Le Projet de Renforcement de l'Accès des Jeunes et Adolescents aux Services de Santé Sexuelle et Reproductive (PRAJA/SR) cherchait à accroître l'utilisation de la contraception pour la PEIGS chez les JFM et les PPF au Burkina Faso et en Guinée, tout en contribuant à la base mondiale de connaissances sur comment toucher cette population.

Étant le premier projet de Pathfinder dans ces deux pays, PRAJA/SR a été structuré de manière à établir des opérations dans ses deux premières années, avec une prise intensive de mise en œuvre dans sa troisième et dernière année. Le personnel du projet a consisté du gestionnaire de projet, basé en Guinée, et d'un membre du personnel de soutien à temps partiel, basé au Burkina Faso. À cause des contraintes de mise en œuvre et l'épidémie d'Ebola de 2014, la mise en œuvre du projet a été tronquée en Guinée. Par conséquent, les efforts du projet ont été focalisés à Burkina Faso.

Pour se réaliser efficacement, le projet a travaillé avec les ONG communautaires locales qui avaient une expertise sur le terrain ainsi que des infrastructures déjà en place dans les sites du projet. La gestion de projet a été réalisée grâce à des visites régulières du gestionnaire de projet, avec le soutien technique des agents techniques et de programme venant du siège social de Pathfinder, et grâce à des discussions de groupe structurées mensuellement avec les partenaires locaux et les responsables de mise en œuvre de première ligne. Cette approche intensive de surveillance qualitative et de documentation—informée par la mise

FIGURE 1: TAUX DE PRÉVALENCE DE LA CONTRACEPTION PAR ÂGE ET PAR ÉTAT MATRIMONIAL AU BURKINA FASO³⁶





Nikiema Adama, âge 23. Elle est une jeune femme mariée et leader de petits groupes. Kantchari, Burkina Faso.

PHOTO: Abdoul Baïde

en œuvre de l'approche de l'apprentissage de Pathfinder^v—a permis aux gestionnaires du projet de soutenir les responsables de mise œuvre de première ligne à participer dans un processus continu et collectif d'apprentissage et de résolution de problèmes, tout en alignant les efforts pour améliorer la mise en œuvre et la gestion du projet avec les besoins de générer des données probantes.

Stratégie du PRAJA/SR

Le PRAJA/SR avait deux objectifs spécifiques : (1) accroître l'accès et l'utilisation de la contraception et d'autres services de SSR pour les JFM et leurs partenaires, et (2) augmenter le soutien communautaire, familial, et individuel pour les JFM et leurs partenaires, afin de retarder la première grossesse jusqu'à au moins 18 ans et espacer ou limiter les grossesses subséquentes grâce à l'utilisation de la contraception. En s'inspirant de projets en Inde^{vi} et en Ouganda,^{vii} Pathfinder a développé une stratégie qui a atteint tous

les niveaux du modèle socio-écologique—individuel, communautaire et structurel—en vue de favoriser des changements dans les comportements et les normes autour de l'utilisation de la contraception et de la PEIGS parmi les JFM et les PPF. Pathfinder s'est associé avec deux ONG locales, Burkina Council of AIDS Service Organisations (BURCASO) et SOS-Jeunesse Défi (SOS-JD), ayant une expérience significative dans la programmation SSR, des liens avec le Ministère de la Santé, des réseaux d'agents de santé communautaires, et les connaissances locales pour concevoir et pour mettre en œuvre le projet.

Alors que le projet en Inde, PRACHAR, a utilisé les visites à domiciles (VAD) avec quelques activités de groupe afin d'atteindre les JFM et les PPF, le projet ougandais, GREAT, a utilisé les petits groupes de discussions. Le PRAJA/SR a mis les deux approches en œuvre au Burkina Faso. Parce que la mobilité sociale des JFM et des PPF est liée aux normes sociales et culturelles, ainsi qu'aux coûts d'opportunité liés au fait de quitter la maison,

Pathfinder a formé des animateurs (agents de santé communautaires de SOS-JD) à atteindre les JFM et les PPF en se rendant à leur domicile avec l'information liée à la SSR, donnant des consultations individuelles sur la PEIGS et la contraception et des conseils pour couples, ainsi qu'en faisant des renvois vers les établissements de santé. Au niveau communautaire, le projet a introduit des groupes de discussion pour JFM et PPF—dirigée par les JFM formées—pour compléter les VAD, ainsi que du théâtre communautaire et des discussions en groupe avec les maris et des discussions en groupe avec les responsables communautaires afin de les sensibiliser à la PEIGS et à l'utilisation de contraceptifs. Le PRAJA/SR a été structuré de manière à inclure à la fois les VAD et les discussions en petits groupes pour engager au maximum les JFM et les PPF individuellement, ainsi que, dans les petits groupes, pour permettre la croissance de cohésion sociale à travers leur apprentissage mutuel et les expériences partagées. Enfin, le projet a travaillé au niveau structurel, en diffusant les standards nationaux de santé sexuelle des jeunes et des adolescents et en intégrant des services adaptés aux jeunes dans tous les établissements, afin d'assurer un environnement favorable à des changements aux niveaux individuel et communautaire.

Le choix du site a été basé sur les critères suivants, selon les données de l'EDS-IV du Burkina Faso de 2010 : (1) la diversité des expériences des JFM et des PPF dans les zones rurales et urbaines, telles que reflétée par les indicateurs de SSR ; (2) une utilisation faible de la contraception, malgré une demande forte ; (3) des services limitées pour JFM ; (4) et l'existence de relations et d'activités déjà établis par des organisations partenaires, qui fournissent une base pour le projet. Le projet a été mis en œuvre avec la même intensité dans deux districts : le district périurbain de Nongremassom,

^v L'approche d'Apprentissage de la Mise en Œuvre est un processus par lequel les dirigeants peuvent systématiquement capturer et analyser des informations sur la façon dont les interventions sont mises en œuvre et appliquer cet apprentissage pour améliorer la qualité et l'efficacité de la mise en œuvre actuelle et future. Le processus est informé par le champ de la Science de Mise en Œuvre, et tire sur les approches de gestion des connaissances intégrées pour positionner la génération, l'analyse et l'utilisation de données dans le cycle de vie du projet dans le but de permettre l'itération et l'adaptation des interventions au cours de leur mise en œuvre, afin d'assurer une adaptation optimale au contexte et face aux changements dynamiques. ^{vi} Pour plus d'information sur PRACHAR : www.pathfinder.org/our-work/projects/prachar-promoting-change-in-reproductive-behavior-in-bihar-india.html ^{vii} Pour plus d'information sur GREAT : www.pathfinder.org/our-work/projects/gender-roles-equality-and-transformations-uganda.html

situé au sein de Ouagadougou, et le district rural Diapaga, situé dans la région Est. Voir figure 2 pour la représentation des sites du projet et les composantes de la stratégie.

