

Numéro de projet : 18.2048.9-001.00

Numéro de contrat : 81258413

BURUNDI

EVALUATION FINALE DES CONNAISSANCES DES JEUNES ET ADOLESCENTS
DE LA ZONE DU PROJET SDSR SUR LA SSR : Monitoring de l'indicateur 3 du
Projet SDSR

Rapport définitif

Décembre 2022



Renforcement des structures de
santé dans le domaine de la pla-
nification familiale et de la santé
et des droits sexuels et repro-
ductifs (SDSR)

Empreinte

En tant qu'entreprise fédérale, la GIZ appuie le Gouvernement allemand pour atteindre ses objectifs dans le domaine de la coopération internationale pour un développement durable

Publié par

Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Sièges

Bonn et Eschborn, Allemagne

Friedrich-Ebert-Allee 40
53113 Bonn, Allemagne
Téléphone : +49 228 44 60-0
Télécopie : +49 228 44 60-17 66

Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5
65760 Eschborn
Téléphone : +49 61 96 79-0
Télécopie : +49 61 96 79-11 15

Courriel info@giz.de
Internet www.giz.de

Responsable

Mme Ursula Schoch

Auteurs

Tiburce NYIAMA, David ARAKAZA

Nom et logo de la société sous contrat

GFA Consulting Group GmbH



Lieu et date de publication

Hambourg, décembre, 2022

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	v
RESUME EXECUTIF	1
1. Introduction.....	6
1.1 Contexte et justification.....	6
1.2 Objectif de la collecte.....	7
2. Méthodologie utilisée.....	8
2.1 Revue documentaire.....	8
2.2 Cible de la collecte.....	8
2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion des participants	9
2.4 Base de sondage	9
2.5 Echantillonnage	10
2.5.1 Taille de l'échantillon	10
2.5.2 Mode de tirage et constitution de l'échantillon	11
2.6 Traitement et analyse des données	13
2.6.1 Revue et ajustement de la collecte.....	13
2.6.2 Epurement et redressement des données	13
2.6.3 Couverture des échantillons quantitatifs	13
2.6.4 Programme de traitement quantitatif et procédé d'analyse de contenu	14
2.6.5 Approche et outils de traitement et d'analyse des données quantitatives et qualitatives	14
2.7 Activités préparatoires à la collecte : Recrutement et formation des agents de collecte	14
3. Collecte des données.....	15
3.1 Ateliers de préparation de la collecte	15
3.2 Déroulement de la collecte des données	15
3.3 Difficultés rencontrées, solutions apportées, perspectives d'avenir	16
4. Caractéristiques socio-démographiquesdes enquêtes	16
4.1 Présentation de l'échantillons quantitatif	16
4.2. Présentation de l'échantillon qualitatif	18
4.3 Répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques	19
5. Connaissances en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes de 15- 24 ans : niveaux et caractéristiques.....	20
5.1 Connaissances sur la prévention des grossesses précoces	21
5.2 Connaissance des méthodes modernes de contraception	25
5.3 Niveaux de connaissances des jeunes sur les IST	29
5.3.1 Evolution des connaissances des jeunes sur les IST	33
5.3.2 Evolution et qualité des connaissances en IST attribuées aux jeunes par les animateurs	34
5.3.3 Qualité des connaissances.....	35
5.3.4 Niveaux de connaissances des jeunes sur le VIH/SIDA.....	35

5.3.5	Evolution des connaissances des jeunes sur les VIH/SIDA	39
5.3.6	Qualité de connaissances attribuées aux jeunes par les animateurs en matière de VIH/SIDA.....	39
5.3.7	Niveau de Connaissances et prise en charge des VSBG.....	39
5.3.8	Evolution des connaissances des jeunes sur les VSBG.....	44
5.3.9	Evolution et qualité des connaissances attribuées aux jeunes par les animateurs en VSBG	45
5.3.10	Différences observées en termes de connaissances et pratiques entre les thématiques du projet	45
5.3.11	Différences en matière de connaissances entre IST et VIH	45
5.3.12	Différences en matière de connaissances entre IST et VSBG	46
5.3.13	Différences en matière de connaissances entre VIH et VSBG.....	46
6.	Utilisation des services SSRAJ	47
6.1	Taux d'utilisation des services SSRAJ	47
6.2	Utilisation et motif de consultation des services SSRAJ	48
6.3	Sources d'information en SSRAJ	50
6.4	Différences en termes de pratiques entre les thématiques des IST, VIH et VSBG....	51
7.	Déterminants des connaissances et pratiques en SSRAJ	53
7.1	Déterminants de l'évolution (baisse, inerties, augmentation) des niveaux de connaissances et des pratiques en IST, VIH, et VSBG	53
7.1.1	Déterminants de l'augmentation des connaissances et pratiques sur les IST et VIH/SIDA.....	54
7.1.2	Déterminants de l'inertie des connaissances et pratiques en matière d'IST/VIH	56
7.1.3	Déterminants de l'importance du changement et de l'inertie des connaissances et pratiques chez les catégories de bénéficiaires les plus sensibles et les moins sensibles	56
7.2	Analyse de l'influence des déterminants spécifiques par groupes de déterminants sur la sensibilité au changement de la connaissance :	58
7.3	Influence des déterminants spécifiques par rapport aux profils de bénéficiaires :	58
7.4	Influence des déterminants spécifiques par rapport aux milieux	59
7.4.1	Milieu scolaire	59
7.4.2	Milieu communautaire	60
7.4.3	Importance comparée des déterminants spécifiques.....	60
7.4.4	Déterminants des changements par catégorie de bénéficiaires les moins affectés et changements en matière de connaissance, et pratiques.....	61
7.5	Déterminants de l'importance du changement et de l'inertie des connaissances et pratiques chez les catégories de sites/milieux d'intervention du réseau les plus sensibles et les moins sensibles.....	62
7.5.1	Cas des milieux/site les plus sensibles	62
7.5.2	Cas des milieux/sites les moins affectés par les changements/inerties selon les déterminants	64
7.6	Déterminants des différences de résultats (connaissances et pratiques) entre thématiques du projet	66

8. Discussion et conclusion générale	69
9. Bibliographie.....	70
ANNEXES	71
ANNEXE 1 : Protocole de collecte des données	
ANNEXE 2 : Fiche de collecte des données de l'indicateur 3	
ANNEXE 3 : Guide d'entretien pour la collecte des données qualitatives sur l'indicateur 3 du module	

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition de l'échantillon par province	13
Tableau 2: Répartition de l'échantillon quantitatif par district sanitaire et par milieu de l'enquête.....	16
Tableau 3: Répartition de l'échantillon qualitatif par district sanitaire.....	18
Tableau 4: Répartition de l'échantillon par tranche d'âge et par sexe.....	19
Tableau 5: Récapitulatif des caractéristiques socioculturelles des jeunes de l'échantillon.....	20
Tableau 6: Bonnes réponses sur la prévention des grossesses précoces selon la scolarité et le sexe	21
Tableau 7: Bonnes réponses sur la prévention des grossesses précoces selon la scolarité par sexe	22
Tableau 8: Bonnes réponses sur les méthodes modernes de contraception	26
Tableau 9: Niveau de connaissance des méthodes modernes de contraception selon la scolarité par sexe.....	27
Tableau 10: Bonnes réponses sur les ISTs	30
Tableau 11: Niveau de connaissances sur les ISTs selon la scolarité par sexe.....	31
Tableau 12: Evolution des connaissances des jeunes sur les ISTs.....	33
Tableau 13: Bonnes connaissances sur le VIH/SIDA.....	36
Tableau 14: Niveau de connaissances sur le VIH/SIDA selon la scolarité par sexe	37
Tableau 15: Evolution des connaissances des jeunes sur les ISTs.....	39
Tableau 16: Bonnes réponses sur les VSBG selon la scolarité par sexe	41
Tableau 17: Niveaux des connaissances sur les VSBG par scolarité et sexe	42
Tableau 18: Evolution des connaissances des jeunes sur les les VSBG	44
Tableau 19: Taux d'utilisation des services SSRAJ.....	48
Tableau 20: Récapitulatif des services SSRAJ plus consultés par les jeunes.....	49
Tableau 21: Motif de consultation des services SSRAJ	50
Tableau 22: Sources d'information des jeunes de 10-24ans sur la SSRAJ.....	51

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Bonnes connaissances sur la prévention des grossesses précoces selon le niveau de scolarité et le sexe	24
Graphique 2: Bonnes connaissances des jeunes non-scolarisés selon le niveau d'instruction atteint et le sexe	25
Graphique 3: Bonnes connaissances sur les méthodes modernes de contraception selon le niveau de scolarité et le sexe	28
Graphique 4: Bonnes connaissances sur les méthodes modernes de contraception selon le niveau de déscolarité et le sexe	28
Graphique 5: Bonnes connaissances sur les ISTs selon le niveau de scolarité et le sexe.....	32
Graphique 6: Bonnes connaissances sur les ISTs selon le niveau de déscolarité et le sexe	33
Graphique 7: Connaissances sur le VIH/SIDA selon le niveau de scolarité et le sexe	37
Graphique 8: Connaissances sur le VIH/SIDA selon le niveau de déscolarité et le sexe.....	38
Graphique 9: Bonnes connaissances sur les VSBG selon le niveau de scolarité et le sexe	43
Graphique 10: Bonnes connaissances sur les VSBG selon le niveau de déscolarité et le sexe.....	44

ABREVIATIONS

AC	Animateur Communautaire
AE	Animateur Scolaire
AS	Animateur Sanitaire
ASBL	Association sans but lucratif
B	Bénéficiaires (catégorie des déterminants bénéficiaires)
BDS	Bureau du district Sanitaire
BPS	Bureau Provincial de la Santé
CA2	Champ d'Action 2
C4D	Communication pour le Développement
CAP	Couple Années de Procreation
CAP	Connaissances-Attitudes-Pratiques
CDFC	Centre de Développement Familial et Communautaire
CDS	Centre de Santé
CDSAJ	Centre de Santé Ami des Jeunes
CPN	Consultation Prénatale
CPON	Consultation Postnatale
CRB	Croix Rouge Burundi
CSE	Cellule de Suivi et Evaluation
DCE	Directeur Communal de l'Education
DPE	Directeur Provincial de l'Education
DS	District sanitaire
ECD	Equipe cadre de district
EDSB	Enquête Démographique et de Santé du Burundi
EPS	Education pour la Santé
F	Familial (catégorie de déterminants liés à la famille)
FVS	Famille pour Vaincre le Sida
GFA	Gesellschaft für Agrarprojekte in Übersee
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GND	Grossesses non-désirées
I	Institutionnel(s) (catégorie de déterminants institutionnels)
IEC	Information, éducation, communication
INSP	Institut National de Santé Publique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ISTEEBU	Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi
M	Milieu/environnemental (catégorie de déterminants liés au milieu administratif et physique)
MCD	Médecin Chef de District
MCM	Méthodes contraceptives modernes
MDPS	Médecin Directeur de la Province Sanitaire
MIILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
MU	Muramvya
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAD	Partenaires au Développement

PF	Planification Familiale
PND	Plan National de Développement Sanitaire
PNSR	Programme Nationale de Santé de la Reproduction
PSN-SRMNIA	Plan Stratégique National de la Sante de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents
PTF	Partenaire Technique et Financier
RCBIF	Réseau des Confessions Religieuses pour la promotion de la Santé et le Bien Être Intégral de la Famille
RCRSS	Réseau des Confessions Religieuses pour la Promotion de la Santé et la lutte Contre le SIDA
RSPSJ	Réseautage Socio Communautaire pour la promotion de la Santé des Jeunes
SCE	Socioculturel et économique (catégorie de déterminants socioculturels et économiques)
SDSR	Santé et Droits Sexuels et Reproductifs
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SR	Santé de la Reproduction
SSR	Santé Sexuelle Reproductive
SPSS	Statistical Package for Social Sciences (logiciel)
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes
SYM	Service Yezu Mwiza
TPS	Technicien de Promotion de la Santé
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'enfance
UPHB	Union des personnes Handicapées du Burundi
UPS	Unités primaires de sondage
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
VSBG	Violences Sexuelles et Basées sur le Genre

RESUME EXECUTIF

La collecte des données a été menée par la Gesellschaft für Argrarprojekte in Übersee (GFA) Consulting Group pour évaluer le niveau d'atteinte de l'indicateur 3 du module du projet « Renforcement des structures de santé dans le domaine de la planification familiale et de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) au Burundi ». Le projet est dans sa 3^{ème} et dernière phase avant la clôture en Juin 2023. L'indicateur concerne la maîtrise des bonnes connaissances des jeunes scolarisés et non scolarisés, les infections sexuellement transmissibles, le VIH / SIDA, ainsi que les violences basées sur le genre. Une collecte de données similaire a été faite en janvier 2021 servant d'évaluation intermédiaire des interventions du projet. Elle a couvert les 5 Districts Sanitaires (Kibumbu, Fota, Kiganda, Muramvya et Gitega) dans lesquels le projet appuie 29 CDS selon une approche de « réseautage sociocommunautaire pour la promotion de la santé des jeunes (RSPSJ) ». Concernant la présente évaluation finale, la collecte des données a eu lieu en Octobre 2022 et les résultats en sont présentés dans ce rapport.

La disponibilité des données de l'évaluation intermédiaire de janvier 2021 permet d'apprécier les progrès acquis à l'échéance d'octobre 2022 dans le cadre de la mise en œuvre du projet SDSR.

Les objectifs de la deuxième collecte consistaient à :

- Evaluer la proportion de jeunes scolarisés et non scolarisés ayant de bonnes connaissances sur les thématiques de prévention des grossesses précoces, les méthodes contraceptives modernes (MCM), les IST-VIH/SIDA et les VSBG.
- Déterminer le niveau d'atteinte des cibles de l'indicateur 3 : « **50% des jeunes scolarisés et 40% des jeunes non scolarisés, des deux sexes (50% féminine, 50% masculin), ont une bonne connaissance des infections sexuellement transmissibles (IST), du VIH / sida et de la violence basée sur le genre (VSBG)** ».

Afin d'obtenir des résultats fiables et utilisables, la méthodologie de l'étude a consisté en une observation déclarative mixte, comprenant un volet quantitatif reposant sur un sondage et un volet qualitatif consistant en une description narrative. Deux milieux spécifiques ont été explorés, à savoir :

- **Le milieu scolaire**, un tirage aléatoire simple sur liste par strates (écoles sous convention, écoles publiques) a été effectué. Dans chaque école choisie, un tirage systématique des individus de 10-24 ans a été effectué dans chacune des listes des 3 catégories de classes.
- **Le milieu communautaire** : les individus de 10-24 ans ont été sélectionnés dans les sous-collines hébergeant les écoles sélectionnées. L'échantillonnage par effet « boule de neige » a été appliqué au niveau des sites de fréquentation des individus éligibles.

L'échantillonnage qualitatif s'est basé sur des listes d'animateurs scolaires, communautaires et sanitaires encadrant les écoles, les sous-collines et les CDS concernés par l'échantillon quantitatif.

Deux échantillons de 1158 personnes pour l'aspect quantitatif, et de 27 personnes pour l'aspect qualitatif ont été examinés par des enquêteurs formés et supervisés. Les outils de collecte ont été pré-testés, cela a permis d'améliorer leur adéquation pour les objectifs de la collecte, l'utilisation par les enquêteurs, et l'acceptabilité pour les enquêtés.

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS. Les tableaux et graphiques représentent des statistiques descriptives telles que, les fréquences, les effectifs de

référence pour ces statistiques. Pour les proportions, le test du khi-carré bilatéral a été utilisé sur les tableaux de contingence. Pour tous ces tests, la règle de décision est la comparaison du degré de signification au seuil $\alpha=5\%$. Les données qualitatives ont été traitées par un procédé reposant sur un plan d'analyse de contenu. Les relations thématiques et d'associations nominales entre variables ont été traitées dans une matrice construite sous Excel.

Les principaux résultats que nous avons obtenus s'échelonnent selon les critères sélectionnés ci-dessous :

Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

La couverture de l'échantillon du volet quantitatif a été de 99%, soit **1158 /1160** jeunes de la tranche d'âge de 10-24 ans. La répartition des enquêtés par tranche d'âge est la suivante : 15-19 ans, 49,7% ; 20-24 ans, 35,0% et 10-14 ans, 15,4%.

La majorité des jeunes non scolarisés rencontrés, soit 58,0%, se trouve dans la tranche d'âge de 20-24 ans contre 36,6% pour les jeunes de 15-19 ans et 5,4% pour les jeunes de 10-14 ans ; tandis que les jeunes scolarisés interviewés sont plus nombreux, soit 58,4%, dans la tranche d'âge de 15-19 ans contre 22,0% pour les jeunes de 10-14 ans et 19,6% pour les jeunes de 20-24 ans. Les filles de 10-14 ans présentes dans l'échantillon sont relativement plus nombreuses que les garçons (59,6% contre 40,4%). Le volet qualitatif a mobilisé 9 animateurs communautaires ayant le statut d'agent de santé communautaires, 9 animateurs scolaires enseignants des écoles conventionnées ou publiques et 9 animateurs sanitaires exerçant comme prestataires de santé.

Les connaissances en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (SSRAJ) de 15-24 ans

- **Connaissances quant à la prévention des grossesses précoces a eu pour critère de bonne qualité « *Un jeune ayant de bonnes connaissances est celui qui a répondu correctement à au moins 3 questions sur cette thématique.*** Ainsi, les jeunes ayant de bonnes connaissances sur la **prévention des grossesses précoces** représentent **66,7%** dont 69,5% (garçons) contre 64,0%(filles) à l'école et 65,2% (garçons) contre 67,9% (filles) non scolarisés.
- **Niveau de connaissances quant aux méthodes modernes de contraception.** Le constat est que 19 % des jeunes non scolarisés de sexe masculin, ont de bonnes connaissances sur les méthodes de contraception moderne, contre 20,2% chez les filles. Ces proportions sont de 21,8% (masculin) contre 22,3% (féminin) chez les jeunes scolarisés.
- **Niveau de connaissances quant aux IST,** l'investigation a exploré les **moyens de contamination des ISTs, les signes ou symptômes d'une IST et les manières de se protéger contre celles-ci.** Il s'avère que **58,9%** des jeunes ont des bonnes connaissances sur les ISTs. Cette proportion est de 54,1% chez les jeunes non scolarisés (garçons : 55,2% ; filles : 53,1%) et de 62,1% chez les jeunes scolarisés (garçons : 66,0% ; filles 58,3%). Ainsi, à la date de l'évaluation finale, le taux de réalisation des cibles de l'indicateur 3 du projet SDSR est de 135,2% pour les jeunes non scolarisés, et de 124,2% pour les jeunes scolarisés. Soit une atteinte de plus de 100% de l'objectif du projet.
- **Niveau de connaissances des jeunes quant au VIH/SIDA, 57,5%** ont de bonnes connaissances sur le VIH/SIDA ; soit 52,4% chez les non scolarisés (garçons : 54,8% ; filles : 50,2%) et 61,0 % chez les scolarisés (garçons : 64,8% ; filles : 57,1%). Ces résultats montrent que le taux de réalisation de la cible est de 130,9% pour les jeunes non scolarisés et de 121,9% pour les jeunes scolarisés. Par conséquent, l'objectif du projet par rapport aux connaissances des jeunes sur le VIH/SIDA a été atteint à plus de 100%.