Activités au niveau individuel : Visites à domicile

Les JFM manquent souvent d'autonomie, sont plus susceptibles d'être non scolarisée, et peuvent nécessiter la permission de recourir à des services de soins de santé.

La littérature mondiale sur les JFM et les PPF, ainsi que l'expérience de Pathfinder dans le projet PRACHAR, suggèrent que les VAD sont une approche efficace pour atteindre cette population, qui est marginalisée par son autonomie et sa mobilité limitées.³⁷

Les animateurs, qui sont des agents de santé communautaires travaillant sous la supervision de SOS-JD, ont mené des VAD avec les JFM et les PPF pour fournir des conseils personnalisés sur la PEIGS et la contraception, ainsi que pour donner un soutien afin de naviguer dans le contexte unique des JFM et des PPF, avec une attention particulière à la dynamique de genre et de pouvoir dans le domicile.

Entre février et mai 2014, 42 animateurs ont été formés à l'aide du programme national pour PF et SSR et d'un programme élaboré par Pathfinder pour répondre spécifiquement aux besoins uniques des JFM et PPF. La formation comprenait une approche participative pour aider les animateurs à réfléchir sur leurs propres attitudes et les valeurs envers les JFM et les PPF, la fertilité et la contraception ; pour comprendre la PEIGS ; et pour développer des compétences de conseil pour les JFM et leurs influenceurs clés, y compris aussi des suggestions pour engager la conversation avec les belles-mères.

Grâce à leur connaissance locale, SOS-JD et les animateurs ont pu identifier les ménages composés de JFM qui peuvent participer aux VAD. Chaque animateur a effectué un minimum de six visites au domicile de chaque participant. Au cours de ces VAD, les animateurs ont atteint les JFM et, si possible, leurs maris—ainsi que d'autres membres du domicile—with des conseils sur la PEIGS,

les méthodes de contraception, et de l'aide à la communication de couple, sur les préférences en matière de fécondité et de décisions du ménage. Les animateurs ont également servi comme lien essentiel entre les établissements disposant de services adaptés aux jeunes en référant les JFM et PPF et en les accompagnant si possible aux établissements de santé pour réduire la peur et la stigmatisation. Les VAD ont commencé en juin 2014 et pris fin en juin 2015.

Activités au niveau communautaire : Discussions en petits groupes et engagement des influenceurs clés

Plusieurs JFM au Burkina Faso sont marginalisées et se voient rarement accorder des possibilités pour développer un capital social ; ou pour obtenir le soutien des jeunes femmes ayant des expériences de vie semblables ; ou pour discuter de SSR, de contraception, et de fécondité avec des pairs ou des professionnels compétents. En travaillant avec SOS-JD, le projet a identifié 40 JFM qui peuvent être responsables de petits groupes afin de mener des discussions communautaires et participatives pour réfléchir aux besoins, aux droits, et aux défis des JFM et PPF ; aux obstacles auxquels les JFM font face dans la recherche de services de SSR ; aux cercles d'influence autour JFM et PPF ; à la communication dans le couple ; aux pouvoirs de décision ; à la PEIGS ; et aux points de vue et croyances liés à la fertilité et à la contraception.

Les dirigeants des petits groupes ont été choisis sur base de leurs compétences en leadership, leur maîtrise de la langue française et de la langue locale, leur disponibilité pour préparer et mener des discussions de petits groupes, et leur capacité de maintenir la confidentialité. Ils ont été formés entre février et mai 2014, en utilisant un programme de SOS-JD et un programme supplémentaire de Pathfinder, sur la sensibilisation de la communauté, les sujets de SSR, de PEIGS, et les techniques d'animation de groupe.

Le programme de Pathfinder comprenait une formation sur l'utilisation des cartes d'activités de Pathfinder, qui étaient utilisées par les groupes dans de le projet GREAT et adaptées pour le contexte burkinabé. Ces cartes d'activités proposent des activités de groupe, comme des jeux de « Vrai ou Faux? » et des jeux de rôles, suivies de questions pour guider la discussion.

Grâce à leur familiarité avec les sites du projet, les animateurs ont assisté les responsables de petits groupes avec le recrutement. Celles qui dirigent les petits groupes ont accompagné les animateurs aux domiciles des JFM pour expliquer le projet et pour établir l'heure, la date, et l'endroit où les JFM se sentaient en sécurité pour la première discussion de groupe. Chaque dirigeante de groupe était responsable d'un groupe de 15 à 18 JFM, et ces groupes se réunissaient sur une base mensuelle. À chaque réunion, les JFM qui dirigeaient demandaient aux participants de décider des futures activités et sujets de discussion, ainsi que des dates et lieux, pour que les JFM et les PPF qui participaient deviennent propriétaires des réunions et que ces réunions soient sensibles à leurs besoins, leurs intérêts, et leurs logistiques réelles.

En plus de travailler directement avec les JFM et leurs maris, les animateurs ont travaillé avec les influenceurs principaux et ceux qui prennent les décisions de SSR pour les JFM et leurs partenaires, spécifiquement les belles-mères, les coépouses, et les chefs religieux et traditionnels. Si possible, les animateurs rejoignent ces gardiens au cours des VAD avec des informations sur la PEIGS et la contraception. Les animateurs ont également travaillé dans la communauté, rendant visite aux maris sur leur lieu de travail ou de loisir.

Pour sensibiliser les chefs religieux et traditionnels, les animateurs ont organisé des réunions individuelles, des discussions et des débats communautaires, ainsi que du théâtre communautaire pour introduire l'importance de la PEIGS et l'adoption de la contraception.