- **Niveau de connaissances et prise en charge des VSBG.** La bonne connaissance des VSBG s'est répartie comme suit : 34,7% chez les 10-24 ans ; 33,6% chez les jeunes non scolarisés (garçons : 32,6% ; filles : 34,6%) ; 35,4% chez les jeunes scolarisés (garçons : 36,3% ; filles : 34,6%). Ainsi, le taux de réalisation de la cible du projet est de 84,1% en milieu communautaire et 70,9% en milieu scolaire, soit une réalisation à plus de 70% de l'objectif du projet concernant les connaissances sur les VSBG.
- **Evolution des connaissances :** Les résultats qualitatifs ont majoritairement (9,6/10^{ème} ; 26/27) indiqué qu'il y a eu progression entre Janvier 2021 et la date de l'évaluation. Il n'y a pas de baisse de connaissances. Cependant, l'augmentation des connaissances est supérieure en milieu urbain (6/10^{ème}) comparé au rural (3/10^{ème}) ; il en est de même, en milieu scolaire comparé à la communauté.
- **Qualité des connaissances :** Selon les résultats qualitatifs, en matière d'IST/VIH, les bénéficiaires ont une maîtrise des connaissances sur le dépistage et les soins curatifs ; les signes cliniques, la prévention (condoms, abstinence) et les mesures préventives. Cette qualité de niveau de connaissances est supérieure en milieu urbain comparé au milieu rural.
- **Différences entre les thématiques en matière de connaissances et pratiques :** Sur la base de 81 évocations des 27 répondants, la comparaison a montré des différences et des non-différences entre les IST, le VIH et les VSBG. La fréquence des **différences** varie de 8/27 (différence IST vs VIH sur le total) à 13/27 (différence VIH vs VSBG sur le total) puis 14/27 (différence IST vs VSBG sur le total). En général, les connaissances et pratiques en VIH déclarées sont supérieures à celles concernant les 2 autres thématiques (9/10^{ème} vs IST et vs VSBG). Dans le cas de comparaison IST-VSBG, la supériorité est attribuée aux IST dans 9/10^{ème} des cas (soit 13/14). Les différences affectent toutes les comparaisons (IST-VIH, VIH-VSBG et IST-VSBG). Les différences s'observent dans toutes les Provinces rurales et urbaines– ainsi que pour les 3 profils d'animateurs.

La supériorité des connaissances et pratique en VIH en comparaison aux IST est due - entre autres - à l'antériorité de l'IEC sur le VIH, à la motivation de protection contre l'incurabilité du VIH ainsi qu'à une offre plus organisée du service. Cependant, la curabilité des IST suscite un intérêt spécifique pour l'IEC et les bonnes pratiques.

Les VSBG sont à la traîne. Elles sont affectées chez les filles par une faible intégration des comportements préventifs et de répression des VSBG. Les déterminants majeurs sont la nouveauté de la thématique en IEC, les tabous et croyances religieuses défavorisant le dialogue sur la SSRAJ, la pauvreté et les appâts proposés par les hommes demandant des rapports sexuels à risque, le faible intérêt des jeunes, des stratégies à améliorer en IEC et adoption des bonnes pratiques, le disfonctionnement de la dénonciation. Le faible accent mis sur les VSBG à l'école favorise le déficit comparatif en bonnes pratiques en matière de VSBG comparativement aux IST/VIH.

Utilisation des services SSRAJ

En ce qui concerne l'utilisation des services SSRAJ, l'offre de prévention et de soins sont disponibles selon des modalités spécifiques et adaptées aux jeunes.

Cette évaluation finale indique un niveau d'utilisation des services SSRAJ de **32,6%** contre **65,0%** de jeunes qui n'ont pas ressenti le besoin d'utiliser ces services. Seul **2,4% ne connaissent pas** les services SSRAJ.

Les services les plus consultés par les jeunes sont : EPS (51,2%), dépistage (41,4%), et SMI (23,3%). Dans tous les districts sanitaires, c'est le service EPS qui est le plus sollicité par les

jeunes, excepté les districts sanitaires de Muramvya et Kiganda. Les services de planning familial (12,2%) et VSBG (0,3%) viennent en dernier lieu dans tous les districts sanitaires.

Les résultats qualitatifs en matière d'utilisation des services sont inclus dans l'analyse des différences entre thématique ci-dessus.

Déterminants des connaissances et pratiques en SSRAJ

L'évolution des connaissances et pratiques chez les jeunes en matière d'IST, VIH et VSBG est influencée par les 5 catégories de déterminants investiguées : **Interventionnels, Bénéficiaires, Familiaux, Milieu et Socioculturel et économique (SCE)**.

Les déterminants de la progression des connaissances et pratiques, incluent une catégorie d'influence dominante (les déterminants interventionnels) étant donné sa transversalité avec pour déterminant spécifique majeur les séances IEC. Elle est suivie par la catégorie des déterminants liés aux bénéficiaires qui s'associe aux 4 autres. Ensuite, viennent dans l'ordre, les catégories liées au milieu, à la famille, et enfin, au SCE.

Les déterminants de l'inertie ou stagnation incluent 4 sur 5 des catégories de déterminants, à l'exception de la catégorie milieu pour la thématique IST, 2 sur 5 des catégories (Bénéficiaires et SCE) pour la thématique VIH et 1 sur 5 des catégories (SCE) pour la thématique VSBG.

La diversité des déterminants varie par région. Elle est plus élevée à Muramvya, suivie de Mwaro et enfin de Gitega.

De manière générale, **le milieu scolaire** présente un environnement plus propice à la diffusion des connaissances en SSRAJ, avec des formateurs mieux outillés et plus aguerris. **En milieu communautaire**, les déterminants sont moins nombreux, et les séances IEC viennent en première position comme le principal sous facteur des déterminants liés au projet

Les bénéficiaires les plus sensibles au changement, (autant en communauté qu'en milieu scolaire) sont les jeunes filles. En effet l'analyse des réponses a montré qu'elles sont majoritairement les plus vulnérables et les plus exposées aux conséquences néfastes des grossesses non-désirées (GND) et VSBG. **Les bénéficiaires les moins sensibles au changement** sont les jeunes de bas âge (les préadolescents), puisqu'ils ne comprennent pas encore la physiologie. En outre, l'analyse des résultats montre que les garçons manifestent peu d'intérêt pour les séances IEC, et sont cependant plus intéressés par l'usage des mesures préventives, de peur des représailles en cas de GND ou VSBG (prison, exclusion scolaire).

Une analyse comparative entre les différentes thématiques fait ressortir un intérêt plus manifeste pour les jeunes sur les IST par rapport au VIH, même s'il est vrai que ces deux derniers ont tendance à être assimilés l'un à l'autre par les bénéficiaires. Les VSBG attirent encore moins d'intérêt que les deux thématiques ci-dessus.

Enfin, l'étude a démontré que le projet a été performant vers les cibles VIH, IST et VSBG pour l'atteinte des objectifs d'accroissement des connaissances et bonnes pratiques parmi les jeunes de 15-24 ans. On constate une nette amélioration quant aux connaissances liées aux ISTs, au VIH/SIDA, aux VSBG et à l'utilisation des services SSRAJ. Les connaissances liées à la prévention des grossesses précoces et aux méthodes de contraception moderne font apparaître les mêmes progrès.

Cependant, **les taux de réalisation de l'indicateur 3 sur les IST et VIH sont supérieurs à 100%** (135,2% pour les jeunes non scolarisés et 124,2% pour les jeunes scolarisés sur les IST ; 130,9% pour les jeunes non scolarisés et 121,9% pour les jeunes scolarisés sur le VIH. **Tandis que le taux de réalisation pour les VSBG est de 70%.**

En revanche, il est important de souligner que 58% des jeunes ne maîtrisent pas **les stratégies utilisées par les personnes qui pratiquent des abus sexuels, et les réponses préventives et réparatrices dans ce domaine restent à améliorer.**

Les données de Baseline ont fait défaut à ce stade. De plus, elles n'étaient pas comparables aux données de 2021 et de 2022. Ainsi, l'analyse s'est limitée à la comparaison des résultats des évaluations intermédiaire (Janvier 2021) et finale (Octobre 2022) pour déterminer les progrès acquis dans le cadre de la mise en œuvre du projet SDSR. Il serait utile à l'avenir de s'assurer que des données comparables pour les évaluations baseline, intermédiaire et finale sont disponibles et comparables en vue d'une analyse longitudinale des progrès liés à la mise en œuvre. Cela permettrait une meilleure régulation du projet pour une efficacité optimale.

Il est important de continuer le renforcement des compétences des prestataires de soins, des animateurs communautaires et scolaires sur la notion des VSBG, cela permettra de compléter les connaissances des jeunes en matière de VSBG en général, et sur les attitudes à adopter pour se prémunir des prédateurs sexuels, en particulier. Un renforcement de la stratégie de communication est aussi nécessaire. Il devrait être structuré selon des résultats et stratégies centré(e)s sur la réduction des obstacles et la capitalisation des acquis en matière de connaissances et pratiques sur les IST/VIH et VSBG ; par rapport aux influences négatives et positives liées aux quatre groupes de déterminants analysés, puis aux sensibilités spécifiques relevées chez les différents profils de bénéficiaires.

1. Introduction

1.1 Contexte et justification

Le projet de « Renforcement des structures de santé dans le domaine de la planification familiale, de la santé et des droits sexuels et reproductifs » au Burundi a commencé ses activités en 2013 et la 3^{ème} phase en cours couvre la période de juillet 2018 jusqu'à juin 2023. Le projet SDSR poursuit l'objectif suivant : **« La couverture en services de SDSR de bonne qualité est améliorée dans les provinces de Mwaro, Muramvya et Gitega » ; et vise à contribuer à accroître le nombre de Couple Année de Protection (CAP) dans chaque province (Mwaro, Muramvya et Gitega).**

Le projet s'inscrit dans le cadre d'une approche-programme dans le secteur de la santé. Il s'est aligné sur le Plan National de Développement du Burundi (PND 2018-2027) et est harmonisé avec les interventions d'autres Partenaires au Développement (PaD). Le projet comprend 2 champs d'action : (1) le management de la qualité des services dans les centres de santé (CDS) et (2) le renforcement de la collaboration avec les leaders religieux et la société civile organisée dans le cadre du réseautage autour des CDS. Le 1^{er} champ d'action soutient 90 CDS et le 2^{ème} soutient 29 CDS. Le projet intervient au niveau national et dans 3 provinces du pays : Mwaro, Muramvya et Gitega. Ses partenaires principaux sont le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR), ainsi que les structures de santé au niveau provincial et de district dans les provinces ci-haut citées. D'autres partenaires sont des ONG locales à savoir le Service Yezu Mwiza (SYM), la Croix Rouge du Burundi (CRB), la Famille pour vaincre le Sida (FVS) Amie des enfants, Union des personnes handicapées du Burundi (UPHB) et le Réseau des confessions religieuses pour la promotion de la Santé et le Bien-Être Intégral de la Famille (RCBIF).

Le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) met en œuvre une politique visant l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (SSRAJ) par la promotion de la demande et de l'offre des services de SSR conviviaux pour ces derniers. Cette politique a été concrétisée notamment par le développement d'une approche intégrée de réseautage sociocommunautaire pour la promotion de la santé des jeunes (RSPSJ) autour des Centres de Santé Amis des Jeunes (CDSAJ). En collaboration avec la société civile et les acteurs du secteur public (santé, éducation, administration etc.). Le projet SDSR de la GIZ soutient cette initiative dans ces provinces d'intervention depuis fin 2014. En plus, en collaboration avec le RCBIF, le projet touche les jeunes avec des messages sur la SSR au sein des églises et des écoles sous convention.

Pour la 3^{ème} phase, le projet SDSR s'est fixé les 3 indicateurs de module suivants :

- **Indicateur 1** : Le nombre de Couple Année de Protection (CAP) augmente dans chaque province (Mwaro, Muramvya et Gitega) de 2 % par an.
- **Indicateur 2** : Dans 90% des Centres de Santé (CDS), deux personnels techniques (équivalent de postes à temps plein) sont qualifiés en SDSR de manière complète.
- **Indicateur 3** : 50% des jeunes scolarisés et 40% des jeunes non scolarisés, des deux sexes (50% féminine, 50% masculine), ont de bonnes connaissances sur les infections sexuellement transmissibles, le VIH / sida et la violence basée sur le genre.

Une collecte de données concernant les connaissances des jeunes, en matière de SSR sur les thématiques clés (IST, VIH et VSBG) du projet, a eu lieu au mois de Janvier 2021 dans le but de renseigner la situation du moment par rapport à l'atteinte des cibles de l'indicateur 3 du module. Afin de mesurer l'état actuel des connaissances des jeunes, il convient de mener un monitoring

interne (dans les écoles et dans la communauté) quant aux thématiques clés du projet pour renseigner la situation finale de l'indicateur 3 du module. L'analyse des déterminants a fait défaut aux constats réalisés par l'étude quantitative de janvier 2021. Il n'était pas possible d'expliquer les niveaux des connaissances, leurs variations par thématique, région, district, profil de bénéficiaires et milieu d'intervention. Ainsi, un volet qualitatif a été inclus dans l'évaluation finale pour apporter ces éclairages.

Cet indicateur ne se réfère qu'aux jeunes vivant dans l'aire de responsabilité des CDS à réseaux sociocommunautaires soutenus par la GIZ.

Lors de la collecte des données, il a été défini deux milieux d'enquête :

1. Le milieu scolaire pour les jeunes scolarisés 10-24 ans et
2. Le milieu communautaire pour les jeunes jamais scolarisés ou déscolarisés de 10-24 ans

1.2 Objectif de la collecte

La collecte avait pour objectif d'évaluer le niveau des connaissances des jeunes de 10-24 ans sur les thématiques du projet à la fin de ses activités. Il s'agit :

- a) d'évaluer les valeurs atteintes, suite aux interventions du projet SDSR concernant la proportion de jeunes scolarisés¹ et non scolarisés² ayant de bonnes connaissances sur les thématiques suivantes : prévention des grossesses précoces, connaissance des méthodes modernes de contraception (MCM), IST-VIH/SIDA et VSBG :
- b) de comparer les valeurs finales au cible de l'indicateur 3 : « 50% des jeunes scolarisés et 40% des jeunes non scolarisés, des deux sexes (50% féminine, 50% masculine), ont une bonne connaissance des infections sexuellement transmissibles (IST), du VIH / sida et de la violence basée sur le genre (VSBG) ».

L'indicateur principal à évaluer est le suivant :

« 50% des jeunes scolarisés et 40% des jeunes non scolarisés, des deux sexes (50% féminine, 50% masculine), ont une bonne connaissance des infections sexuellement transmissibles, du VIH / sida et de la violence basée sur le genre ».

En vue de renseigner cet indicateur, et de fournir les informations nécessaires en rapport avec la situation finale du projet, une approche méthodologique de collecte de données quantitatives et qualitatives a été développée.

¹ Jeunes scolarisés = jeunes de 10 à 24 ans scolarisés en Primaire ou en Secondaire

² Jeunes non scolarisés = jeunes de 10 à 24 ans jamais scolarisés ou déscolarisés avant d'avoir atteint le secondaire

2. Méthodologie utilisée

2.1 Revue documentaire

Pour affiner la méthodologie, élaborer les outils de collecte et guider l'exploitation des résultats, une revue documentaire a été réalisée :

- Les différents documents stratégiques nationaux sur la SSRAJ et les VBG, dont le Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents (PSN-SRMNIA : 2019 – 2023), les documents programmatiques et les rapports du projet et de ses partenaires ;
- Le rapport de la troisième enquête démographique et de santé au Burundi (EDSB III 2016-2017) ;
- Le rapport de la banque mondiale sur les jeunes non scolarisés et déscolarisés d'Afrique subsaharienne³ ;
- Guide à l'intention des chefs de projet pour les études CAP⁴ ;
- Etude de base du Programme conjoint pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes de 10-24 ans au Burundi ;
- Rapport de la première collecte de l'indicateur 3 du projet SDSR effectuée en janvier 2021 ;
- Rapport de la mission d'analyse de la qualité de la transmission d'informations en SSRAJ faite par la GIZ/SDSR et la GFA.

2.2 Cible de la collecte

Le groupe cible concerné par la collecte de données sont des bénéficiaires du projet, à savoir des jeunes de 10 à 24 ans, scolarisés et non scolarisés (jamais scolarisés et déscolarisés), résidant dans les aires d'attraction des 29 CDS ayant un RSPSJ appuyé par le projet SDSR.

Les CDS à réseau concernés se situent dans la zone d'intervention indiquée par le tableau suivant :

Provinces	District sanitaire
Muramvya	Muramvya
	Kiganda
Mwaro	Fota
	Kibumbu
Gitega	Gitega

³ Inoue et al., *Les jeunes non scolarisés et déscolarisés d'Afrique subsaharienne-Politique pour le changement*, Groupe de la Banque Mondiale, Octobre 2016 • <http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0688-9>

⁴ Fabienne Goutille pour Handicap International, *Guide à l'intention des chefs de projet pour les études CAP*, Octobre 2009

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion des participants

Le groupe cible est composé des jeunes scolarisés et non scolarisés de 10 à 24 ans des deux sexes résidants dans les aires de responsabilité des centres de santé à réseau de tous les districts sanitaires des provinces Mwaro et Muramvya ainsi que ceux du district sanitaire de Gitega de la province Gitega.

- Etaient inclus dans la collecte :
 - ✓ Tout jeune scolarisé (tout jeune inscrit au moment de la collecte et qui a au moins fréquenté l'école l'année scolaire écoulée) ou non scolarisé (tout jeune qui n'est pas à l'école au moment de collecte), âgé de 10-24 ans en milieu communautaire et scolaire des 29 CDS à réseau de la zone du projet ;
- N'étaient pas concernés par cette collecte :
 - ✓ Les jeunes âgés de moins de 10 ans ou plus de 24 ans au moment de la collecte ;
 - ✓ Les jeunes présentant une infirmité les rendant incapables de répondre aux questionnaires.

2.4 Base de sondage

- **Milieu scolaire** : Sur la base de deux listes des écoles membres des RSPSJ appuyées par le projet, une pour les écoles sous convention, une autre pour les écoles publiques, nous avons procédé au tirage aléatoire simple de deux écoles « échantillon », l'une sous convention et l'autre publique parmi les écoles d'un réseau et a produit une liste des jeunes scolarisés de 10-24 ans de ces écoles sélectionnées, qui ont servi de base de sondage en milieu scolaire. Avant de produire la liste des jeunes en milieu scolaire, on a subdivisé les classes en 3 catégories⁵ et tirer aléatoirement une classe par catégorie pour garder l'homogénéité. A base de la liste des jeunes de 10-24 ans de chaque classe, on a tiré systématiquement les individus (jeunes) à interviewer.
- **Milieu communautaire** : Au niveau des sous collines où sont construites les écoles qui ont été sélectionnées pour la collecte en milieu scolaire, on a procédé à l'échantillonnage boule de neige. Une approche de stratification a été appliquée pour éviter le biais affinitaire où de similitude entre individus référant leurs proches en chaîne. Un screening de différenciation a été appliqué pour contrôler la saturation des sous-effectifs des « jamais scolarisés » et des « déscolarisés ».

Les données qualitatives ont été collectées pour expliquer les résultats quantitatifs. A ce niveau, le guide d'entretien était en corrélation avec les informations de la partie quantitative. Ainsi, des entretiens individuels ont été soumis à des personnes ressources comme les animateurs scolaires, animateurs communautaires et personnes qui s'occupent des questions des jeunes aux CDS. Pour chaque catégorie, trois entretiens par province (3 entretiens avec les animateurs scolaires, 3 avec les animateurs communautaires, 3 avec les personnels CDS) ont été menés. Au total, il y a eu 9 entretiens par province. Les entretiens ont été menés par trois enquêteurs de profil de santé publique ou domaines similaires externes au projet.

⁵ Pour les catégories, voir plus bas au chapitre III.3.2, sous-chapitre b

Dans une province, à partir de 3 listes représentant chacune une catégorie d'animateurs (au niveau des écoles, communauté, CDS), nous avons prélevé les 9 participant-e-s, dont 3 de chaque catégorie.

- **Concernant les prestataires au niveau des CDS :**

A partir de la liste des CDS couverts par le projet dans la province, nous avons inclus 3 CDS par tirage semi-aléatoire sur sous-liste par sous-secteur (public, confessionnel). Par CDS tiré, nous avons ciblé le prestataire qui gère l'encadrement des jeunes au CDS (point focal SSRAJ, TPS).

- **Concernant les animateurs scolaires :**

Nous avons tenu compte du niveau d'enseignement : [[2 officiants au niveau fondamental : classes de l'intervalle 5^{ème} à 9^{ème}] ; [1 officiant au niveau Post-fondamental]]. Ils/elles ont été inclus(es) par tirage aléatoire de 3 écoles parmi celle retenues, après stratification par type d'école (publiques, sous-convention), dont 1 à 2 par type d'école.

- **Concernant les animateurs communautaires :**

Nous avons inclus 3 communautés dont 1 à 2 par type de rattachement au milieu scolaire (rattachement à école publique, à école sous-convention), dont nous tirerons 1 animateur par communauté bénéficiaire.

La taille rationnellement réduite de l'échantillon qualitatif (29) nécessite un artifice méthodologique pour intégrer une diversité optimale des positions/attitudes/opinion et explications associées. Une fois les écoles, CDS et les communautés identifiées, sous le sceau de la confidentialité, avant la collecte proprement dite, un screening préalable a été fait. C'était sur la base d'une fiche d'identification et de tri, pour assurer l'inclusion effective des 3 tendances naturelles de l'opinion ou position (centrale/mitigée), latérale négative (défavorable) et latérale positive (favorable)⁶ des répondants sur l'adéquation et à la performance du projet SDSR pour les ado-jeunes. Ainsi pour chaque catégorie d'animateurs on dégagera 3 sous-listes (strates) selon le type d'opinion générale. Une simulation des différentes alternances nécessaires pour équilibrer l'échantillon selon les effectifs par positions d'une province à l'autre, d'un type d'école à l'autre (publique ; sous-convention), pareillement pour les types de formations sanitaires (publique, confessionnelle) et types de rattachement des communautés à une catégorie d'école (publique, ou sous-convention).

2.5 Echantillonnage

Les données ont été collectées en milieu scolaire et en milieu communautaire. Chaque milieu avait sa propre méthode d'échantillonnage, décrite plus bas au chapitre « constitution de l'échantillon ».

2.5.1 Taille de l'échantillon

Le 1^{er} élément à déterminer est la taille de l'échantillon. Une taille importante améliore la précision des résultats.

Ainsi, la taille de l'échantillon nécessaire pour assurer la représentativité des données est calculée à travers la formule suivante :

$$n = (z^2) (r) (1-r) (k) / (e^2)$$

⁶ Madeleine Grawitz, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, (9e édition), 1993

Où :

- **n** est la taille de l'échantillon, c'est-à-dire le nombre d'individus à interviewer ;
- **z** est la statistique qui définit le niveau de confiance requis et devrait être de 1,96 pour un degré de confiance de 95% ;
- **r** est une estimation de l'un des indicateurs clés à mesurer et pour notre collecte $r = 17,5\%$ (prévalence contraceptive chez les jeunes de 15-24 ans dans l'EDSB III 2016-2017). Cet indicateur est le plus proche et officiellement accepté bien que notre cible soit les jeunes de 10-24 ans ;
- **k** est le multiplicateur visant à tenir compte du taux prévu de non-réponse. Il doit être choisi à la lumière de l'expérience acquise à cet égard. Sur base de l'étude menée en 2019, nous retenons un taux de non-réponse maximal de 5%.
- **e** = 5% (la marge d'erreur à ne pas dépasser).

Selon la formule de la taille de l'échantillon (en utilisant la formule sans le multiplicateur k), l'échantillon est de 222. En appliquant le multiplicateur k avec un taux de non-réponse à 5%, $k = 1,05$. Ce qui donne un nombre de jeunes de 10-24 ans à interroger de 233 par district sanitaire qui est la cible de l'intervention du projet.

On a alors besoin d'interviewer 1165 jeunes dans 58 écoles et 58 sous collines des 5 districts de la zone du projet. Dans chacune des sous collines des écoles tirées, il est attendu d'interviewer 20 jeunes de 10-24 ans.

Selon l'étude sur les jeunes non scolarisés et déscolarisés d'Afrique subsaharienne en 2015, la proportion des jeunes non scolarisés et déscolarisés est de 42%⁷.

En supposant que les jeunes non scolarisés représentent 42%, la taille de l'échantillon totale de jeunes non scolarisés sera de 490 (245 de sexe féminin et 245 de sexe masculin), à savoir 8 jeunes non scolarisés par sous colline et 675 jeunes en milieu scolaire soit 12 jeunes scolarisés par école (6 de sexe féminin et 6 de sexe masculin). Pour des raisons d'arrondissement, la taille de l'échantillon devient 1160 jeunes à interviewer dans 58 écoles et 58 sous collines des 5 districts de la zone du projet.

2.5.2 Mode de tirage et constitution de l'échantillon

La base d'échantillonnage a été constituée par la carte scolaire de la zone de projet et les sous-collines où est construite une école sélectionnée.

▪ En milieu scolaire:

Les données ont été collectées sur la base d'un sondage aléatoire stratifié à trois degrés où les unités **primaires** de sondage (UPS) correspondent aux écoles membres des RSPSJ de la zone d'intervention du projet SDSR. La stratification est faite au niveau des RSPSJ des districts sanitaires appuyés par le projet et une deuxième stratification au niveau des écoles (publiques ou sous convention). Les unités **secondaires** sont les classes des écoles sélectionnées au premier degré.

⁷ Inoue et al., *Les jeunes non scolarisés et déscolarisés d'Afrique subsaharienne-Politique pour le changement*, Groupe de la Banque Mondiale, Octobre 2016 • <http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0688-9>

Au 3^{ème} degré, à l'intérieur des classes tirées, les jeunes scolarisés ont été tirés aléatoirement et sont tous des unités statistiques.

La procédure du tirage a été la suivante :

- a) Au premier degré, on a tiré dans chaque réseau, 2 UPS (écoles), une publique et une sous convention. Les deux sous collines où sont construites ces écoles sélectionnées constituent aussi les UPS en milieu communautaire.
- b) Au deuxième degré, on a procédé à un tirage raisonné de 3 classes sur la liste des classes des écoles sélectionnées. Ainsi, les classes ont été réparties en trois catégories et le tirage a été fait par catégorie à raison d'une 1 classe de la 5^{ème} à la 6^{ème}, 1 classe de la 7^{ème} à la 9^{ème} et 1 classe au post-fondamental.
- c) Au troisième degré, 4 jeunes scolarisés de 10-24 ans ont été sélectionnés aléatoirement de la liste des jeunes de 10-24 ans des classes sélectionnées.

Dans la communauté :

Pour les non scolarisés, on a rencontré 8 jeunes selon un échantillonnage boule de neige sur les sous collines où sont construites les écoles sélectionnées.

Comme une base de sondage appropriée n'est pas disponible pour les jeunes non scolarisés (pas de liste des jeunes non scolarisés), on a procédé à une méthode d'échantillonnage de convenance relativement simple, et peu coûteuse nommée « **échantillonnage boule de neige** ». C'est-à-dire que l'on se rend dans cette zone et qu'on identifie quelques jeunes non scolarisés, qui indiquent ensuite qui sont les autres jeunes non scolarisés dans leur voisinage, et comment on peut les rencontrer. L'idée étant de partir d'un individu identifié et de retrouver les autres possédant les caractéristiques souhaitées à partir des indications que le premier répondant donnera à la demande de l'agent de collecte.

Pour notre collecte, l'équipe de collecte a d'abord interviewé les jeunes scolarisés, et sélectionnés au niveau des écoles. Ensuite ils se sont rendus dans les lieux aux alentours de l'école plus aisés pour rencontrer des jeunes : boutique, ou tout autre lieu où se trouvent les jeunes de la sous-colline où est construite cette école. Les premiers jeunes non scolarisés identifiés ont servi de guide pour l'identification d'autres jeunes non scolarisés dans leur voisinage jusqu'à atteindre la taille de l'échantillon.

Remarque : Les équipes de collecte ont été formées de façon à veiller à l'homogénéité de leur échantillon et à la dispersion spatiale et différenciation par caractéristiques affinitaires ; c'est-à-dire le ratio femmes-hommes mais également le niveau d'étude atteint selon trois catégories (jamais scolarisés, déscolarisé avant d'avoir terminé la 6^{ème} année et déscolarisé à partir de la 7^{ème} année et au-delà). A la fin de chaque journée de collecte, le consultant effectuait un contrôle des données collectées et vérifiait les fréquences de certaines sous-catégories (jamais scolarisés, déscolarisés avant la 6^{ème} et déscolarisés après), et ainsi orientait les équipes de collecte si une sous-catégorie est sous- ou surreprésentée.

Ainsi les unités statistiques prévues pour former l'échantillon sont des jeunes de 10-24 ans des 58 écoles/ Sous collines échantillons des 29 CDS à réseaux au niveau des 5 districts sanitaires de la zone d'intervention du projet.

2.6 Traitement et analyse des données

2.6.1 Revue et ajustement de la collecte

Lors de la collecte des données quantitatives, des questions ont été posées aux jeunes pour évaluer leur niveau de connaissance sur :

- La prévention des grossesses précoces ;
- Les méthodes modernes de contraception ;
- Les IST ;
- Le VIH/Sida ;
- Les violences sexuelles basées sur le genre.

Les critères de bonnes connaissances sont définis ainsi : Un jeune ayant de bonnes connaissances est celui qui a répondu correctement à au moins 3 questions sur chaque thématique. Chaque bonne réponse est cotée 1 point. En d'autres termes, un jeune a de bonnes connaissances, s'il totalise une note supérieure ou égale à 15 points.

L'agrégation des dites bonnes réponses permettra de valider chacune des cinq hypothèses.

Au niveau de la collecte des données qualitatives, les transcriptions des bandes audios disponibles ont été passées en revue pour vérifier leur conformité (quantité, complétude, qualité) en rapport à l'objectif ; qui est d'expliquer l'évolution des connaissances, attitudes et pratiques des ado-jeunes en matière d'IST, VIH et VSBG.

2.6.2 Epurement et redressement des données

La saisie des données s'est faite simultanément avec la collecte des données sur le terrain. Le redressement des données était ensuite réalisé juste après la saisie des données quotidienne. Il s'agissait d'épurer les données et de vérifier la couverture de l'échantillon (quantité, complétude, qualité). Ainsi, la couverture de l'ensemble des variables de la fiche d'entretien a été confirmée et mesurée par un taux de couverture de l'échantillon.

Au niveau qualitatif, une comparaison terme à terme de la répartition des caractéristiques de profil, localisation, effectifs et dispersion entre l'échantillon prévu et celui observé, a été réalisée pour valider l'échantillonnage.

2.6.3 Couverture des échantillons quantitatifs

Au niveau de la collecte des données quantitatives, la couverture de l'échantillon est résumée dans le tableau suivant :

Tableau 1: Répartition de l'échantillon par province

Province	Taille de l'échantillon					
	Garçons prévus	Filles prévues	Total prévu	Garçons enquêtés	Filles enquêtés	Enquêtés avec succès
Gitega	200	200	400	191	206	397
Muramvya	200	200	400	197	203	400
Mwaro	180	180	360	177	184	361
Total	580	580	1160	565	593	1158

L'échantillon prévu a été couvert à 99 % soit 1158 jeunes interviewés sur 1160 jeunes avec un degré de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5%.

En plus, la couverture des échantillons qualitatifs a été maximale. Ainsi, l'ensemble des 27 items du guide d'entretien attendu a été réalisé. L'exploitabilité des supports audio et des transcriptions a été vérifiée selon les critères de lisibilité, intelligibilité et de pertinence par rapport à la question.

2.6.4 Programme de traitement quantitatif et procédé d'analyse de contenu

La collecte ayant été faite avec des tablettes, la saisie des données s'est faite au moment de la collecte des données. L'apurement a été fait dans un premier temps après la saisie des données et pendant la rédaction du rapport de terrain. Dans un deuxième temps, il a été élaboré un programme d'analyse des données avec le logiciel SPSS. L'analyse qualitative a consisté à appliquer aux données narratives (variables nominales, alphanumériques) issues des entretiens des animateurs, des opérations de constats (archivage, identification, catégorisation, hiérarchisation, classement) et de mise en relation (associative, différentielle, matricielle). L'agrégation desdites réponses a permis d'expliquer les résultats quantitatifs et de valider chacune des hypothèses de notre recherche.

2.6.5 Approche et outils de traitement et d'analyse des données quantitatives et qualitatives

Les outils de collecte des données ont été élaborés par les consultants. Il s'agit du protocole de collecte, les bases de sondage, les fiches de collecte des données quantitatives et qualitatives, la fiche de consentement, le guide pratique de collecte et un masque de saisie électronique en deux langues (Kirundi et Français) avec l'application Kobo collect.

Le traitement et l'analyse des données sont faits à l'aide de logiciel SPSS. Les données quantitatives sont synthétisées dans des tableaux ou des graphiques. Les tableaux et graphiques représentent des statistiques descriptives telles que les fréquences, les effectifs de référence pour ces statistiques. Pour les proportions, le test du khi-carré bilatéral a été utilisé sur les tableaux de contingence. Pour tous ces tests, la règle de décision est la comparaison du degré de signification au seuil $\alpha=5\%$. La base de données épurée est fournie en SPSS et Excel à la Cellule de Suivi & Evaluation (CSE) pour son exploitation ultérieure.

Les données qualitatives ont été traitées par un procédé articulé d'analyse de contenu reposant sur un plan d'analyse. Ainsi, les données ont pris la forme de listes de constats différenciés (situation de connaissance, attitudes, facteurs), de typologies, de matrices de contribution, d'influence ou causalité et des associations aux catégories de profils de répondants/animateurs et de bénéficiaires ; auxquels lesdits répondants attribuent une situation de connaissance/attitude donnée. Les fréquences d'évocation et de distribution ont été mises en évidence pour élucider l'importance des déterminants ou facteurs concernés.

2.7 Activités préparatoires à la collecte : Recrutement et formation des agents de collecte

Après la validation de la méthodologie et des outils de collecte, nous avons procédé au recrutement de 18 agents de collecte (3 agents de collecte des données qualitatives et 15 agents de collecte des données quantitatives) et à leur formation. Cette formation a porté sur l'utilisation des outils de collecte, basée sur des simulations d'entretiens et des jeux de rôle, favorisant la familiarisation avec le contenu des questionnaires, les techniques d'entretien et sur l'utilisation des tablettes.

La formation a duré trois (3) jours dans la salle des réunions du grand séminaire Saint Jean Paul II à Gitega. Après la formation, un prétest de la fiche de collecte a été organisé pour deux objectifs principaux :

- Evaluer le questionnaire et le guide d'entretien : tester si toutes les questions de l'outil sont compréhensibles et faciles à renseigner, y compris la durée d'administration de celui-ci ;
- Evaluer les enquêteurs : compléter la formation des agents de collecte par leur pré-test pour évaluer tous les aspects de l'activité (logistique, financiers, questionnaire, y compris leurs compétences digitales).

Il n'y a pas eu de difficultés à signaler, mais nous avons constaté qu'il a fallu ajouter la modalité de réponse « ne sait pas » sur toutes les questions où on répond par « Oui ou Non ».

3. Collecte des données

Les outils de collecte des données ont été élaborés par les consultants en regard de la méthodologie décrite plus haut. Il s'agit du protocole de collecte, les bases de sondage, la fiche de répartition de l'échantillon, les fiches de collecte des données quantitatives et qualitatives, le guide pratique de collecte et un masque de saisie électronique en deux langues avec l'application Kobo collect.

3.1 Ateliers de préparation de la collecte

Ils se sont tenus du 22 au 24 septembre 2022.

Objectifs des ateliers:

- Présenter aux partenaires locaux (MDPS, MCD, ECD, administrateurs communaux, DPE, DCE, ASBL partenaires), le modèle d'intervention de l'approche de réseautage sociocommunautaire dans sa phase actuelle.
- Présenter aux participants, la méthodologie prévue pour le monitoring de l'indicateur 3.
- Déterminer, ensemble avec les parties prenantes au projet, les modalités pratiques de monitoring du niveau des connaissances chez les jeunes scolarisés⁸ et non scolarisés⁹ la prévention des grossesses précoces, les connaissances des méthodes modernes de contraception (MCM), les IST-VIH/SIDA et VSBG, en particulier le contenu et l'administration de la fiche de collecte.

3.2 Déroulement de la collecte des données

La collecte des données a été réalisée par 3 équipes de cinq enquêteurs du 04 au 21 octobre 2022 pour les données quantitatives. La collecte des données qualitatives a été exécutée par 3 agents de collecte pendant 10 jours (dont 5 jours de collecte et 5 jours de rapportage sur les données)

Chaque équipe avait à sa tête 2 superviseurs chargés de la coordonner. Le consultant national était également sur le terrain pour assurer, à la fois le rôle de superviseur d'une équipe et la coor-

⁸ Jeunes scolarisés = jeunes de 10 à 24 ans scolarisés en primaire ou en secondaire

⁹ Jeunes non scolarisés = jeunes de 10 à 24 ans jamais scolarisés ou déscolarisés avant d'avoir atteint le secondaire

dination technique générale. Des séances de mise au point et de feedback sur les données collectées et les contraintes ont été organisées chaque fin de la journée. Cela a permis de détecter les problèmes en temps réel et de minimiser les erreurs liées à la collecte des données. Le consultant effectuait le contrôle de la qualité chaque soir en vérifiant les incohérences des données collectées. A la fin de chaque semaine de collecte, il y avait une réunion de l'équipe de suivi composée du consultant régional, le consultant national, une unité du CA2 et deux Backstoppeurs de la GFA.