Une superviseur avec les acteurs communautaires, Kantchari, Burkina Faso

Activités d'apprentissage : Une approche intensive de surveillance qualitative et de documentation

Les programmes créés pour les mères ou pour les adolescents et les jeunes ont tendance à ne pas faire de différence entre les premières fois mères et les jeunes avec plusieurs enfants, les jeunes célibataires, et les jeunes mariées.³⁸ En conséquence, on savait peu avant le PRAJA/SR sur la meilleure façon de retarder la grossesse et les naissances subséquentes chez ces populations. Reconnaisant l'importance de comprendre comment atteindre les JFM et les PPF dans le contexte du Burkina Faso, Pathfinder—avec son projet E2A—a conçu et a mis en œuvre une approche intensive de surveillance qualitative et de documentation. Inspirée par l'approche d'Apprentissage de la Mise en Œuvre de Pathfinder, ce processus a été créé pour fonctionner parmi les contraintes de ressources pour : 1) encourager la réflexion, l'analyse, et la résolution des problèmes parmi les responsables de première ligne pour affiner la mise en œuvre pour atteindre les JFM et PPF ; 2) renforcer la capacité du gestionnaire du projet de répondre aux besoins émergents dans le terrain ; et 3) assurer que les expériences du projet contribuera à la connaissance mondiale de comment atteindre cette population marginalisée. Ainsi, au centre de ce processus ont été les responsables de la première ligne, ceux qui étaient non seulement responsables de la mise en œuvre du projet, mais aussi impliqués dans la génération et l'analyse de données probantes.

Dans le cadre de cette approche, le gestionnaire du projet a animé des discussions régulières avec les partenaires de mise en œuvre, les animateurs et les responsables de petits groupes afin de réfléchir et analyser leurs approches pour atteindre les JFM et les PPF. Ces discussions ont porté spécifiquement sur des questions de « comment » (Comment atteindre les JFM et les PPF à travers leurs influenceurs clés) et « pourquoi »

Activités au niveau structurel : L'accès aux services de SSR adaptés aux jeunes

Les activités du projet aux niveaux communautaire et individuel visaient à accroître la demande pour la contraception et les services de SSR parmi les JFM. Les activités au niveau structurel visaient à assurer que la demande accrue pour les services de PF et de SSR correspond aux services disponibles. Au démarrage du projet, BURCASO utilisaient l'outil d'évaluation de prestations de services adaptés pour les jeunes de Pathfinder, servant à diriger une évaluation des établissements dans les sites du projet afin de comprendre comment ils répondaient aux besoins des adolescents et des jeunes, en particulier des JFM et des PPF. Quatre centres de soins de santé primaires ont été sélectionnés pour la mise en œuvre prioritaire. Les établissements ont été choisis en fonction de l'emplacement du travail existant, mené par SOS-JD, et sur les besoins existants de l'établissement ; en d'autres termes : les établissements avec le plus grand besoin d'amélioration pour répondre aux besoins des adolescents et des jeunes. Grâce à BURCASO, le projet a intégré des services de SSR adaptés aux jeunes dans les quatre

établissements sélectionnés, comprenant des établissements pour les méthodes contraceptives post-partum, et a dirigé des formations pour les médecins, quelques reconstructions, l'approvisionnement en cartes pour guider les consultations, du matériel pour la santé adolescente, et la dissémination des standards sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents. Enfin, BURCASO a soutenu le Ministère de la Santé dans la conduite des réunions de supervision de soutien avec les fournisseurs des établissements de santé, avec une analyse de données de prestation de services ventilées par âge, sur une base trimestrielle.

Pour soutenir les engagements au niveau national envers les adolescents et les jeunes dans le cadre des plans d'action résultant de la conférence de Ouagadougou, Pathfinder, BURCASO, et le Ministère de la Santé ont organisé un atelier national pour recenser les services existants sur la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes et les adolescents, afin d'identifier les pratiques fondées sur l'expérience, et d'investir dans la mise en œuvre des pratiques fondées sur l'expérience pour la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes et les adolescents.

FIGURE 2: STRATÉGIE DU PRAJA/SR

ACTIVITÉS AU NIVEAU INDIVIDUEL

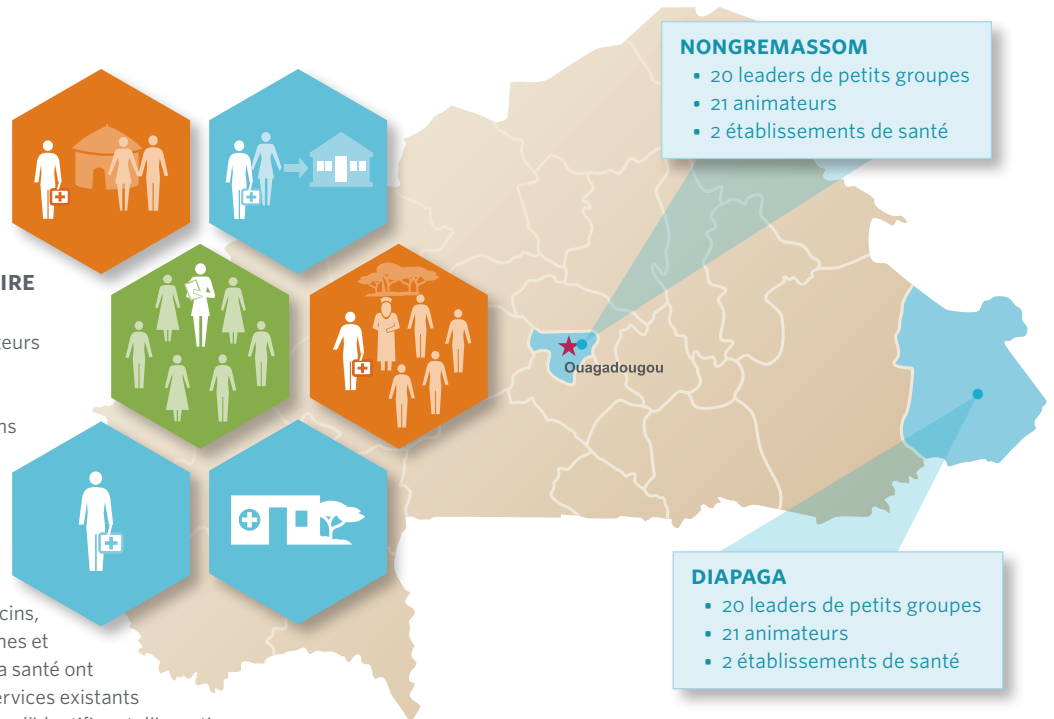
Les animateurs ont effectué les visites à domicile avec les JFM et les PPF et, quand il a été nécessaire, ont référé les JFM et les PPF aux établissements de santé.