3.3 Difficultés rencontrées, solutions apportées, perspectives d'avenir

De manière générale, la mission s'est déroulée sans encombre grâce à l'implication et à la bonne collaboration des experts de la GIZ santé, des autorités sanitaires, autorités administratives provinciales, communales, des DCE, des directeurs des écoles et des animateurs au niveau des écoles à réseau et dans la communauté.

Néanmoins, dans les CDS à réseau sous convention, il y a des questions sur la planification familiale qui n'ont pas obtenu de réponse, comme attendues. Les agents de collecte des données qualitatives ont eu des difficultés à procéder aux entretiens sur ces questions.

Pour contourner ce défis, nous avons décidé à poser ces questions de façon générale à ceux qui avait donné leur consentement. Ceux qui ont refusé ont été remplacés par d'autres CDS du même district.

4. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtes

4.1 Présentation de l'échantillons quantitatif

L'échantillon ayant servi pour générer les résultats de données quantitatives est de **1158** jeunes sur **1160** attendus comme le montre le tableau suivant.

Tableau 2: Répartition de l'échantillon quantitatif par district sanitaire et par milieu de l'enquête

Province d'enquête	Districts sanitaires	CDS à Réseau	Attendus [a]			Observés [b]		
			Jeunes non scolarisés	Jeunes Scolarisés	Total	Jeunes non scolarisés	Jeunes Scolarisés	Total
			Count	Count	Count	Count	Count	Count
Gitega	Gitega	Giheta	16	24	40	18	24	42
		Gasunu	16	24	40	16	24	40
		Bukinga	16	24	40	16	24	40
		Mushasha	16	24	40	16	22	38
		Ceru	16	24	40	15	24	39
		Gitega	16	24	40	16	24	40
		Notre dame d'Afrique	16	24	40	14	24	38
		Mubuga	16	24	40	16	24	40
		Mungwa	16	24	40	16	24	40
		Rutoki	16	24	40	16	24	40
		Total	160	240	400	159	238	397

			Attendus [a]			Observés [b]		
Muramvya	Kiganda	Kaniga	16	24	40	16	24	40
		Marumane	16	24	40	16	24	40
		Munyinya	16	24	40	16	24	40
		Kivoga	16	24	40	16	24	40
		Rugari	16	24	40	16	24	40
		Total	80	120	200	80	120	200
	Muramvya	Teza	16	24	40	16	24	40
		Giko	16	24	40	16	24	40
		Rweza	16	24	40	16	24	40
		Muramvya	16	24	40	16	24	40
		Bugarama	16	24	40	16	24	40
		Total	80	120	200	80	120	200
Fota		Gisozi	16	24	40	16	24	40
Mwaro	Fota	Gitara	16	24	40	16	24	40
		Buziracanda	16	24	40	16	24	40
		Fota	16	24	40	16	24	40
		Yanza	16	24	40	16	24	40
		Total	80	96	200	80	120	200
		Kibumbu	Muyebe	16	24	40	17	24
	Croix Rouge		16	24	40	16	24	40
	Kanka		16	24	40	16	24	40
	Nyabihanga		16	24	40	16	24	40
	Total		64	96	160	65	96	161
Total		Total	464	696	1160	464	694	1158

Toutefois, le taux de couverture de l'échantillon est de 99%. Ce qui prouve la couverture de l'échantillon.

La différence entre les résultats observés et attendus des jeunes interviewés au niveau du district sanitaire est due à la répartition inégale des CDS à réseau par district sanitaire. Le district de Gitega compte 10 CDS à réseaux, tandis que celui de Fota compte 4 CDS à réseau. Ainsi les unités statistiques prévues pour former l'échantillon ce sont des jeunes de 10-24 ans des 58 écoles/ Sous collines échantillons des 29 CDS à réseaux au niveau des 5 districts sanitaires de la zone d'intervention du projet. La répartition de l'échantillon est faite par CDS à réseau et non pas par district sanitaire.

4.2. Présentation de l'échantillon qualitatif

Tableau 3: Répartition de l'échantillon qualitatif par district sanitaire

PROVINCES	DISTRICTS	CATEGORIES D'ANIMATEURS D'IEC SSRAJ				Total	%
		Prestataires CDS	Animateurs Scolaires	Animateurs Communautaires			
MURAMVYA	Muramvya	2	2	2		6	22,2
	Kiganda	1	1	1		3	11,1
Sous-Total Moramvya		3	3	3		9	33,3
MWARO	Fota	1	1	1		3	11,1
	Kibumbu	2	1	3		6	22,2
Sous-Total Mwaro		3	2	4		9	33,3
GITEGA	Gitega	3	3	3		9	33,3
Sous-Total Gitega		3	3	3		9	33,3
GRAND TOTAL		9	8	10		27	100

Le volet qualitatif a fait des investigations dans les 3 provinces et 5 districts sanitaires retenus pour le volet quantitatif. Un effectif de 27 répondants a été rencontré dont 9 prestataires CDS, 8 animateurs scolaires et 10 animateurs communautaires.

Dans la province de Muramvya la répartition enregistre 2 prestataires CDS, 2 animateurs scolaires et 2 animateurs communautaires, soient 6 au total dans le District de Muramvya. Quant au district de Kiganda, l'on compte 1 prestataire CDS, 1 animateur scolaire et 1 animateur communautaire ; soit 3 au total. En ce qui concerne la province de Mwaro comme répartition par district, il est noté à Fota 1 animateur scolaire, 1 animateur communautaire et 1 prestataire CDS ; soit un total de 3. Quant au district de Kibumbu, il y'a 2 prestataires CDS, 1 animateur scolaire et 3 animateurs communautaires, soit 6 au total. A propos de la province de Gitega l'étude s'est déroulée dans un seul district celui de Gitega avec 3 prestataires CDS, 3 animateurs scolaires et 3 animateurs communautaires.

En somme, selon la province, l'on a investigué 33,3% de l'échantillon respectivement à Muramvya, Mwaro et Gitega. Au niveau des DS, la répartition a été de 22,2% pour Muramvya et Kibumbu respectivement 11,1 % pour Kiganda et Fota et enfin 33,3% pour Gitega.

La répartition des profils d'animateurs dans l'échantillon est de 33,3% (9/27) pour les prestataires CDS ; 29,6% (8/27) pour les animateurs scolaires et de 37% (10/27) pour les animateurs communautaires. La précision sur les collines et sous-collines est très peu exprimée et ceci dans toutes les 3 Provinces et 5 DS.

La sélection des participant-e-s de l'échantillon qualitatif a été assez conforme au niveau de la répartition des effectifs par catégorie d'animateurs et par province. Concernant les DS Muramvya et Kibumbu ont respectivement le double de l'effectif de Kiganda et Fota. Cependant, l'inclusion des 3 nuances d'opinion générale sur l'adéquation et l'efficacité du projet n'a pas observé l'approche prévue (screening & base de sondage par profil d'opinion). Cela comporte la probabilité d'une représentation partielle des différents avis et arguments par rapport à l'évolution des connaissances et pratiques, à leurs déterminants, et à leur répartition selon les variables de contrôle.

4.3 Répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques

La tranche d'âge recherchée est 10-24 ans. La répartition de l'échantillon par tranche d'âge est la même en milieu scolaire et communautaire.

Les résultats nous montrent que la majorité des jeunes rencontrés lors de la collecte se trouve dans la tranche d'âge de 15-19 ans (49,7%). Tandis que les autres tranches d'âge (20-24 ans et 10-14 ans) représentent respectivement 35,0% et 15,4%. La majorité des jeunes non scolarisés rencontrés se trouve dans la tranche d'âge de 20-24 ans (58,0%, 20-24 ans contre 36,6% pour les jeunes de 15-19 ans et 5,4% pour les jeunes de 10-14 ans) tandis que le nombre de jeunes scolarisés et interviewés reste élevé pour la tranche d'âge de 15-19 ans (58,4% contre 22,0% pour les jeunes de 10-14 ans et 19,6% pour les jeunes de 20-24 ans). Les filles de 10-14 ans présentes dans l'échantillon sont relativement plus nombreuses que les garçons (59,6% contre 40,4%). Pour les autres tranches d'âge, il n'y a pas de différence remarquable entre les garçons et les filles comme le montre le tableau suivant :

Tableau 4: Répartition de l'échantillon par tranche d'âge et par sexe

Caractéristiques sociodémographiques		Q6. Sexe du répondant			
		Homme	Femme	Total	
Milieu d'enquête	Tranche d'âge	Row N %	Row N %	Subtable N %	Count
Jeunes non scolarisés	10-14 ans	36,0%	64,0%	5,4%	25
	15-19 ans	53,5%	46,5%	36,6%	170
	20-24 ans	45,0%	55,0%	58,0%	269
	Total	47,6%	52,4%	100,0%	464
Jeunes Scolarisés	10-14 ans	41,2%	58,8%	22,0%	153
	15-19 ans	50,4%	49,6%	58,4%	405
	20-24 ans	56,6%	43,4%	19,6%	136
	Total	49,6%	50,4%	100,0%	694
Total	10-14 ans	40,4%	59,6%	15,4%	178
	15-19 ans	51,3%	48,7%	49,7%	575
	20-24 ans	48,9%	51,1%	35,0%	405
	Total	48,8%	51,2%	100,0%	1158

Les jeunes enquêtés sont en majorité catholiques, et représentent 74,8%. En second lieu, viennent les protestants à 23,5%, et ensuite les musulmans qui sont minoritaires et représentent seulement 1,4% des jeunes rencontrés. Il n'y a pas de différence significative entre les jeunes scolarisés et non scolarisés quant à leur religion.

Au niveau du statut matrimonial, 99,6% des jeunes scolarisés rencontrés sont encore célibataires contre 76,3% des jeunes déscolarisés. Les jeunes mariés et mères célibataires s'observent dans la communauté respectivement à 18,1% et 5,2%.

Au niveau de la communauté, les jeunes déscolarisés des écoles fondamentales représentent 65,1% contre 25,9% de jeunes jamais scolarisés. Tandis que la proportion des jeunes déscolarisés au poste fondamental est de 9,1%.

Tableau 5: Récapitulatif des caractéristiques socioculturelles des jeunes de l'échantillon

Niveau de scolarisation selon la religion et Statut matrimonial										
Niveau de scolarisation		Q10.Statut matrimonial					Q8.Religion			
		Celibataire	Ma- rié/uni- on libre	Mère céliba- taire	Di- vorcé/sé paré	Catho- lique	Pro- tes- tante	Musul- mane	Total	
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Subtable N %	Count
Niveau de formation	Niveau primaire	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	75,0%	24,2%	0,0%	17,9%	124
	Niveau 7ème jusqu'en 9ème	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	72,7%	26,3%	1,0%	45,4%	315
	niveau post fon- damental	98,8%	,4%	,8%	0,0%	77,3%	19,6%	2,7%	36,7%	255
	Total	99,6%	,1%	,3%	0,0%	74,8%	23,5%	1,4%	100,0%	694
Descolari- sation	Jamais scolari- sés	75,8%	21,7%	1,7%	,8%	60,0%	39,2%	0,0%	25,9%	120
	Déscolarisés au primaire	80,3%	15,3%	4,4%	0,0%	72,4%	27,1%	,5%	43,8%	203
	Déscolarisés de la 7ème jusqu'en 9ème	68,7%	23,2%	7,1%	1,0%	68,7%	27,3%	3,0%	21,3%	99
	Déscolarisés au post fondamen- tal	76,2%	9,5%	14,3%	0,0%	61,9%	38,1%	0,0%	9,1%	42
Total		76,3%	18,1%	5,2%	,4%	67,5%	31,3%	,9%	100,0%	464

5. Connaissances en santé sexuelle et repro- ductive des adolescents et jeunes de 15-24 ans : niveaux et caractéristiques

Selon les principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle complète¹⁰ « les concepts clés, thèmes et objectifs d'apprentissage visent à doter les enfants et les jeunes » :

- Des connaissances, des attitudes et des compétences qui leur permettront de s'épanouir, dans le respect de leur santé ;
- De leur bien-être et de leur dignité ;
- De réfléchir à l'incidence de leurs choix sur le bien-être des autres ;
- De comprendre et de faire valoir leurs droits ;
- De respecter les droits des autres.

Dans le cadre du projet SDSR, les connaissances en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes ont été évaluées sur la prévention des grossesses précoces, les méthodes modernes de contraception, les IST, le VIH/sida et des violences sexuelles basées sur le genre.

¹⁰ Principes Directeurs Internationaux sur l'Education à la Sexualité, UNESCO, l'UNICEF, l'UNFPA, ONU Femmes, l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA, édition révisée, 2018

5.1 Connaissances sur la prévention des grossesses précoces

Lors de la collecte des données, des questions ont été posées aux jeunes pour évaluer leur niveau de connaissance sur la prévention des grossesses précoces. Les critères de bonnes connaissances étaient définis ainsi :

- **Un jeune ayant de bonnes connaissances est celui qui a répondu correctement à au moins 3 questions sur chaque thématique. Chaque bonne réponse était cotée à un point et tout jeune ayant de bonnes connaissances devait avoir au moins 3.**

Il s'agissait de 3 questions à choix binaire « Oui/Non » et d'une question à réponse ouverte courte (QROC). La 3^{ème} modalité de réponse "Ne sais pas" n'a pas été considéré dans les critères de bonne connaissance. Ci-dessous, les questions posées :

- Q17. Une fille peut tomber enceinte avant même d'avoir eu ses premières règles.
- Q18. Si une fille a des rapports sexuels une seule fois, elle peut tomber enceinte ?
- Q19. Il ne faut pas discuter des questions relatives à la sexualité en famille parce que cela va pousser les enfants à s'intéresser au sexe
- Q20. Il y a moyen d'éviter les grossesses précoces de deux façons au choix

La 5^{ème} question concernait les sources d'information sur la prévention des grossesses précoces et n'étaient pas cotée :

- Q21. Où et par qui as-tu reçu les informations dont tu disposes en matière de prévention des grossesses précoces non désirées ?

Le tableau ci-dessous met en relief le taux de bonnes réponses des jeunes de 10-24 aux questions sur cette thématique.

Tableau 6: Bonnes réponses sur la prévention des grossesses précoces selon la scolarité et le sexe

Caractéristiques socioéconomique		Bonne réponse: Q17=OUI	Bonne réponse: Q18=OUI	Bonne réponse: Q19=NON	Bonne réponse: Q20=abstinence et/ou pré-servatif	Bonne connaissance sur la prévention des grossesses précoces= combinaison des bonnes réponses	Total	Chi-carré	p
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Count		
Districts sanitaires	Gitega	56,9%	93,2%	88,2%	46,9%	66,8%	397	11,810	,019*
	Kiganda	52,5%	93,0%	83,0%	36,0%	60,5%	200		
	Muramvya	71,4%	95,5%	88,9%	49,7%	75,4%	199		
	Fota	53,7%	94,0%	86,6%	55,2%	67,7%	201		
	Kibumbu	42,2%	93,2%	83,2%	47,8%	62,1%	161		
	Total	56,0%	93,7%	86,4%	47,1%	66,7%	1158		
Milieu d'enquête	Jeunes non scolarisés	55,6%	95,7%	88,4%	47,6%	66,6%	464	,002	,966
	Jeunes scolarisés	56,3%	92,4%	85,2%	46,7%	66,7%	694		
	Total	56,0%	93,7%	86,4%	47,1%	66,7%	1158		
Masculin		57,0%	94,0%	86,5%	46,7%	67,8%	565	,624	,430

Caractéristiques socioécon- omique		Bonne réponse: Q17=OUI	Bonne réponse: Q18=OUI	Bonne réponse: Q19=N ON	Bonne réponse: Q20=abs- tinence et/ou pré- servatif	Bonne connais- sance sur la prévention des grossesses précoces= combinaison des bonnes ré- ponses	Total	Chi- carré	p
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Cou nt		
Sexe du repon- dant	Feminin	55,1%	93,4%	86,3%	47,4%	65,6%	593		
	Total	56,0%	93,7%	86,4%	47,1%	66,7%	1158		
Trenche d'âge	10-14 ans	53,9%	95,5%	90,4%	47,8%	70,2%	178	1,205	,547
	15-19 ans	58,3%	92,2%	84,5%	47,3%	65,9%	575		
	20-24 ans	53,8%	95,1%	87,4%	46,4%	66,2%	405		
	Total	56,0%	93,7%	86,4%	47,1%	66,7%	1158		

66,7% des jeunes ont des bonnes connaissances sur la prévention des grossesses précoces. Cette proportion varie entre 60,5% (à Kiganda) 75,4% (à Muramvya) selon les districts sanitaires.

La différence de connaissances entre les jeunes scolarisés et non scolarisés n'est pas statistiquement significative (Chi-carré=0,002 ; P=0,966). On note qu'il y a relation significative entre le niveau des connaissances des jeunes et les districts sanitaires de la zone du projet.

70,2% des jeunes de 10-14 ans ont de bonnes connaissances sur la prévention des grossesses précoces. On note dans cette tranche d'âge un taux relativement bas de bonnes réponses aux questions cruciales que sont la possibilité de développer une grossesse avant d'avoir ses premières règles (53,9%) et les moyens de prévention d'une grossesse que sont l'abstinence et le préservatif (47,8%), notions qui devraient être connues par cette tranche d'âge pour prévenir les grossesses précoces.

Concernant les 15-19 ans, ils sont aussi nombreux que les 10-14 ans à ne pas savoir qu'une jeune fille peut tomber enceinte avant d'avoir ses 1ères règles. On note que presque la moitié (47,3%) ne cite pas les deux moyens de prévenir une grossesse.

Remarquons aussi que 86,4% des jeunes affirment que la discussion en famille à propos des questions relatives à la sexualité, ne les pousse pas à s'intéresser au sexe ou ne les pousse pas à penser aux rapports sexuels. Cette affirmation est retrouvée chez 88,4% des jeunes non scolarisés contre 85,2% des jeunes scolarisés.