ACTIVITÉS AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Les leaders de petits groupes ont géré des discussions entre les JFM et les PPF. Les animateurs ont organisé des réunions avec les maris, les chefs religieux et traditionnels, et autres influenceurs clés pour partager les informations sur PEIGS et la contraception.

ACTIVITÉS AU NIVEAU STRUCTUREL

Le projet a intégré des services de SSR adaptés aux jeunes dans quatre établissements de santé, a dirigé des formations pour les médecins, et a disséminé des standards sur la SSR des jeunes et des adolescents. BURCASO et le Ministère de la santé ont organisé un atelier national pour recenser les services existants sur la SSR pour les jeunes et les adolescents, afin d'identifier et d'investir dans la mise en œuvre des pratiques fondées sur l'expérience.



PRACHAR
(2001 – 2012)

Le projet **PRACHAR** de Bihar, Inde, a été mis en œuvre en trois phases avec un financement de la Fondation Packard. PRACHAR a cherché à accroître l'utilisation des contraceptifs chez

les adolescents et chez les jeunes, pour retarder et espacer les grossesses, par des interventions visant à changer les comportements et les normes sociales. Les développeurs utilisaient une preuve de programmation antérieure et également une preuve générée par programmation itérative pour développer et affiner une approche à l'évolution des comportements et des normes sociales liées à la PEIGS et à la contraception chez les adolescents célibataires, et chez les jeunes couples—y compris chez les PPF—tout en renforçant le soutien à ces groupes parmi les membres de la famille et de la communauté influents.

Les stratégies principales comprennent la formation pour les adolescents célibataires ; les visites à domicile pour les jeunes couples mariés et les parents pour la première fois ; les réunions en petits groupes pour engager les maris, les belles-mères, et d'autres personnes d'influence ; et une action communautaire pour fournir un environnement permettant un changement de comportement individuel. Les jeunes femmes dans les zones d'intervention PRACHAR étaient près de quatre fois plus susceptibles d'utiliser la contraception que les femmes dans les de comparaison, et l'utilisation de la contraception chez les PPF pour augmenter l'intervalle entre la dernière naissance et la grossesse subséquente est passée de 6 à 25 pour cent, par rapport une évolution de 4 pour cent à 7 pour cent dans la zone de comparaison.

GREAT
(2010 – 2017)

The Gender Roles, Equality, and Transformations Project (**GREAT**), est un projet financé par l'USAID dans le Nord de l'Ouganda, dirigé par l'Institut de Santé Reproductive de

l'Université de Georgetown et mis en œuvre en partenariat avec Pathfinder et Save the Children. GREAT vise à développer et à tester un ensemble d'interventions qui sont évolutives et fondées sur des preuves, afin de transformer les normes de genre, de réduire la violence fondée sur le sexe, et de promouvoir des attitudes équitables entre les sexes et la santé sexuelle et reproductive (SSR) chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans dans les communautés post-conflit.

Le modèle GREAT emploie des interventions ciblant les adolescents individuels, les normes communautaires et les facteurs structurels de mauvaise SSR chez les adolescents. Au niveau individuel, des petits groupes d'adolescents utilisent une boîte à outils composée d'un jeu communautaire, de guides de discussion de radio, de cartes d'activités, et de flipbooks. Au niveau communautaire, le projet comprenait une série et le renforcement des capacités des leaders communautaires et des mobilisateurs à comprendre et à transformer les normes de genre. Au niveau structurel, les équipes de santé du village étaient formés pour être sensible à la SSR des adolescents et à leur besoins uniques. Les résultats indiquent une nette amélioration de 16 pour cent dans l'utilisation des contraceptifs, et une augmentation de 10 pour cent dans l'auto-efficacité liée à l'utilisation de la contraception chez les adolescents nouvellement mariés et parentale.

(pourquoi une telle approche marche bien pendant qu'une autre approche ne marche pas ?). Ces discussions ont eu lieu entre octobre 2014 et mars 2015. Les premières discussions portaient sur des réflexions sur le processus de mise en œuvre du projet en termes généraux, les succès et les défis du projet, et la réflexion critique sur l'apprentissage du projet. Au fil du temps, le gestionnaire du projet a affiné les guides et les questionnaires des discussions autour des thèmes émergents, permettant ainsi d'adapter l'objet des discussions et les données probantes obtenues en fonction de l'évolution du processus de réflexion critique parmi les responsables de mise en œuvre de première ligne. Tout au long de ce processus, le gestionnaire de projet analysait les données qualitatives chaque mois, et identifiait des hypothèses préliminaires sur comment toucher les populations cibles dans le contexte du projet. En avril 2015, à la fin de la mise en œuvre, les responsables de première ligne ont été invités à participer à une dernière discussion de groupe pour valider les leçons tirées de leurs discussions de groupe antérieures. Pour plus de détails concernant la collecte de données, l'analyse du projet, et la supervision du mécanisme d'apprentissage, voir la figure 3.

Résultats

Des leçons tirées des programmes précédents ont fourni les données nécessaires pour la conception de ce projet ainsi que de ses objectifs concernant la production de données probantes afin de combler les lacunes dans les connaissances existantes. Par exemple, les résultats de PRACHAR suggèrent que les approches doivent être adaptées à des stades spécifiques de la vie, à des préoccupations et à des besoins de la population cible ; les gérants doivent donc cultiver le soutien et l'engagement de ceux dans les rôles de gardiens, tels que les belles-mères, les chefs traditionnels et religieux, et les maris ; et

les multiples approches qui se complètent, comme des rencontres individuelles et des activités de groupes, peuvent renforcer la force des informations et l'apprentissage.³⁹ En outre, les projets doivent assurer l'accès à des services de santé appropriés, adaptés aux jeunes, en particulier pour les bénéficiaires des interventions, de sorte que la génération en demande sera satisfaite avec les services appropriés.⁴⁰ Ces résultats ont influencé la conception du PRAJA/SR, et des éléments de PRACHAR et de GREAT ont été adaptés au contexte du Burkina Faso.

Bien que ces constatations dataient d'avant le projet, les preuves sur l'impact des interventions ciblant spécifiquement les JFM, les PPF, et les JFM avec plusieurs enfants restent manquant. Pour cette raison, le PRAJA/SR a collecté : (1) des données quantitatives provenant des activités standards de surveillance menées tout au long de la vie du projet afin de déterminer les effets des activités sur les populations cibles, et (2) des données de l'approche intensive de surveillance qualitative et de comprendre comment et pourquoi ces activités affectaient les JFM et les PPF. Ci-dessous se trouve une discussion des résultats des approches quantitatives et qualitatives combinées.

Couverture du projet et performance

Le PRAJA/SR a aidé 650 JFM au cours de la mise en œuvre du projet. Quarante petits groupes se sont rencontrés régulièrement, et ont enregistré 4,269 présences individuelles de JFM et PPF. Pour créer un environnement propice aux JFM et aux PPF, les animateurs ont fait 1,923 visites à domiciles pour engager la conversation avec les belles-mères et autres influenceurs, et ont eu 171 contacts avec les chefs traditionnels et religieux pour les sensibiliser et pour partager les informations sur la SSR et la PEIGS. Selon les données recueillies lors des visites à domicile de base par les

animateurs, 41^{viii} pour cent des JFM dans les sites du projet utilisaient la contraception pour retarder ou espacer les grossesses. Pendant l'exécution du projet, les animateurs ont renvoyés 345 JFM vers les établissements de santé pour des services de contraceptions. Lors des visites à domicile de fin d'étude, 81^{ix} pour cent des JFM ont déclaré qu'elles utilisaient la contraception pour retarder ou espacer la grossesse, suggérant que les activités de projet au niveau individuel, communautaire, et structurel ont contribué à la création d'un environnement favorable aux JFM pour chercher des services de contraception.

Leçons tirées de l'analyse systématique de la mise en œuvre : Comment toucher les JFM et les PPF

L'analyse qualitative a cherché à comprendre et à documenter les processus, les techniques et les connaissances tacites des responsables de première ligne et des partenaires locaux en atteignant les JFM et les PPF, contribuant ainsi à la base de connaissances mondiale.

ENGAGER CEUX DANS LES RÔLES DE GARDIENS POUR TOUCHER LES JFM ET LES PPF

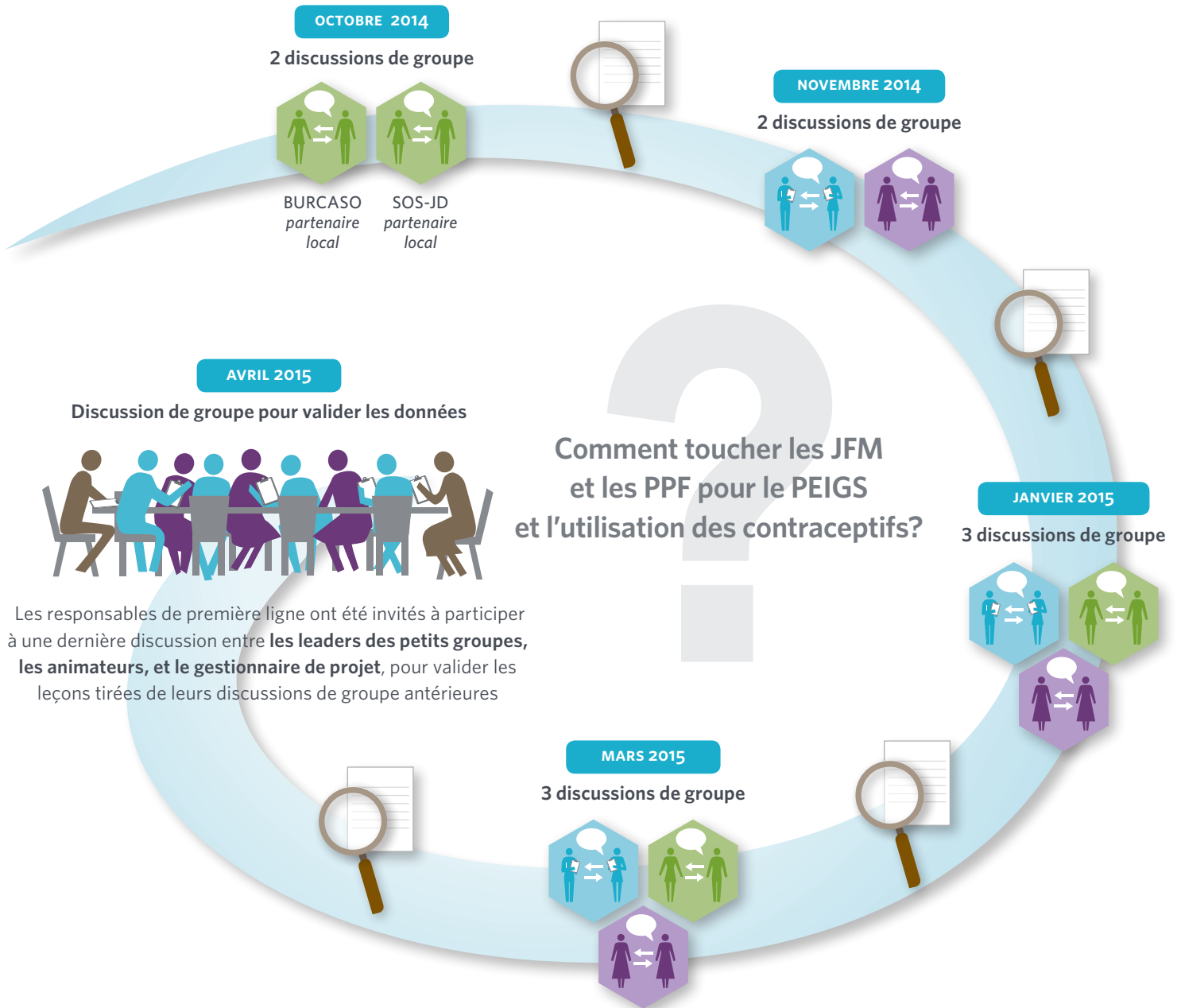
« C'est avant tout une question de comprendre le cercle d'influence qui entoure les JFM, de rencontrer ce cercle et de le convaincre avant toute réunion avec les JFM. »