Tableau 7: Bonnes réponses sur la prévention des grossesses précoces selon la scolarité par sexe

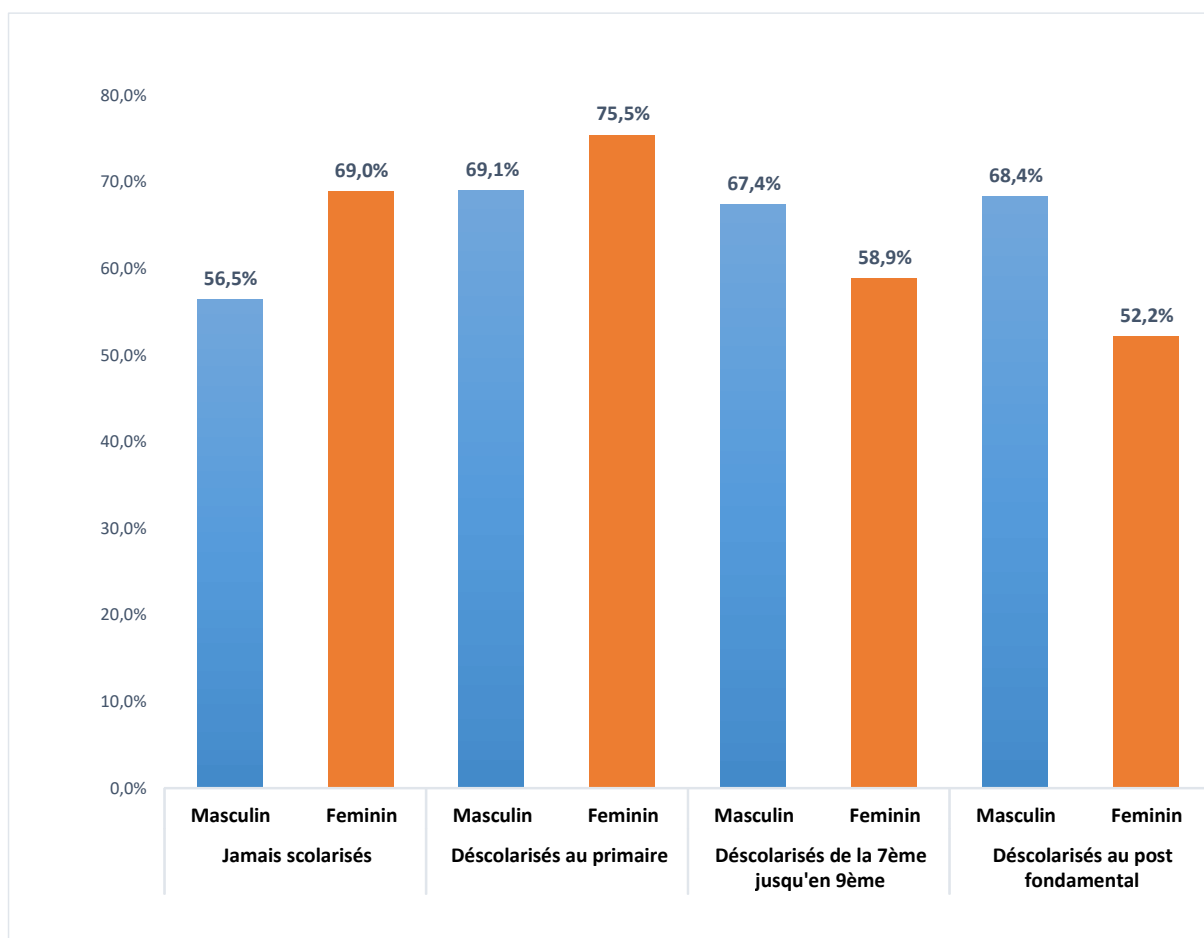
Q4. Milieu d'enquête	Q6. Sexe du repon- dant	Bonne ré- ponse:Q1 7=OUI	Bonne ré- ponse: Q18=OUI	Bonne ré- ponse: Q19=NON	Bonne ré- ponse: Q20=abstinence et/ou préservatif	Bonne connais- sance sur la prévention des grossesses pré- coces= combi- naison des bonnes ré- ponses	Total
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Count
jeunes non scolarisés	Masculin	54,3%	95,9%	86,9%	45,7%	65,2%	221
	Feminin	56,8%	95,5%	89,7%	49,4%	67,9%	243

Q4. Milieu d'enquête	Q6. Sexe du répondant	Bonne réponse: Q17=OUI	Bonne réponse: Q18=OUI	Bonne réponse: Q19=NON	Bonne réponse: Q20=abstinence et/ou préservatif	Bonne connaissance sur la prévention des grossesses précoces= combinaison des bonnes réponses	Total
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Count
	Total	55,6%	95,7%	88,4%	47,6%	66,6%	464
jeunes Scolarisés	Masculin	58,7%	92,7%	86,3%	47,4%	69,5%	344
	Feminin	54,0%	92,0%	84,0%	46,0%	64,0%	350
	Total	56,3%	92,4%	85,2%	46,7%	66,7%	694
Total	Masculin	57,0%	94,0%	86,5%	46,7%	67,8%	565
	Feminin	55,1%	93,4%	86,3%	47,4%	65,6%	593
	Total	56,0%	93,7%	86,4%	47,1%	66,7%	1158

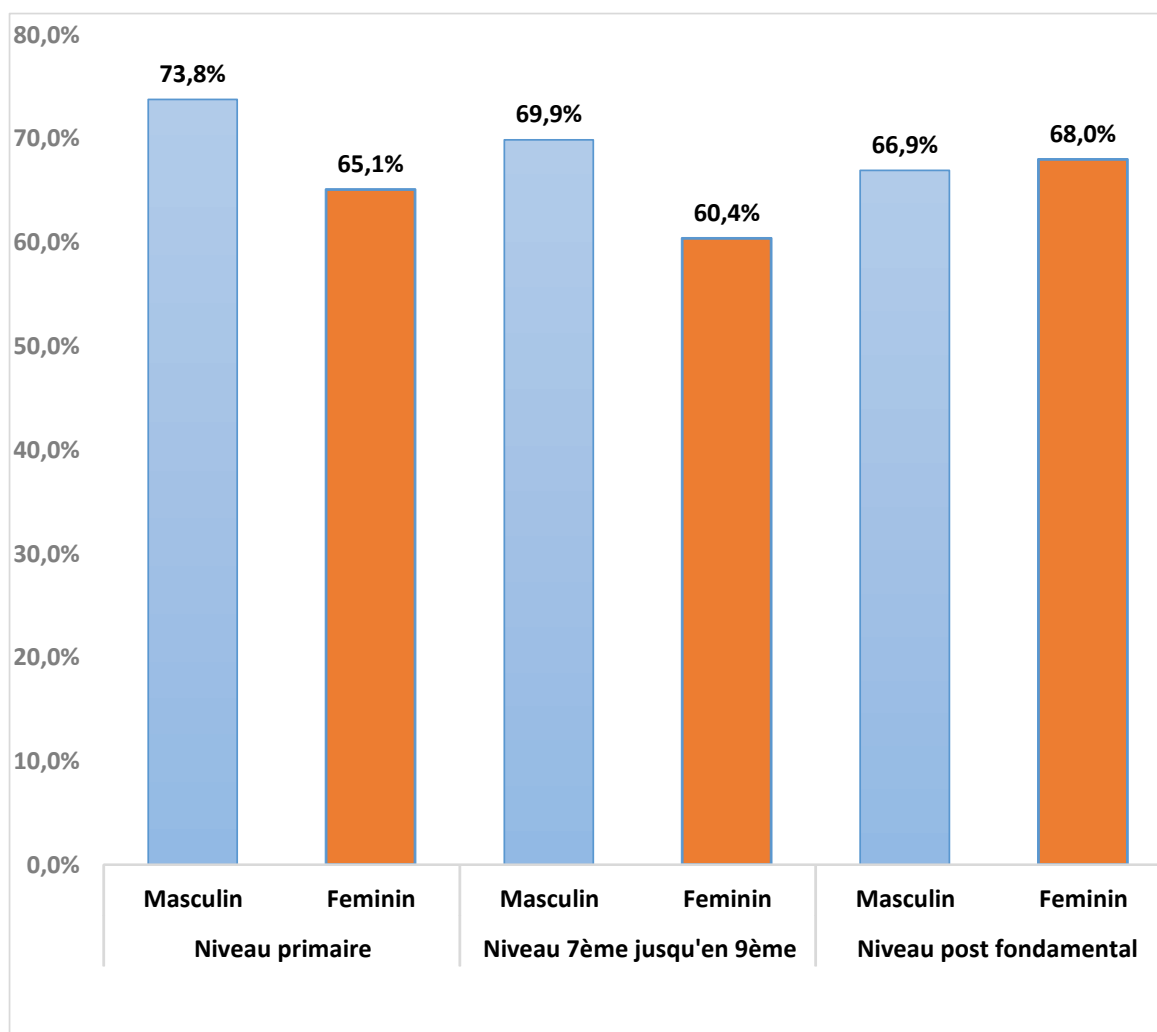
En général, ces résultats montrent que les jeunes ayant de bonnes connaissances sur **la prévention des grossesses précoces** représentent **66,7%**. Les jeunes scolarisés ayant les bonnes connaissances représentent 69,5% (chez les hommes) contre 64,0% (chez les femmes) tandis que les non scolarisés représentent 65,2% (pour les hommes) contre 67,9% (pour les femmes).

L'analyse faite par niveau de scolarité montre que les jeunes ayant dépassé la 7^{ème} année sont en moyenne plus nombreux à avoir de bonnes connaissances. Ventilés par sexe, les résultats montrent que la proportion des hommes ayant de bonnes connaissances est supérieure à celui des femmes sauf au niveau du post-fondamental (66,9% les hommes contre 68,0% chez les femmes).

Graphique 1: Bonnes connaissances sur la prévention des grossesses précoces selon le niveau de scolarité et le sexe



Graphique 2: Bonnes connaissances des jeunes non-scolarisés selon le niveau d'instruction atteint et le sexe



Les résultats montrent que les femmes jamais scolarisées et /ou déscolarisées au primaire et au-delà de la 6^{ème} ont des connaissances sur la prévention des grossesses précoces comparés aux hommes de cette catégorie (69,0% contre 56,5% jamais scolarisés, 75,5% contre 69,1% déscolarisés au primaire. Les jeunes hommes déscolarisés au-delà de la 6^{ème} ont des connaissances élevées par rapport aux jeunes femmes descolarisées à ce niveau (67,4% contre 58,9% et 68,4% contre 52,2% déscolarisés au-delà de la 6^{ème}).

5.2 Connaissance des méthodes modernes de contraception

Une bonne connaissance des méthodes contraceptives modernes (MCM) aide les jeunes à se protéger contre les grossesses précoces et les IST. Ainsi des critères ont été définis pour évaluer le taux des jeunes de 10-24ans de la zone du projet ayant de bonnes connaissances sur les MCM. Il est question de connaître qu'ils ont droit de recourir aux MCM et connaître aussi les types de méthodes efficaces qu'il faut utiliser. Parmi les questions posées aux jeunes, un jeune ayant de bonnes connaissances, est celui qui a répondu correctement à au moins 3 questions sur chaque thématique à choix multiple suivantes :

- Q22 : Un(e) jeune garçon ou fille, non marié(e) a le droit de recourir à des méthodes modernes de contraception
- Q23 : Le Depo Provera peut aider à protéger une femme qui ne veut pas encore avoir un enfant pendant 10 ans
- Q24 : Les méthodes modernes de contraception provoquent les avortements et peuvent disparaître dans le corps
- Q25 : Il existe des types de méthode de contraception et certaines de ces méthodes peuvent protéger la femme pendant une période de 5 et 12 ans

Chaque bonne réponse était cotée à un point. Les connaissances sur les MCM ont été évaluées à travers 4 questions à choix binaire « Oui/Non » et d'une question ouverte. La combinaison des bonnes réponses à ces quatre questions citées ci-dessus constitue la bonne connaissance comme le montre le tableau récapitulatif suivant.

Tableau 8: Bonnes réponses sur les méthodes modernes de contraception

Niveaux de connaissance des jeunes sur la prévention les méthodes de contraception Moderne									
		Bonne réponse Q22=oui	Bonne réponse Q23=Non	Bonne réponse Q24=Non	Bonne réponse Q25=oui	Bonne connaissances des MCM=co mbinai- son des bonnes réponses	Total	Chi- carré	p
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Count		
Q2.1. Dis- tricts sani- taires	Gitega	74,6%	70,5%	54,2%	58,4%	20,7%	397	201,80 2	,000*
	Kiganda	65,5%	62,0%	53,5%	72,0%	25,0%	200		
	Muramvya	82,4%	80,4%	81,4%	74,9%	52,8%	199		
	Fota	75,6%	62,2%	60,2%	25,4%	2,0%	201		
	Kibumbu	69,6%	64,0%	50,9%	21,7%	1,9%	161		
	Total	73,8%	68,4%	59,3%	52,8%	21,1%	1158		
Q4. Milieu d'enquête	Jeunes non scolarisés	74,8%	69,4%	56,5%	51,5%	19,6%	464	,991	,320
	Jeunes Scolari- sés	73,2%	67,7%	61,2%	53,6%	22,0%	694		
	Total	73,8%	68,4%	59,3%	52,8%	21,1%	1158		
Q6. Sexe du repondant	Masculin	75,6%	68,8%	59,8%	50,8%	20,7%	565	,087	,768
	Feminin	72,2%	68,0%	58,9%	54,6%	21,4%	593		
	Total	73,8%	68,4%	59,3%	52,8%	21,1%	1158		
Trenche d'âge	10-14 ans	73,6%	64,0%	62,9%	46,1%	19,7%	178	1,362	,506
	15-19 ans	70,4%	67,5%	62,4%	52,5%	20,2%	575		
	20-24 ans	78,8%	71,6%	53,3%	56,0%	23,0%	405		
	Total	73,8%	68,4%	59,3%	52,8%	21,1%	1158		

Seulement 21,1% des jeunes ont des bonnes connaissances sur les méthodes modernes de contraception. La combinaison des bonnes réponses ne signifie pas la somme plutôt ce sont seulement les bonnes réponses à toutes les questions considérées dans les critères. D'où la chute

des pourcentage pour la combinaison des bonnes réponses. La différence des connaissances des jeunes selon les districts sanitaires est très significative (test chi-carré= 201,802; p=,000*). Cette variation est de 1,9% (Kibumbu) et 52,8% (Muramvya) selon les districts sanitaires. Pour les autres caractéristiques socioéconomiques, il n'y a pas d'influence significative par rapport aux connaissances des jeunes. Elle varie de 19,6% (jeunes non scolarisés) et 22% (jeunes scolarisés) selon la scolarité, 21,1% (masculin) à 20,7% (féminin) selon le sexe et 19,7% (10-14ans) et 23,0% (20-24ans) selon l'âge. Remarquons aussi, que 73,8% des jeunes savent qu'ils ont droit de recourir à des méthodes modernes de contraception, et que 52,8% des jeunes savent qu'il existe des méthodes modernes de contraception qui peuvent protéger la femme pendant une période de 5 et 12 ans.

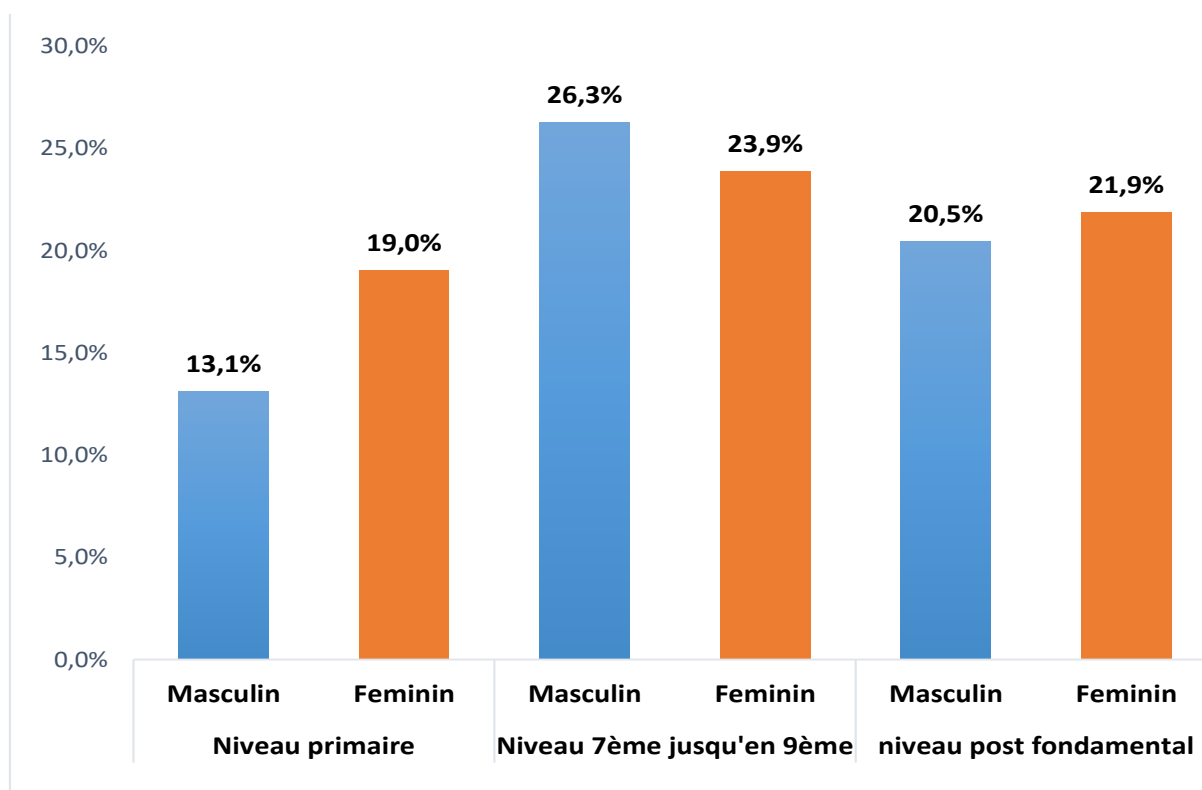
Tableau 9: Niveau de connaissance des méthodes modernes de contraception selon la scolarité par sexe

Niveau des connaissances sur les MCM							
Q4. Milieu d'enquête	Q6. Sexe du repondant	Bonne réponse Q22=oui	Bonne réponse Q23=Non	Bonne réponse Q24=Non	Bonne réponse Q25=oui	Bonnes connaissances des MCM=combinaison des bonnes réponses	Total
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Count
Jeunes non scolarisés	Masculin	76,5%	71,9%	54,8%	48,4%	19,0%	221
	Feminin	73,3%	67,1%	58,0%	54,3%	20,2%	243
	Total	74,8%	69,4%	56,5%	51,5%	19,6%	464
Jeunes Scolarisés	Masculin	75,0%	66,9%	63,1%	52,3%	21,8%	344
	Feminin	71,4%	68,6%	59,4%	54,9%	22,3%	350
	Total	73,2%	67,7%	61,2%	53,6%	22,0%	694
Total	Masculin	75,6%	68,8%	59,8%	50,8%	20,7%	565
	Feminin	72,2%	68,0%	58,9%	54,6%	21,4%	593
	Total	73,8%	68,4%	59,3%	52,8%	21,1%	1158

Les jeunes non scolarisés de sexe masculin, ayant de bonnes connaissances sur les méthodes de contraception moderne, représentent 19,0% contre 20, 2% chez les jeunes de sexe féminin. Tandis que les jeunes scolarisés représentent 21,8% (masculin) contre 22,3% (féminin).