—ANIMATEUR, DISCUSSION DE GROUPE, OUAGADOUGOU



Malgré la différence de contextes, les conclusions du Burkina Faso a confirmé les conclusions de l'Inde : pour toucher les JFM et les PPF, les développeurs doivent d'abord cultiver l'engagement et le soutien chez les gardiens clés. Les belles-mères, les coépouses et les maris influencent le processus décisionnel des JFM et PPF. Dans certains cas, ces influenceurs empêchent les JFM et PPF d'utiliser la contraception pour la PEIGS à cause de la fausse information. Par

^{viii} Parce que les animateurs donnent des conseils sur la contraception aux JFM, et que ce sont les animateurs qui collectent ces informations pour informer de leur stratégie, il y a la possibilité que les JFM soient motivées à répondre « oui » quand les animateurs leur demandent si elles utilisent la contraception, car la réponse désirée selon les conseils est « oui ». ^{ix} Ibid.

FIGURE 3: L'APPROCHE INTENSIVE DE SURVEILLANCE QUALITATIVE DE PRAJA/SR



-  = Discussion de groupe avec **8-10 animateurs**, mené par le gestionnaire de projet
-  = Discussion de groupe avec **3-4 participants de BURCASO et SOS-JD**, mené par le gestionnaire de projet

-  = Discussion de groupe avec **8-10 responsables de petits groupes**, mené par le gestionnaire de projet
-  = Le gestionnaire de projet, soutenu par Pathfinder et son projet, E2A, analyse les données qualitatives

exemple, les animateurs ont constaté que souvent, les partenaires avaient des idées fausses à propos de la PF : « La PF n'est pas acceptée car elle est interprétée comme le refus d'avoir des enfants, de sorte qu'animateurs/animateuses expliquent qu'elle signifie en fait l'espacement des naissances. » En outre, les animateurs et les leaders de petits groupes ont déclaré que les belles-mères et coépouses ont directement entravés le contact les JFM et des PPF jusqu'à ce qu'elles estimaient avoir été traités avec le respect approprié. Par exemple, dans leurs discussions de groupe, les animateurs ont expliqué : « Une fois que j'étais avec le [leader de petit groupe], nous avons visité une maison pour voir une jeune femme mariée. Quand je suis parti pour la première fois, la belle-mère ne nous a pas reçus. Je suis revenu une deuxième fois avec le [agent de santé communautaire] pour m'accompagner, et nous avons été reçus. Après une interview, elle nous a permis de parler à la jeune femme mariée. »

Belles-mères

« J'étais en conversation avec une jeune femme mariée sans sa belle-mère. Lorsque la belle-mère est arrivée, elle n'était pas heureuse. Nous n'avions pas encore eu de conversation avec la belle-mère. J'ai fini notre discussion et je suis immédiatement allé signaler ma présence/me présenter. »

—ANIMATEUR, KANTCHARI

Les discussions avec les responsables de première ligne confirment que les belles-mères ont une influence notable et le pouvoir de décision concernant la SSR. Par exemple, un animateur a indiqué que « si les hommes portent le pantalon, ce sont les femmes qui choisissent les pantalons qu'ils portent. » De nombreux animateurs estiment qu'ils ont été reçus différemment au cours des visites à domicile quand ils ont abordés les JFM en premier et quand ils ont abordé les belles-mères en premier. En conséquence, les responsables de première ligne recommandent que les

exécutants considèrent les belles-mères en tant que groupe cible primaire qui devrait être approché individuellement au début des interventions de sensibilisation. Les développeurs devraient saisir cette occasion pour se présenter et présenter le projet avant d'aborder les JFM et les PPF. En outre, **les animateurs ont constaté que les belles-mères étaient réceptives aux messages adaptés à l'étape de la vie de la belle-fille.** Par exemple, pour les belles-filles sans enfants, les animateurs ont expliqué aux belles-mères la possibilité que la santé de l'enfant soit faible si la mère avait une grossesse précoce et des accouchements fréquents. Concernant les belles-filles avec beaucoup d'enfants, les animateurs ont expliqué que les grandes familles sont coûteuses, que les enfants ont des coûts, comme les frais d'éducation et de soins de santé.

Coépouses

« Dès que la première coépouse est mise au courant (et elle comprend pourquoi nous ciblons les JFM), elle encouragera la coépouse à participer. »

—DISCUSSION DE GROUPE, KANTCHARI

Dans la conception du PRAJA/SR, Pathfinder a compris que les coépouses seraient un facteur important. Cependant, étant donné le manque de données sur la façon d'engager les JFM et les PPF au Burkina Faso et de stratégies documentées pour engager les coépouses, on voit mal comment ce rôle des coépouses influencerait la prise de décision des JFM et de leurs partenaires autour de la contraception. Les animateurs et les leaders de petits groupes ont trouvé de la variation dans la définition de coépouse et dans la réponse des coépouses au projet. Tout d'abord, la définition de « coépouse » s'étend des belles-sœurs jusqu'aux cousines, en plus des femmes qui partagent le même mari. Des coépouses en milieu urbain ont posé des obstacles à la participation du projet parce qu'elles craignaient que les JFM soutenues

par le projet et qui utilisent la contraception deviennent plus disponibles pour satisfaire les besoins sexuels du mari. En outre, les coépouses âgées présentent des similarités avec les belles-mères à l'égard de l'influence qu'elles maintiennent. De la même façon que dans leurs expériences avec les belles-mères, les animateurs ont constaté qu'ils ont été reçus différemment dans les domiciles quand ils ont parlé aux coépouses plus âgées d'abord, avant de parler avec les JFM.