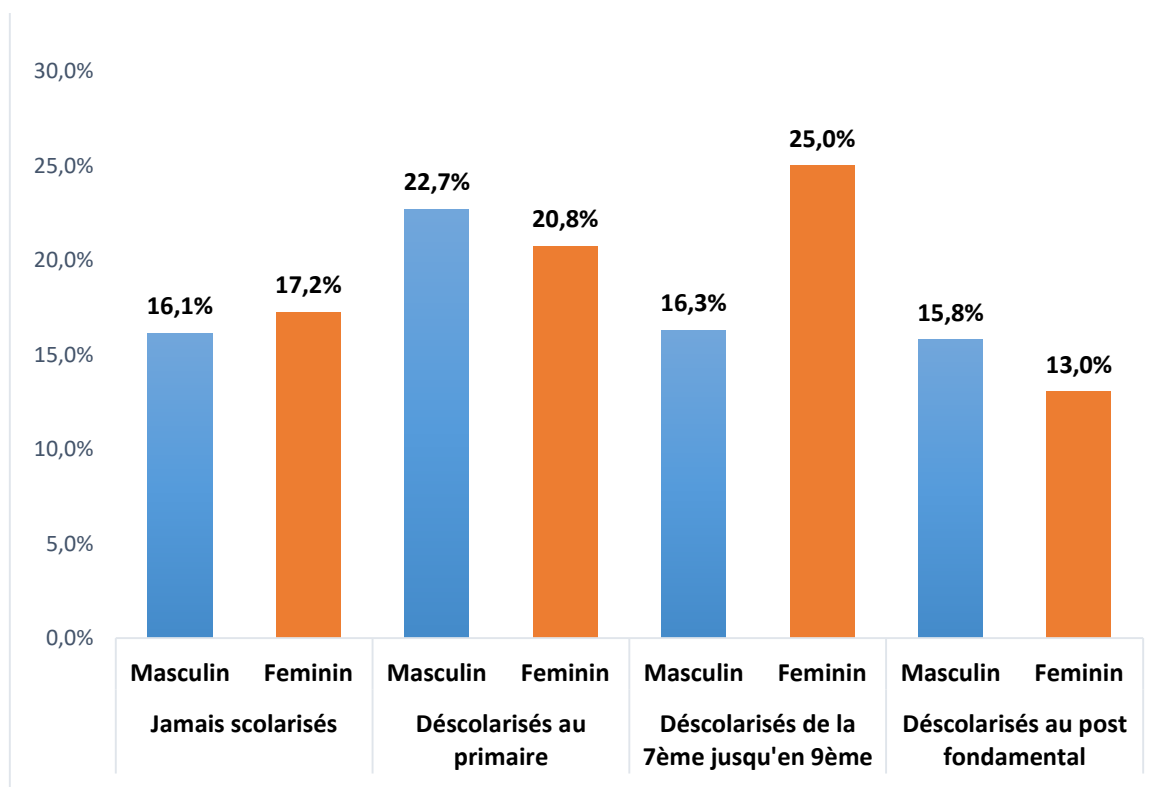
Les histogrammes suivants montrent les détails sur la connaissance des méthodes modernes contraceptives par sexe et par état de scolarité.

Graphique 3: Bonnes connaissances sur les méthodes modernes de contraception selon le niveau de scolarité et le sexe



Pour les non scolarisés, la proportion de jeunes ayant de bonnes connaissances sur les méthodes modernes de contraception reste élevée chez les femmes par rapport aux hommes jamais scolarisés (17,2% contre 16,1%) et déscolarisés de la 7^{ème} jusqu'en 9^{ème} (25,0% contre 16,3%). Tandis que les jeunes hommes déscolarisés au primaire, et au post fondamental, ont de bonnes connaissances sur les méthodes modernes de contraception par rapport aux jeunes femmes de cette catégorie, comme le montre la figure suivante.

Graphique 4: Bonnes connaissances sur les méthodes modernes de contraception selon le niveau de déscolarité et le sexe



5.3 Niveaux de connaissances des jeunes sur les IST

Parmi les questions posées sur les IST en général, voici ci-dessous, celles qui ont été utilisées pour attester les niveaux de connaissances d'un(e) jeune (une seule question était ensuite cotée sur le VIH/SIDA (cf Q33). Ces questions concernaient les **voies de transmission des ISTs**, les **signes ou symptômes d'une IST** et les **manières de se protéger contre celles-ci**.

Parmi les questions posées sur les IST en général, voici ci-dessous, celles qui ont été utilisées pour attester de la bonne connaissance d'un(e) jeune :

- Q27 : Si on a des rapports sexuels non protégés avec une personne infectée d'une IST, on peut également être contaminé ? Bonne réponse = OUI
- Q31 : Citez trois signes ou symptômes d'une IST? Réponse validée si au moins deux symptômes cités
- Q32. Citez les manières de se protéger contre la transmission sexuelle des IST et du VIH/SIDA (bonne réponse = abstinence et préservatif, toute autre réponse n'est pas acceptée)

La combinaison des bonnes réponses à ces questions constitue le critère de bonnes connaissances sur les ISTs comme le montre le tableau suivant.

Tableau 10: Bonnes réponses sur les ISTs

Caractéristiques sociodémographiques		Bonne réponse Q27=oui	Bonne réponse Q31= au moins deux symptômes cités	Bonne réponse Q33= abstinence et préservatif	Bonne connaissance sur les IST	Total	Chi-carré	p
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Count		
Districts sanitaires	Gitega	99,7%	80,6%	59,9%	53,9%	397	52,905	,000*
	Kiganda	100,0%	64,0%	59,0%	43,0%	200		
	Muramvya	100,0%	76,9%	73,4%	63,8%	199		
	Fota	99,5%	82,6%	80,1%	76,1%	201		
	Kibumbu	99,4%	74,5%	70,8%	63,4%	161		
	Total	99,7%	76,6%	67,1%	58,9%	1158		
Milieu d'enquête	jeunes non scolarisés	99,4%	74,1%	60,8%	54,1%	464	7,368	,007*
	jeunes Scolarisés	100,0%	78,2%	71,3%	62,1%	694		
	Total	99,7%	76,6%	67,1%	58,9%	1158		
sexe du repondant	Masculin	99,6%	78,2%	70,4%	61,8%	565	3,768	,052
	Feminin	99,8%	75,0%	63,9%	56,2%	593		
	Total	99,7%	76,6%	67,1%	58,9%	1158		
Tranche d'âge	10-14 ans	100,0%	61,2%	50,6%	43,3%	178	27,500	,000*
	15-19 ans	100,0%	77,4%	68,0%	58,4%	575		
	20-24 ans	99,3%	82,2%	73,1%	66,4%	405		
	Total	99,7%	76,6%	67,1%	58,9%	1158		

D'après le tableau ci-dessus, **les jeunes de 10-24 ans ayant de bonnes connaissances des ISTs représentent 58,9%**. Parmi les jeunes connaissant les ISTs, **99,7%** savent qu'ils peuvent attraper une IST s'ils ont eu un rapport non protégé, **76,6%** **connaissent au moins 2 signes/symptômes d'une IST** et **67,1%** **connaissent les 2 manières de se protéger contre les IST/VIH**.

Ce niveau de bonne connaissance des IST varie entre 43,0% (Kiganda) et 76,1% (Fota) Selon les districts sanitaires, de 61,8% (masculin) à (56,2% (féminin) selon le sexe et 62,1% (jeunes scolarisés) et 54,1% (jeunes non scolarisés) selon la scolarité. La différence de connaissances des jeunes sur les ISTs est statistiquement significative selon les districts sanitaires (test chi-carré=52,905, p=,000*), la scolarité (test chi-carré=7,368, p=,007) et l'âge (test chi-carré=27,500, p=,000*). Il n'y a pas de différences significatives au niveau des connaissances des jeunes de sexe féminin et masculin (test chi-carré=3,768, p=,052).

Interprétation : Au vu des constats descriptifs et de la confirmation des différences de niveau de connaissance par le test du Chi-carré ; l'on relève que la « Bonne connaissance sur les IST » reste dans l'ensemble sensiblement supérieure (58,9%) à la cible fixée par le projet SDSR (50%). L'écart semble diminuer entre le niveau de connaissance chez les jeunes scolaires et celui des jeunes non scolaires. Les progressions respectives depuis l'évaluation à mi-parcours étant respectivement de 26,1% et 28,2% (cf. tableau 12).

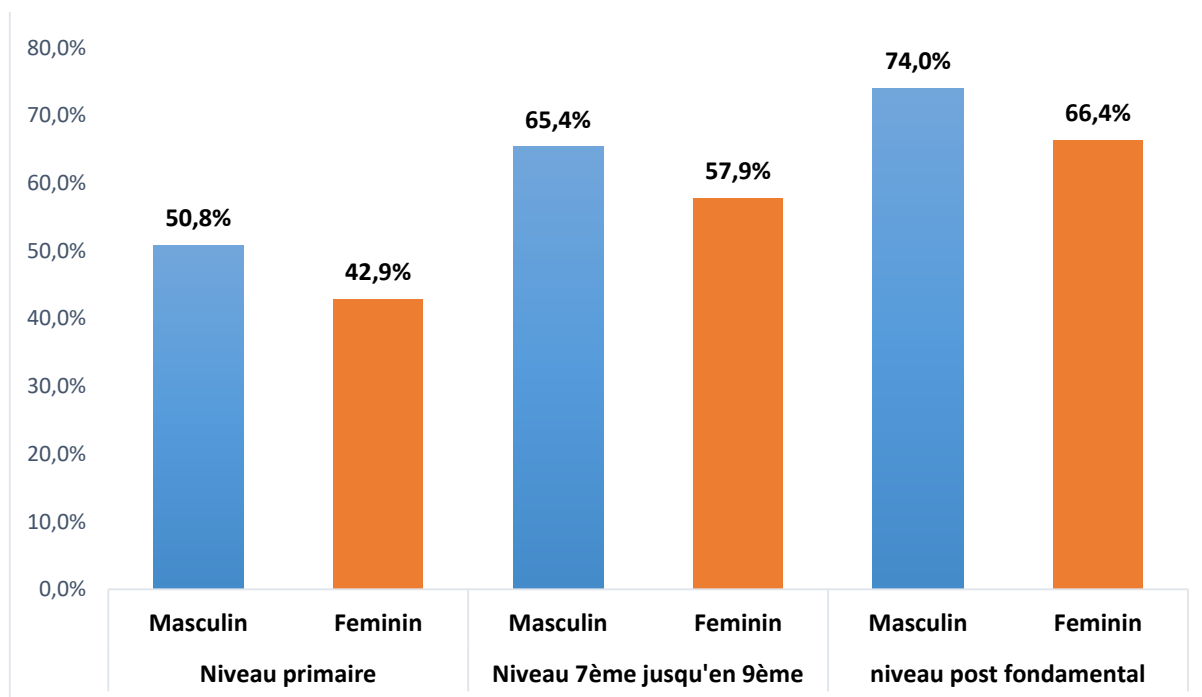
Cependant il reste le challenge d'atteindre l'accès universel en santé publique (80%), L'on apprend que, au-delà du maintien de l'investissement transversal sur tous les groupes/lieux, la focalisation sur les districts sanitaires (Gitega, Kiganda), les profils de scolarisation (jeunes non scolarisé) et les classes d'âge (10-14 ans ensuite 15-19 ans) présentant des niveaux de connaissances significativement inférieurs est un défi pour passer à l'échelle l'efficacité de la stratégie de communication. Les résultats qualitatifs corroborent ces suggestions des résultats quantitatifs et proposent d'autres sous-groupes nécessitant une attention particulière.

Tableau 11: Niveau de connaissances sur les ISTs selon la scolarité par sexe

Q4. Milieu d'enquête	Q6. Sexe du répondant	Bonne réponse Q27=oui	Bonne réponse Q31= au moins deux symptômes cités	Bonne réponse Q33= abstinence et préservatif	Bonne connaissance sur les IST	Total
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Count
Jeunes non scolarisés	Homme	99,1%	72,9%	63,3%	55,2%	221
	Femme	99,6%	75,3%	58,4%	53,1%	243
	Total	99,4%	74,1%	60,8%	54,1%	464
Jeunes Scolarisés	Homme	100,0%	81,7%	75,0%	66,0%	344
	Femme	100,0%	74,9%	67,7%	58,3%	350
	Total	100,0%	78,2%	71,3%	62,1%	694
Total	Homme	99,6%	78,2%	70,4%	61,8%	565
	Femme	99,8%	75,0%	63,9%	56,2%	593
	Total	99,7%	76,6%	67,1%	58,9%	1158

Ce tableau nous montre que **58,9%** des jeunes ont des bonnes connaissances sur les ISTs. La proportion des jeunes non scolarisés ayant de bonnes connaissances des ISTs est de 54,1% avec 55,2% pour les hommes et 53,1% aux femmes. Les jeunes scolarisés représentent 62,1% dont 66,0% aux hommes et 58,3% aux femmes.

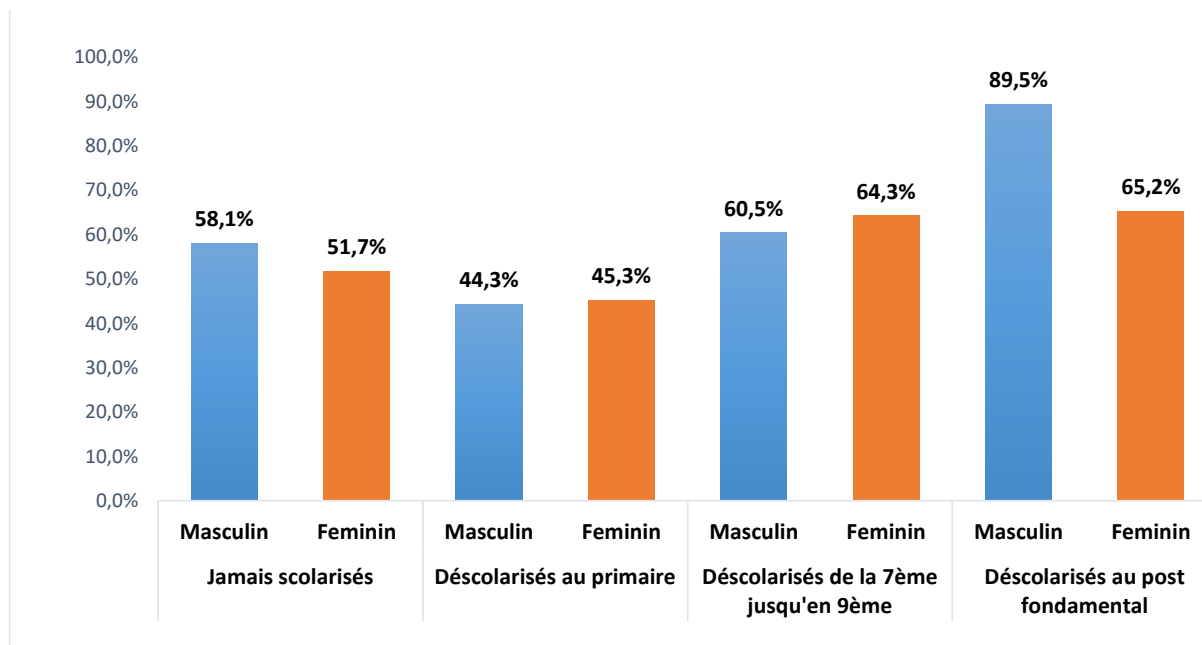
Graphique 5: Bonnes connaissances sur les ISTs selon le niveau de scolarité et le sexe



Les histogrammes suivants montrent les bonnes connaissances des jeunes en fonction du niveau de scolarité et du sexe.

La proportion des jeunes scolarisés du niveau post fondamental ayant de bonnes connaissances sur les IST est élevée (plus de 66%) par rapport aux autres niveaux de scolarisation (65% au niveau 7ème jusqu'en 9ème et 50,8% au niveau primaire). Les jeunes hommes ont de bonnes connaissances sur les ISTs par rapport aux femmes dans tous les niveaux de formation.

Graphique 6: Bonnes connaissances sur les ISTs selon le niveau de déscolarité et le sexe



Cette figure illustre bien que la proportion des jeunes déscolarisés au-delà de la 6^{ème} ayant de bonnes connaissances est supérieure (plus de 60%) à celle des jeunes jamais scolarisés (58%) ou déscolarisé (45,2%) au primaire. Les hommes représentent 89,5% contre 65,2% chez les filles déscolarisées au post fondamental tandis que la proportion des jeunes femmes déscolarisées de la 7^{ème} jusqu'en 9^{ème} est élevée par rapport aux jeunes hommes de cette catégorie (64,3% contre 60,5%). Les femmes jamais scolarisées (51,7%) représentent une proportion moins élevée par rapport aux hommes (58,1%).

5.3.1 Evolution des connaissances des jeunes sur les IST

Tableau 12: Evolution des connaissances des jeunes sur les ISTs

Caractéristique sociodémographique des répondants		Cible du projet	Evaluation intermédiaire	Evaluation finale	Taux de réalisation
Jeunes non scolarisés	Homme	50,0%	22,6%	55,2%	110,4%
	Femme	50,0%	29,3%	53,1%	106,2%
	Total	40,0%	25,9%	54,1%	135,2%
Jeunes Scolarisés	Homme	50,0%	38,2%	66,0%	132,0%
	Femme	50,0%	33,7%	58,3%	116,6%
	Total	50,0%	36,0%	62,1%	124,2%

Ce tableau nous montre le taux de réalisation de l'indicateur 3 du projet SDSR par comparaison des valeurs cibles et celles atteintes lors de l'évaluation finale des connaissances des jeunes sur les IST. Nous constatons que le taux de réalisation est supérieur à 100% en milieu communautaire (135,2% pour les jeunes non scolarisés) et en milieu scolaire (124,2% pour les jeunes scolarisés). Par conséquent, l'objectif du projet par rapport aux connaissances des jeunes sur les ISTs a été atteint à plus de 100%.

5.3.2 Evolution et qualité des connaissances en IST attribuées aux jeunes par les animateurs

Au sujet de l'évolution et de la qualité connaissances les animateurs ont été invités à répondre à la question suivante :

1. Comment appréciez-vous l'évolution et la qualité des connaissances (IST, VIH, VSBG) des bénéficiaires depuis janvier 2021 ? *Explorer les cas de baisse, stagnation, augmentation des CAP.*
2. Quelles catégories de bénéficiaires sont-elles les plus affectées par les changements ou inerties observés ? [Explorer selon ces catégories : 1-Ecoles : Classes (à bas âge, âge moyen ou plus âgés) ; genre (les filles ; les garçons) ; 2-Communauté : Les jeunes mariés ou les célibataires ; les plus jeunes ou plus âgés ; les filles ou garçons].
3. Quels sont les sites/milieus d'intervention du réseau les plus affectés par les changements/inerties observés ? [À poser au prestataire du CDS seulement].