Les résultats suggèrent que le rôle et l'influence des coépouses varient selon les zones urbaines et rurales au Burkina Faso. Cependant, les coépouses âgées semblaient avoir constamment plus d'influence que les jeunes coépouses. Les responsables de première ligne recommandent que **les responsables de la mise en œuvre reconnaissent les diverses relations entre coépouses et d'adapter les stratégies par rapport aux relations.** Spécifiquement pour les zones urbaines, où il y avait moins de soutien au niveau de la participation des JFM dans le projet en raison de la jalousie entre les coépouses, **les coépouses âgées devraient être approchées individuellement et avec courtoisie pour expliquer le projet et son but.** De même, dans les zones rurales où la jalousie est inférieure, les coépouses plus âgées peuvent encore être rapprochées en premier lieu, pour qu'elles puissent contribuer à faciliter le soutien des jeunes coépouses. **Enfin, inclure les coépouses en discussions en petits groupes et parler avec elles séparément pendant les visites à domicile pour écouter leurs préoccupations et leurs besoins réduit les obstacles à toucher les JFM et les PPF pour les exécutants du projet.**

Maris

« Il y a parfois un conflit de générations et le mari est irrité d'avoir à discuter avec sa femme en présence d'une tierce personne s'il y a un grand écart d'âge. »

—DISCUSSION DE GROUPE, OUAGADOUGOU

Les preuves venant de plusieurs projets concernant les PPF et venant du propre travail de Pathfinder sur les JFM et les PPF mettent l'accent sur l'importance d'impliquer les maris des JFM et des PPF.⁴¹ Le PRAJA/SR a été conçu dans cet esprit, et les stratégies pour faire participer les hommes incluaient des rencontres au cours des visites à domicile ainsi que des événements communautaires. Cependant, les animateurs ont trouvé que peu d'hommes étaient disponibles pendant des visites à domicile. En outre, les animateurs ont indiqué que de grands écarts d'âge entre les couples ont contribué à une dynamique de pouvoir inégale, qui rendait difficile pour la jeune femme de s'exprimer ouvertement. Les hommes qui étaient significativement plus âgés que leurs épouses ne se sentaient pas à l'aise de discuter de questions personnelles en face d'une tierce personne.

Les résultats des discussions de groupe ont révélé des approches différentes que les responsables de première ligne ont tentées afin de mobiliser les partenaires dans les zones urbaines, les partenaires dans les zones rurales, et les partenaires beaucoup plus âgés que les JFM. Pour engager les partenaires dans les zones urbaines, la stratégie la plus commune et efficace était d'**obtenir le numéro de téléphone mobile du partenaire pour que l'heure et la date des visites à domicile puissent être organisées à l'avance.** Pour engager les partenaires dans les zones rurales, **les animateurs ont joint les maris au domicile avant que le mari ne le quitte pour son travail, et aussi pendant qu'ils étaient au travail dans les champs, ou lors de rassemblements hebdomadaires dans la communauté.** En réponse à l'écart d'âge, les responsables de première ligne **recommandent de parler aux maris plus âgés et aux JFM séparément, de sorte que chacun se sente à l'aise pour s'exprimer ouvertement, tandis que les couples qui sont d'un âge proche peuvent participer ensemble à la consultation en couple.**

ADAPTATION DES TECHNIQUES POUR TOUCHER LES JFM ET LES PPF EN ZONES RURALES ET EN ZONES URBAINES

Des différences importantes existent entre les milieux urbains et ruraux, tels que des taux plus élevés de polygamie, et des tendances au mariage et à la fécondité précoces dans les zones rurales, ce qui rend nécessaire d'adapter des approches spécifiques. Les animateurs et les leaders de petits groupes ont observé des différences dans les attitudes et dans les comportements entre les participants du projet dans les zones urbaines et rurales. Les belles-mères dans les zones urbaines étaient plus exposées à l'information sur la PF ; cependant, elles ne disposaient pas toujours des informations exactes. En outre, les responsables de première ligne signalent des différences dans la manière d'utiliser au mieux le message pour engager les belles-mères urbaines et rurales. Bien que les messages de la PEIGS aient été utilisés de manière uniforme pour les belles-mères des deux côtés, l'analyse des connaissances tacites de responsables de première ligne sur la manière d'engager ces parties prenantes sont importantes et utiles : **bien que les résultats reflètent que les belles-mères urbaines ont répondu de façon plus significative aux messages qui comprenaient la charge de travail répartie dans la maison si la belle-fille a plusieurs naissances, les belles-mères rurales ont plutôt répondu aux messages orientés vers les informations sur les concepts de la PEIGS—ce qui reflète probablement que les concepts des naissances limitées et espacées sont naissances dans les contextes ruraux.** En outre, les animateurs ont trouvé que certaines JFM de moins de 14 ans venant de zones rurales dorment dans les résidences des belles-mères jusqu'à ce qu'elles soient suffisamment âgées pour avoir des enfants, et ne parlent pas aux responsables de première ligne sans la présence des belles-mères.

VARIATION DES STRATÉGIES POUR ENGAGER LES JFM SANS ENFANTS, LES PPF ET LES JFM AYANT PLUS D'UN ENFANT

Les preuves de l'Inde suggèrent l'importance d'adapter les stratégies et les projets aux JFM sans enfant et aux JFM et leurs partenaires ayant des enfants. Les conclusions de la documentation de processus et d'apprentissage renforcent cette constatation dans le contexte du Burkina Faso. Des discussions structurées avec les responsables de première ligne ont révélé des expériences et des besoins variés parmi les JFM et les PPF. Comme suggéré par les résultats des animateurs, **les messages axés sur les risques de grossesse précoces étaient plus efficaces pour les JFM sans enfant ; les messages sur la PEIGS étaient plus efficaces avec les PPF ; et les messages qui ont souligné les coûts des enfants pour les familles nombreuses sont les plus efficaces pour les JFM avec plusieurs enfants et qui étaient plus réceptives à l'apprentissage de la PF.**

Les Prochaines Étapes

Comme les preuves le suggèrent, les JFM et les PPF au Burkina Faso ont un fort besoin de services adaptés de SSR. Les résultats de PRAJA/SR suggèrent que les éléments de programmation précédente de Pathfinder (spécifiquement PRACHAR et GREAT) peuvent être adaptés avec succès aux contextes différents pour répondre à la demande de certaines populations. En outre, les résultats confirment que les responsables de mise en œuvre doivent engager les JFM et les PPF et chercher à comprendre le contexte social qui leur entoure ; que l'approche doit être alignée avec l'environnement (zone rurale ou zone urbaine), et que l'approche doit être également alignée avec les rapports entre les JFM, les PPF, et leur sphère d'influence directe. De plus, les résultats mettent en valeur l'approche intensive de surveillance qualitative pour engager les responsables de première ligne en tant qu'experts par rapport

aux questions que nous devons nous poser : au-delà de l'efficacité, comment ces interventions fonctionnent-elles?