Evolution des connaissances : Ainsi, à propos des évolutions qu'ils ont perçues sur les connaissances en matière de SSRAJ chez les ado-jeunes de 15-24 ans, les animateurs ont majoritairement (9,6/10^{ème} soit 26/27) déclaré qu'il y a eu progression entre Janvier 2021 et la date de l'évaluation. La baisse des connaissances n'a pas été constatée. Selon le milieu de résidence, d'après les animateurs, chez les jeunes en milieu rural, l'augmentation des connaissances est inférieure à celle des jeunes en milieu urbain. Ainsi, la fréquence de l'affirmation de l'augmentation des connaissances des jeunes en milieu urbain est de 6/10^{ème} (5/8) et de 3/10^{ème} (2/8) dans le milieu rural. Selon l'appartenance ou non au milieu scolaire, la perception des animateurs et les données d'analyse montrent que les jeunes du milieu scolaire devancent ceux du milieu communautaire en matière d'occurrence de la connaissance.

Du point de vue des catégories de bénéficiaires les plus affectées par l'évolution des connaissances en IST, l'on ne dispose que des données générales concernant les 3 thématiques (IST ; VIH ; VSBG). De ce point de vue, au niveau scolaire, généralement, l'on constate que presque tous les bénéficiaires ont été affectés par l'augmentation des connaissances, sauf les jeunes de bas âge. Selon le nombre d'évocations (35), l'on relève qu'en majorité ce sont les filles (15/35) et les jeunes d'âge moyen (10/35) qui sont plus affectés. Les moins affectés par ce changement sont les plus âgés et les garçons (5/35). Les jeunes de bas âge ne sont pas sensiblement affectés par l'augmentation des connaissances. Quant au milieu communautaire, globalement, tous les bénéficiaires sont affectés par l'augmentation des connaissances. Sur la base des 34 évocations récoltées l'on réalise qu'en majorité, ce sont les filles (13/34), les plus jeunes (6/34) et les célibataires (5/34) qui sont les plus affectés par l'augmentation des connaissances. Les moins affectés par ce type changement sont, les garçons (4/34) ; les jeunes mariés et les plus âgés 3/34 respectivement.

Au sujet des sites/milieus du réseau les plus affectés par les changements en matière des connaissances depuis janvier 2021, selon les prestataires CDS, du fait d'un fort taux de non réponse/non renseignement de la question l'échantillon s'est réduit à 8. Au niveau communautaire, du milieu urbain à celui rural, l'augmentation des connaissances est affirmée à la fréquence des 10/10^{ème} (8/8). Sur 8 cas de progression, les jeunes du milieu urbain ont connu les 6/10^{ème} (5/8) toutes thématiques comprises (IST/VIH/VSBG). Chez les jeunes du milieu rural, la fréquence de l'augmentation de la connaissance a été affirmée par 4/10^{ème} (3/8) des répondants. Cependant au sein du milieu rural, l'augmentation des connaissances portent n'a été déclarée que pour deux thématiques (IST/VIH). Pour ce qui est de la baisse et de la stagnation aucun cas n'a été relevé pas les animateurs. Quant au milieu scolaire, tant en milieu urbain qu'en milieu rural, l'on observe la progression a été généralement prépondérante à la fréquence de 9/10^{ème} (7/8). L'augmentation

des connaissances chez les jeunes en milieu urbain est égale 6/10^{ème} (5/8) et de 3/10^{ème} (2/8) dans le milieu rural, respectivement pour les thématiques IST et VIH. En ce qui concerne la stagnation elle n'affecte pas les IST et le VIH ; mais plutôt les VSBG (1/10^{ème} (1/8) chez les jeunes en milieu rural. Aucun cas de baisse n'a été enregistré.

5.3.3 Qualité des connaissances

Au sujet de la qualité, son affirmation s'est appuyée sur les *contenus* déclarés présents chez les bénéficiaires par les animateurs dont : le dépistage et le traitement des IST ; les signes cliniques et la protection contre les IST ; les mesures préventives et la diminution des infections. Les animateurs scolaires et communautaires puis les prestataires CDS ont affirmé la qualité de la connaissance en IST avec des variations selon le milieu de résidence et l'appartenance au milieu scolaire. Selon *le milieu de résidence*, d'après les animateurs, chez les jeunes en milieu rural, la qualité des connaissances est inférieure à celles des jeunes en milieu urbain. Selon l'appartenance au *milieu scolaire*, la perception des 3 catégories d'animateurs et les données d'analyse montrent que les jeunes du milieu scolaire devancent ceux du milieu communautaire en matière de qualité des contenus maîtrisés

5.3.4 Niveaux de connaissances des jeunes sur le VIH/SIDA

Comme pour les IST en général, pour évaluer la bonne connaissance du VIH/SIDA, nous avons d'abord cherché à savoir ceux qui ont au moins la connaissance de ces moyens de prévention et de transmission à travers les questions suivantes :

- Q35 : *On peut reconnaître une personne infectée par le VIH rien qu'en le voyant ?*
- Q37 : *Toutes les femmes infectées par le VIH transmettent automatiquement ce virus à leur enfant ?*
- Q38 : *On peut être contaminé par le VIH si quelqu'un nous éternue au visage*
- Q33 : *Citez les manières de se protéger contre la transmission sexuelle des IST et du VIH/SIDA*

La combinaison des bonnes réponses à ces questions constitue le critère de bonnes connaissances sur le VIH/SIDA. Le taux de bonnes réponses à la question concernant les manières de se protéger n'est pas récapitulé dans le tableau ci-dessous car il est déjà détaillé dans le chapitre sur les IST. Cependant, il convient de préciser que le taux de bonnes réponses à cette question a été utilisé pour le calcul du taux de bonnes connaissances sur le VIH.

Tableau 13: Bonnes connaissances sur le VIH/SIDA

Caractéristiques sociodémographiques		Bonne réponse Q35	Bonne réponse Q37	Bonne réponse Q38	Bonne réponse Q33	Bonne connaissance sur le VIH/SIDA	Total	Chi-carré	p
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Count		
Districts sanitaires	Gitega	96,5%	88,7%	97,7%	59,9%	53,4%	397	27,853	,000*
	Kiganda	84,5%	79,0%	92,0%	59,0%	45,5%	200		
	Muramvya	97,5%	95,5%	97,5%	73,4%	66,8%	199		
	Fota	86,6%	90,0%	95,0%	80,1%	65,7%	201		
	Kibumbu	88,2%	87,6%	94,4%	70,8%	60,9%	161		
	Total	91,7%	88,3%	95,8%	67,1%	57,5%	1158		
Milieu d'enquête	jeunes non scolarisés	89,7%	85,6%	92,9%	60,8%	52,4%	464	8,378	,004*
	jeunes Scolarisés	93,1%	90,1%	97,7%	71,3%	61,0%	694		
	Total	91,7%	88,3%	95,8%	67,1%	57,5%	1158		
Sexe du répondant	Masculin	92,4%	89,2%	96,6%	70,4%	60,9%	565	5,134	,023*
	Feminin	91,1%	87,4%	94,9%	63,9%	54,3%	593		
	Total	91,7%	88,3%	95,8%	67,1%	57,5%	1158		
Tranche d'âge	10-14 ans	91,6%	77,0%	93,8%	50,6%	39,3%	178	35,151	,000*
	15-19 ans	90,3%	88,5%	96,0%	68,0%	57,4%	575		
	20-24 ans	93,8%	92,8%	96,3%	73,1%	65,7%	405		
	Total	91,7%	88,3%	95,8%	67,1%	57,5%	1158		

De ce tableau, nous constatons que **57,5%** des jeunes de 10-24ans ont de bonnes connaissances du VIH/SIDA. La différence des connaissances entre les jeunes scolarisés et non scolarisés est significative (Chi-carré=8,378, P=,004*). Cette proportion varie de 45,5% (Kiganda) à 66,8% (Muramvya) selon les districts sanitaires, 54,3% (féminin) à 60,9% (masculin) selon le sexe et de 52,4% (jeunes non scolarisés) à 61,0% (jeunes scolarisés) selon la scolarisation.

En effet, 88,3% à 95,8% des jeunes interviewés déclarent connaître les voies de transmission du VIH/SIDA et 67,1% connaissent les manières de se protéger contre le VIH/SIDA. Le tableau 13 met en exergue les niveaux de bonne connaissance du VIH/SIDA chez les jeunes selon la scolarisation par sexe.

Interprétation : Les constats descriptifs et la confirmation des différences de niveau de connaissance par le test Chi-carré apporte des éclairages utiles. L'on relève que la « Bonne connaissance sur le VIH/SIDA » est dans l'ensemble sensiblement supérieure (57,5%) à la barre de la cible fixée (50%). Les résultats semblent inférieurs à celui acquis au niveau des IST (58,9%). Le niveau de connaissances reste supérieur chez les scolaires (61,0%) ; comparé au non scolaires (52,4%). L'écart tend à se creuser entre les deux groupes quand on compare les progressions depuis l'évaluation intermédiaire : **augmentation de 11,4% chez les jeunes scolaires contre 9,8% chez les non-scolaires.**

Les résultats qualitatifs ont indiqué que les jeunes étaient attirés par les informations sur les IST comparé au VIH, pour des facteurs motivationnels et la perception de « déjà entendu » affectant les informations sur le VIH entre autres. Comme dans le cas des IST, l'on apprend que, au-delà

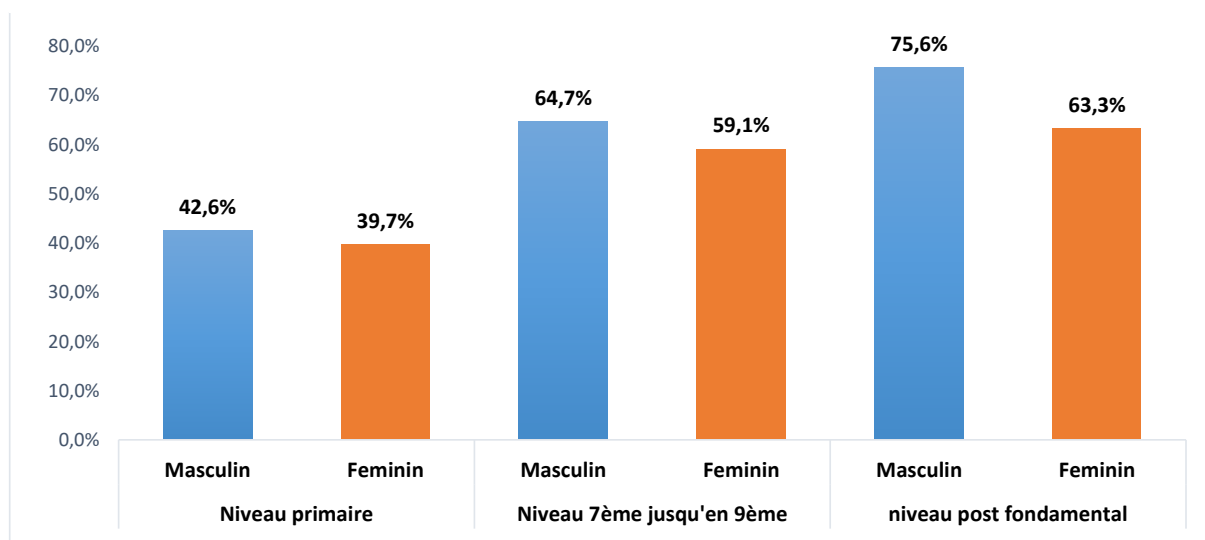
du maintien de l'investissement transversal sur tous les groupes/lieux, la focalisation sur les districts sanitaires (Gitega, Kiganda), les profils de scolarisation (jeunes non scolarisés) et les classes d'âge (10-14 ans ensuite 15-19 ans) présentant des niveaux de connaissances significativement inférieurs est un défi pour passer à l'échelle l'efficacité de la stratégie de communication. Les résultats qualitatifs corroborent ces suggestions des résultats quantitatifs et proposent d'autres sous-groupes nécessitant une attention particulière.

Tableau 14: Niveau de connaissances sur le VIH/SIDA selon la scolarité par sexe

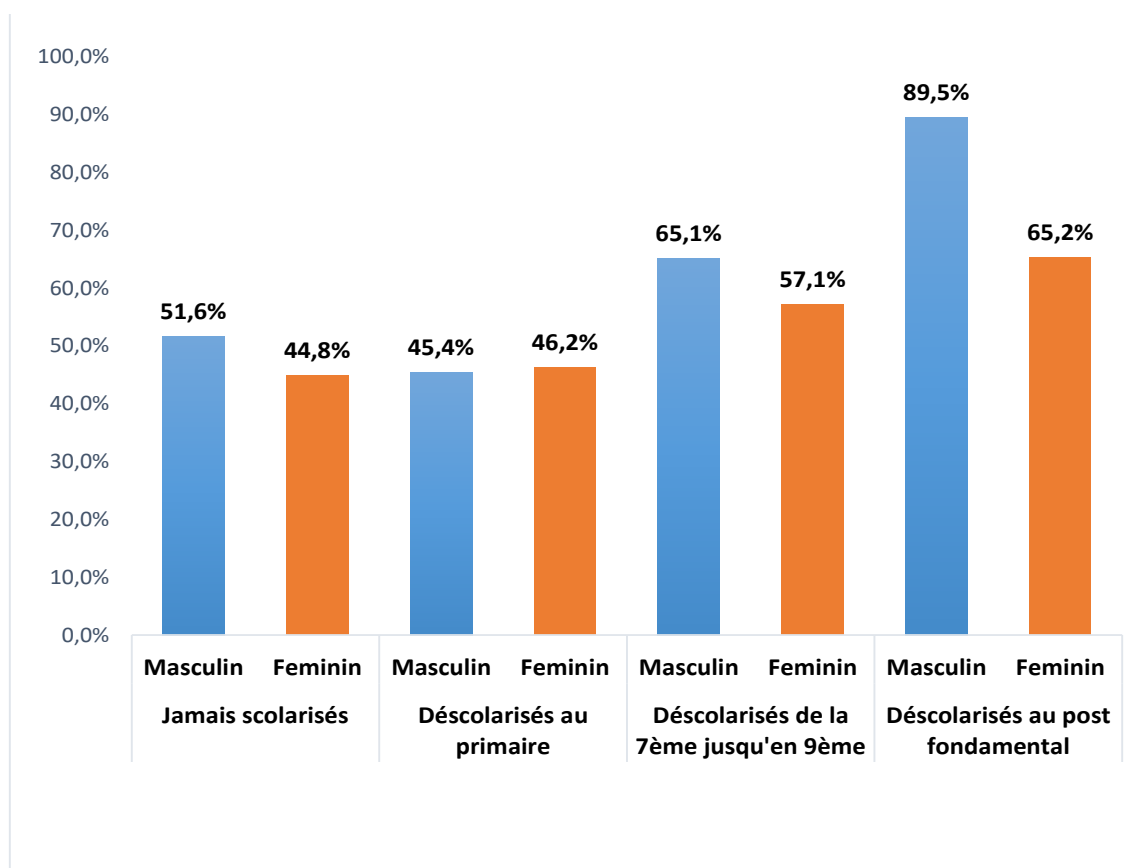
Q4. Milieu d'enquête	Q6. Sexe du répondant	Bonne réponse Q33	Bonne Réponse Q35	Bonne Réponse Q37	Bonne Réponse Q38	Bonne connaissance sur le VIH/SIDA	Total
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Count
Jeunes non scolarisés	Homme	63,3%	89,1%	86,4%	93,2%	54,8%	221
	Femme	58,4%	90,1%	84,8%	92,6%	50,2%	243
	Total	60,8%	89,7%	85,6%	92,9%	52,4%	464
Jeunes Scolarisés	Homme	75,0%	94,5%	91,0%	98,8%	64,8%	344
	Femme	67,7%	91,7%	89,1%	96,6%	57,1%	350
	Total	71,3%	93,1%	90,1%	97,7%	61,0%	694
Total	Homme	70,4%	92,4%	89,2%	96,6%	60,9%	565
	Femme	63,9%	91,1%	87,4%	94,9%	54,3%	593
	Total	67,1%	91,7%	88,3%	95,8%	57,5%	1158

Les résultats nous montrent que **57,5%** ont de bonnes connaissances sur le VIH/SIDA. la proportion des jeunes non scolarisés ayant de bonnes connaissances du VIH/SIDA est de 52,4% avec 54,8% chez les hommes et 50,2% chez les femmes. Tandis que le niveau de bonnes connaissances chez les jeunes scolarisés représente 61,0% dont 64,8% chez les hommes et 57,1% chez les femmes.

Graphique 7: Connaissances sur le VIH/SIDA selon le niveau de scolarité et le sexe



Graphique 8: Connaissances sur le VIH/SIDA selon le niveau de déscolarité et le sexe



Ventilés par niveau d'instruction, on trouve que le niveau de connaissance du VIH/SIDA est plus élevé chez les jeunes du niveau post fondamental (75,6% chez les hommes et 63,3% chez les femmes). En revanche, il est peu élevé pour les jeunes du niveau primaire (42,6% chez hommes et 39,7% chez les femmes). Aussi, le niveau des connaissances pour les jeunes ayant le niveau 7ème jusqu'en 9ème est élevé (64,7% chez les hommes et 59,1% chez les femmes) par rapport au primaire, et moins élevé par rapport au post fondamental.

Ce graphique nous montre que les proportions de jeunes ayant de bonnes connaissances du VIH/SIDA sont plus élevées pour les jeunes déscolarisés au-delà du primaire (89,5% chez les Hommes et 65,2% chez les femmes déscolarisées au post fondamental). La proportion pour les « jamais scolarisés » et les déscolarisés au primaire reste faible (45,4% à 51,6% chez les hommes et 44,8% à 46,2% pour les femmes).

5.3.5 Evolution des connaissances des jeunes sur les VIH/SIDA

Tableau 15: Evolution des connaissances des jeunes sur les ISTs

Caractéristique sociodémographique des répondants		Cible du projet	Evaluation intermédiaire	Evaluation finale	Taux de réalisation
jeunes non scolarisés	Homme	50,0%	44,70%	54,8%	109,5%
	Femme	50,0%	40,60%	50,2%	100,4%
	Total	40,0%	42,60%	52,4%	130,9%
jeunes Scolarisés	Homme	50,0%	55,70%	64,8%	129,7%
	Femme	50,0%	43,50%	57,1%	114,3%
	Total	50,0%	49,60%	61,0%	121,9%

Ce tableau nous montre le taux de réalisation de l'indicateur 3 du projet SDSR par comparaison des valeurs cibles et celles atteintes lors de l'évaluation finale des connaissances des jeunes sur le VIH/SIDA. Nous constatons que le taux de réalisation est supérieur à 100% en milieu communautaire (130,9% pour les jeunes non scolarisés) et en milieu scolaire (121,9% pour les jeunes scolarisés). Par conséquent, l'objectif du projet par rapport aux connaissances des jeunes sur le VIH/SIDA a été atteint à plus de 100%.