Alors que le Ministère de la Santé burkinabé et ses dirigeants régionaux voisins poursuivent de plus en plus la programmation sur la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes et les adolescents, il y a un besoin de preuves démontrant la façon dont nous atteignons ces populations les plus marginalisées et difficiles à atteindre. Plutôt que de compter uniquement sur des indicateurs quantitatifs, le PRAJA/SR a conçu un processus pour collecter des données qui comprenait tous les partenaires de mise en œuvre pour identifier les moyens de soutenir les JFM et PPF au Burkina Faso à accéder à l'information et aux services de PEIGS et de contraception—ainsi transformant les connaissances tacites en données probantes pour l'apprentissage interne au projet et pour l'apprentissage global. En plus, ce processus donne aux responsables de première ligne les moyens de créer et d'utiliser les informations, de soutenir les approches de gestion du projet en assurant l'engagement entre les responsables de première ligne et celui qui dirige le projet, et, finalement, de contribuer à la connaissance mondiale des JFM et des PPF, malgré les contraintes de ressources.

Les projets semblables au PRAJA/SR sont trop souvent limités dans leur capacité de contribuer à la base globale de

connaissances, même s'ils portent sur des questions importantes comme les stratégies pour atteindre les populations les plus marginalisées. Ce projet a ancré une enquête itérative dans sa structure de gestion afin d'encourager un partage d'apprentissage auprès des responsables de première ligne. Cette approche qualitative et systématique a permis les résultats décrits ci-dessus—ce qui constitue un résultat en soi. Des approches systématiques de l'Apprentissage de la Mise en Œuvre peuvent offrir à notre communauté de SSR des connaissances essentielles sur la façon de diriger et de raffiner nos efforts futurs. L'expérience du PRAJA/SR suggère que cette approche pourrait mériter une plus large application.

RÉFÉRENCES

(1-3) Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010* (Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International). (4) World Health Organization, « Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing, June 2005 » www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing.pdf?ua=1. (5-6) Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010* (Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International). (7-9) Population Reference Bureau, « PRB World Population Data Sheet 2013, » www.prb.org/DataFinder/Geography/Data.aspx?ind=10,19&loc=256,241,258&hl=True. (10-12) Population Reference Bureau, « PRB World Population Data Sheet 2014, » www.prb.org/DataFinder/Geography/Data.aspx?ind=10,19&loc=256,241,258&hl=True. (13) Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010* (Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International). (14) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division,

Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2015 (New York : United Nations, 2015). (15) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2015* (New York : United Nations, 2015). (16-18) Population Reference Bureau, « PRB World Population Data Sheet 2014, » www.prb.org/DataFinder/Geography/Data.aspx?ind=10,19&loc=256,241,258&hl=True. (19-21) Population Reference Bureau, « PRB World Population Data Sheet 2013, » www.prb.org/DataFinder/Geography/Data.aspx?ind=10,19&loc=256,241,258&hl=True, consulté le 21 juin 2015, data.unicef.org/child-protection/child-marriage. (25-27) WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, United Nations Population Division, *Trends in maternal mortality : 1990 to 2013 : Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, and the United Nations Population Division* (Geneva: WHO, 2014). (28) N Haberland et al., « A world apart: The disadvantage and social isolation of married adolescent girls » (brief based on background paper prepared for the WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents) (New York: Population Council, 2014). (29) D Telesphore Some, T Sombie, N Meda, « How decision for seeking maternal care is made—a qualitative study in two rural medical districts of Burkina Faso » *Reproductive Health* (2013); 10(8). (30-33) Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010* (Calverton, Maryland, USA : INSD et ICF International). (34) Ouagadougou Partnership, « Francophone West Africa on the Move: A Call to Action 2012, » consulté le 21 mai 2015, www.prb.org/pdf12/ouagadougou-partnership_en.pdf. (35) Margaret E. Greene, Jill Gay, Gwendolyn Morgan, Regina Benevides, and Fariyal Fikree, *Reaching Young First-Time Parents for the Healthy Spacing of Second and Subsequent Pregnancies* (Washington, DC : Evidence to Action Project, 2014). (36) Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010* (Calverton, Maryland, USA : INSD et ICF International). (37-38) Margaret E. Greene, Jill Gay, Gwendolyn Morgan, Regina Benevides, and Fariyal Fikree, *Reaching Young First-Time Parents for the Healthy Spacing of Second and Subsequent Pregnancies* (Washington, DC : Evidence to Action Project, 2014). (39) Pathfinder International, *PRACHAR: Advancing Young Peoples Sexual and Reproductive Health and Rights in India* (Watertown, MA : Pathfinder International, 2012). (40-41) Margaret E. Greene, Jill Gay, Gwendolyn Morgan, Regina Benevides, and Fariyal Fikree, *Reaching Young First-Time Parents for the Healthy Spacing of Second and Subsequent Pregnancies* (Washington, DC : Evidence to Action Project, 2014).

À PROPOS DU PROGRAMME: Avec le financement de la John D. Templeton Foundation, de la Weyerhaeuser Family Foundation, de la William and Flora Hewlett Foundation, USAID à travers le projet E2A de Pathfinder, et des fonds de Pathfindings, Pathfinder met en œuvre un modèle fondé sur l'expérience afin de promouvoir l'utilisation des contraceptifs pour l'espacement de la grossesse chez les jeunes femmes mariées et leurs partenaires au Burkina Faso.

COLLABORATEURS

Abdoul Balde
Regina Benevides
Katie Chau
Claire Cole
Callie Simon
Anna Tomasulo

PATHFINDER INTERNATIONAL GUINÉE

4ème étage, Immeuble Airwell (Face SEEG)
Quartier Almamy, commune de Kaloum
Conakry, Guinée

PATHFINDER INTERNATIONAL HEADQUARTERS

9 Galen Street, Suite 217
Watertown, MA 02472, USA
Phone: 1-617-924-7200
TechnicalCommunications@Pathfinder.org



Pathfinder
INTERNATIONAL
Sexual and reproductive health
without fear or boundary

Le contenu de la présente publication relève de l'unique responsabilité de Pathfinder International.

Citation suggérée: Pathfinder International. *Toucher les jeunes femmes mariées et les parents pour la première fois pour la planification et l'espacement idéal des grossesses au Burkina Faso*. Watertown, MA: Pathfinder International, 2015.

WWW.PATHFINDER.ORG