5.3.6 Qualité de connaissances attribuées aux jeunes par les animateurs en matière de VIH/SIDA

Concernant le VIH/SIDA, les 9,6/10^{ème} des animateurs (sanitaires, scolaires et communautaires compris) les connaissances ont été déclarées en évolutions chez les bénéficiaires dans tous les milieux (scolaire, communautaire, rural et urbain). Cependant, la perception des animateurs et les données d'analyse montrent que les jeunes du milieu scolaire devancent ceux du milieu communautaire en matière d'occurrence de la connaissance et de qualité des contenus maîtrisés. Les animateurs ont relevé les connaissances suivantes chez les bénéficiaires : Dépistage volontaire sur le VIH/SIDA ; utilisation des préservatifs ; abstinence ; connaissances des symptômes. Les animateurs déclarent que les jeunes en milieu urbain ont l'essentiel des connaissances par rapport aux jeunes du milieu rural. Au niveau des pratiques. L'abstinence a été déclarée peu recorrente chez les jeunes en milieu rural.

5.3.7 Niveau de Connaissances et prise en charge des VSBG

Selon les principes directeurs de l'UNESCO en matière d'éducation sexuelle, et à la vie courante : « la discrimination fondée sur le genre est très répandue, et les jeunes femmes ont souvent moins de pouvoir ou de contrôle sur leurs relations interpersonnelles que les hommes. Ce phénomène les rend plus vulnérables à la contrainte, à la violence et à l'exploitation exercées par les garçons et les hommes et, en particulier, par des hommes plus âgés. Les garçons et les hommes, quant à eux, peuvent subir la pression de leurs pairs qui les pousse à se comporter selon les stéréotypes sexuels liés au genre masculin (force physique, comportement agressif, expérience sexuelle) et à adopter des comportements préjudiciables.

Ainsi, pour évaluer le niveau de connaissances sur les VSBG, nous avons d'abord cherché à connaître la proportion des jeunes qui ont des connaissances sur les violences physiques, psychologiques ou sexuelles, les tactiques utilisées des personnes qui abusent sexuellement des jeunes et les stratégies pour éviter les abus sexuels. Les questions posées aux jeunes scolarisés et non scolarisés lors de l'enquête sont les suivantes :

- *Q40 : Les garçons sont en général plus intelligents que les filles.*
- *Q41 : C'est normal de frapper une femme qui se comporte mal.*
- *Q42 : En général, les filles sont violées parce qu'elles portent des habits qui exposent leurs parties intimes.*
- *Q43 : Je dois dénoncer tout auteur de viol, même si c'est quelqu'un de ma famille.*
- *Q44 : Les hommes aussi souffrent des violences basées sur le genre ?*
- *Q45 : Citez trois tactiques des personnes qui abusent sexuellement des jeunes.*
- *Q46 : Citez trois stratégies qui peuvent vous aider à éviter les abus sexuels.*

La combinaison de bonnes réponses à ces questions constitue le critère de bonnes connaissances sur les VSBG, dont les taux de bonnes réponses sont récapitulés dans le tableau suivant.

Tableau 16: Bonnes réponses sur les VSBG selon la scolarité par sexe

		Bonne réponse Q40=Non	Bonne réponse Q41=Non	Bonne réponse Q42=Non	Bonne réponse Q43=Oui	Bonne réponse Q44=Oui	Bonne réponse Q45= Au moins 3 tactiques	Bonne réponse Q46=Au moins 3 stratégies	Bonne connaissance VSBG	Total	Chi-carré	p
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Count		
Districts sanitaires	Gitega	64,7%	84,6%	64,7%	95,0%	93,2%	30,5%	40,1%	34,0%	397	13,180	,010*
	Kiganda	55,5%	78,5%	58,0%	93,0%	88,0%	27,0%	45,0%	26,5%	200		
	Muramvya	70,4%	86,9%	71,4%	98,5%	96,5%	35,7%	59,8%	40,2%	199		
	Fota	45,8%	89,1%	69,2%	96,0%	87,1%	42,3%	55,7%	41,3%	201		
	Kibumbu	36,0%	82,0%	63,4%	93,2%	90,7%	36,0%	42,2%	31,7%	161		
	Total	56,8%	84,4%	65,3%	95,2%	91,5%	33,6%	47,3%	34,7%	1158		
Milieu d'enquête	jeunes non scolarisés	56,9%	83,4%	67,0%	94,0%	91,6%	31,9%	46,3%	33,6%	464	,409	,522
	jeunes Scolarisés	56,8%	85,0%	64,1%	96,0%	91,4%	34,7%	48,0%	35,4%	694		
	Total	56,8%	84,4%	65,3%	95,2%	91,5%	33,6%	47,3%	34,7%	1158		
sexe du répondant	Masculin	57,5%	84,1%	63,9%	93,8%	90,3%	32,7%	46,7%	34,9%	565	,011	,915
	Feminin	56,2%	84,7%	66,6%	96,5%	92,6%	34,4%	47,9%	34,6%	593		
	Total	56,8%	84,4%	65,3%	95,2%	91,5%	33,6%	47,3%	34,7%	1158		
Tranche d'âge	10-14 ans	59,0%	83,7%	62,4%	96,6%	93,8%	36,5%	51,1%	39,3%	178	2,164	,339
	15-19 ans	56,7%	84,5%	65,4%	95,0%	90,8%	32,5%	46,6%	34,4%	575		
	20-24 ans	56,0%	84,4%	66,4%	94,8%	91,4%	33,8%	46,7%	33,1%	405		
	Total	56,8%	84,4%	65,3%	95,2%	91,5%	33,6%	47,3%	34,7%	1158		

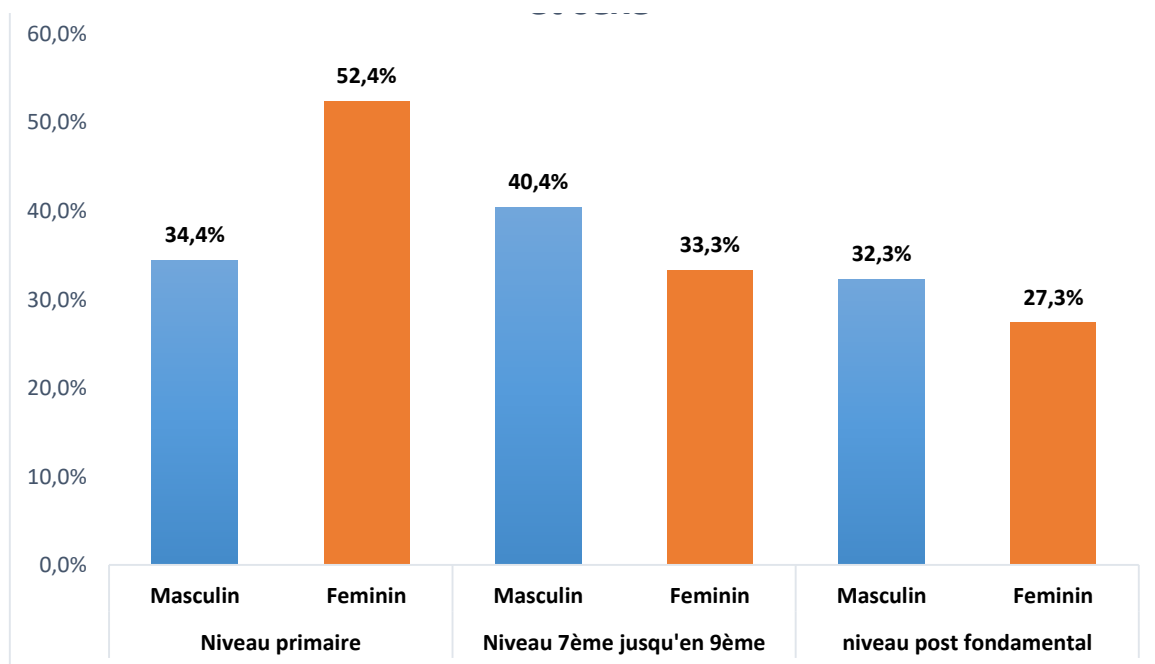
Tableau 17: Niveaux des connaissances sur les VSBG par scolarité et sexe

Q4. Milieu d'enquête	Q6. Sexe du répondant	Bonne réponse Q40=Non	Bonne réponse Q41=Non	Bonne réponse Q42=Non	Bonne réponse Q43=Oui	Bonne réponse Q44=Oui	Bonne réponse Q45= Au moins 3 tactiques	Bonne réponse Q46= Au moins 3 stratégies	Bonne connaissance VSBG	Total
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Count
Jeunes non scolarisés	Homme	57,5%	85,1%	62,9%	94,1%	89,6%	29,0%	44,8%	32,6%	221
	Femme	56,4%	81,9%	70,8%	93,8%	93,4%	34,6%	47,7%	34,6%	243
	Total	56,9%	83,4%	67,0%	94,0%	91,6%	31,9%	46,3%	33,6%	464
Jeunes Scolarisés	Homme	57,6%	83,4%	64,5%	93,6%	90,7%	35,2%	48,0%	36,3%	344
	Femme	56,0%	86,6%	63,7%	98,3%	92,0%	34,3%	48,0%	34,6%	350
	Total	56,8%	85,0%	64,1%	96,0%	91,4%	34,7%	48,0%	35,4%	694
Total	Homme	57,5%	84,1%	63,9%	93,8%	90,3%	32,7%	46,7%	34,9%	565
	Femme	56,2%	84,7%	66,6%	96,5%	92,6%	34,4%	47,9%	34,6%	593
	Total	56,8%	84,4%	65,3%	95,2%	91,5%	33,6%	47,3%	34,7%	1158

Les résultats de l'enquête montrent que 34,7% des jeunes 10-24ans ont de bonnes connaissances des VSBG. La proportion des jeunes non scolarisés ayant de bonnes connaissances des VSBG est de 33,6% avec 32,6% chez les hommes, et de 34,6% chez les femmes. Alors que le niveau de bonnes connaissances, chez les jeunes scolarisés représente 35,4% dont 36,3% chez les hommes et 34,6% chez les femmes.

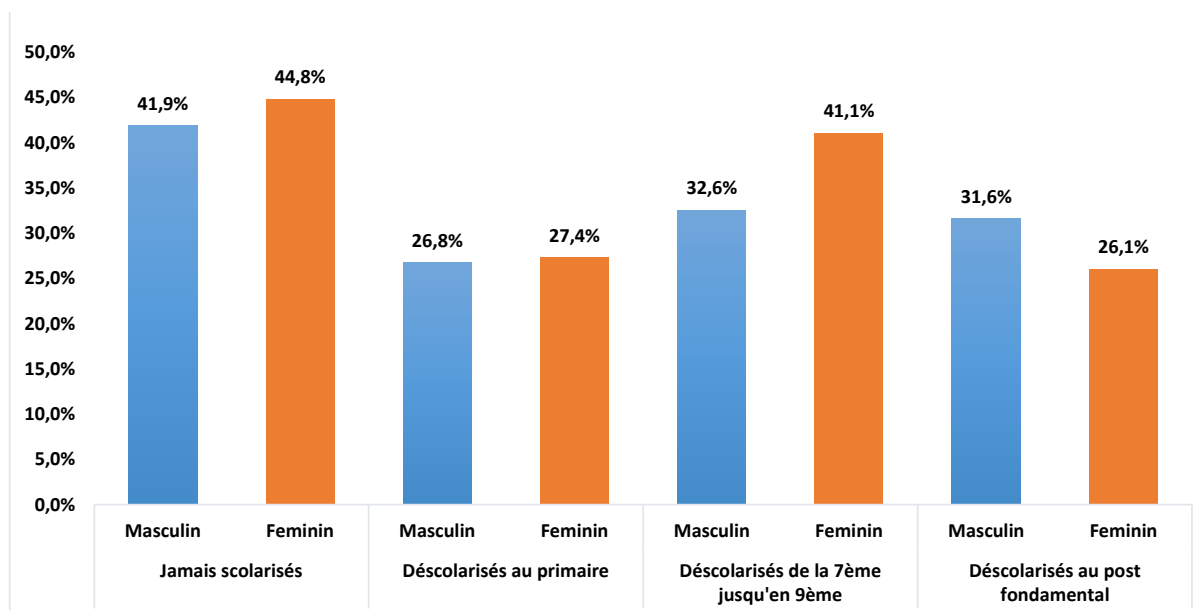
Les histogrammes suivants montrent la relation entre le niveau d'instruction et la bonne connaissance des VSBG.

Graphique 9: Bonnes connaissances sur les VSBG selon le niveau de scolarité et le sexe



On constate que la proportion des jeunes du niveau primaire est élevée (52,4% chez les femmes et 34,4% chez les hommes) par rapport au niveau post fondamental (32,3% chez les hommes et 27,3% chez les femmes).

Graphique 10: Bonnes connaissances sur les VSBG selon le niveau de déscolarité et le sexe



Cet histogramme montre que la proportion est encore basse pour les jeunes déscolarisés au-delà du primaire (26,8% chez les hommes et 27,4% chez les femmes) par rapport aux jeunes jamais déscolarisés au-delà du primaire (32,6% chez les hommes et 41,1% chez les femmes déscolarisées de la 7^{ème} jusqu'en 9^{ème}), et ceux qui n'ont jamais fréquenté l'école (41,9% chez les hommes et 44,8% chez les femmes).

5.3.8 Evolution des connaissances des jeunes sur les VSBG

Tableau 18: Evolution des connaissances des jeunes sur les les VSBG

Caractéristique sociodémographique des répondants		Cible du projet	Evaluation intermédiaire	Evaluation finale	Taux de réalisation
Jeunes non scolarisés	Homme	50,0%	13,3%	32,6%	65,2%
	Femme	50,0%	17,0%	34,6%	69,1%
	Total	40,0%	15,2%	33,6%	84,1%
Jeunes Scolarisés	Homme	50,0%	12,6%	36,3%	72,7%
	Femme	50,0%	15,0%	34,6%	69,1%
	Total	50,0%	13,8%	35,4%	70,9%

Ce tableau nous montre le taux de réalisation de l'indicateur³ du projet SDSR par comparaison des valeurs cibles et celles atteintes lors de l'évaluation finale des connaissances des jeunes sur les VSBG. Nous constatons que le taux de réalisation est 84,1% en milieu communautaire et 70,9% en milieu scolaire. Par conséquent, l'objectif du projet par rapport aux connaissances des jeunes sur les VSBG a été atteint à plus de 70%.

5.3.9 Evolution et qualité des connaissances attribuées aux jeunes par les animateurs en VSBG

Les VSBG enregistrent selon les animateurs la progression des connaissances la plus faible comparée aux IST et VIH. D'ailleurs, un prestataire CDS a plutôt perçu de la stagnation dans les connaissances en matière de VSBG chez les ado-jeunes de 15-24 ans. Cependant, la progression des connaissances en VSBG a été déclarée dans tous les milieux (scolaire, communautaire, rural et urbain). Dans le cas des VSBG la perception des animateurs et les données d'analyse montrent également que les jeunes du milieu scolaire devancent ceux du milieu communautaire en matière d'occurrence de la connaissance, et de qualité des contenus maîtrisés. Les connaissances des bénéficiaires en VSBG déclarées par les animateurs incluent les différentes formes de violences basées sur le genre et les méthodes préventives correspondantes. Les jeunes en milieu urbain et rural ont le même niveau de connaissances, déclarent les animateurs. Concernant les pratiques, la perception majoritaire chez les animateurs est celle d'une diminution significative des grossesses non désirées chez les filles (7,7/10^{ème} 14/18). Cependant la tendance à accepter des rapports sexuels à risques a été déclarée stagnante. Le recours au CDS est resté peu spontané en cas de VSBG.

5.3.10 Différences observées en termes de connaissances et pratiques entre les thématiques du projet

Les animateurs en IEC du projet ont été invités à répondre aux deux questions suivantes pour renseigner l'existence de différence en matière de connaissance entre les IST et les VSBG :

« 9. Quelle différence observez-vous en termes de connaissances et pratiques entre les thématiques des IST, VIH et VBG ? ».

« 10. Qu'est-ce qui explique ces différences en connaissance et pratiques ? Explorer déterminants liés à I, B, M, F, SCE »

5.3.11 Différences en matière de connaissances entre IST et VIH

Les données permettant d'étayer la différence constituaient la moitié du matériel disponible (5/10^e proxi.) dans les entretiens des 3 provinces. L'expression de la démarcation sur les IST et le VIH n'est pas aisée pour les animateurs communautaires. Elle présente aussi, une difficulté relative pour les deux autres catégories d'animateurs.

Bien que la différence entre les VIH et IST se soit montrée difficile à établir dans plusieurs entretiens, nous pouvons relever tout de même que le VIH est plus maîtrisé que les IST car il inspire la crainte du fait qu'elle soit une maladie incurable. Ce qui favorise l'intérêt sur l'acquisition des connaissances pour l'IEC. Les dialogues animateurs/bénéficiaires révèlent l'usage des préservatifs pour certains et l'abstinence pour d'autres. En clair, il s'avère que les jeunes avaient déjà des connaissances en matière de VIH que le programme est venu renforcer. Alors qu'au sujet des IST, les jeunes n'avaient pas de connaissances suffisantes. La participation aux séances d'IEC et l'exposition d'images leur ont apporté de nouvelles connaissances. De plus, la possibilité de soigner les IST pousse à susciter peu d'intérêts contrairement au VIH.

Sur le plan des pratiques, la différence entre les IST et le VIH soutenue par sensiblement 5/10^{ème} des entretiens paraît mitigée. En effet, les jeunes se rendent dans les centres de santé pour demander les préservatifs, des conseils et se faire dépister lorsque qu'ils sont infectés, ils suivent le traitement, de plus, la confusion des deux thématiques favorise aussi cette indistinction.

5.3.12 Différences en matière de connaissances entre IST et VSBG

En ce qui concerne cet aspect, il est mis en évidence - par les réponses - que les jeunes ont plus de connaissances en IST qu'en VSBG. Cette tendance est soutenue par 7/10^{ème} des entretiens. Les avis des répondants sont plus radicaux dans les provinces de Mwaro et Gitega alors qu'à Muramvya les réponses sont plus nuancées. L'exploration durant les entretiens n'a pas été suffisamment inclusive et fiable pour dégager tous les avis et toutes les nuances.

Le fait que la connaissance soit plus répandue en matière d'IST comparée au VSBG peut s'expliquer par plusieurs déterminants, notamment ceux familiaux qui incluent l'aide aux animateurs venant des parents qui donnent des enseignements aux enfants sur la SSR, et en particulier les IST. Concernant les déterminants bénéficiaires, l'on relève que les jeunes sont disposés à aller dans les CDS pour se faire dépister et demander les préservatifs en matière d'IST.

Quant aux VSBG, les connaissances sont moins acquises car le facteur interventionnel n'a pas permis à tout le monde d'avoir des connaissances suffisantes ; en raison de la nouveauté de la thématique, l'intérêt des bénéficiaires restent moins marqué pour les VSBG comparé aux IST. Il y a encore peu de stratégies spécifiques mises sur pied pour susciter l'intérêt des jeunes. De plus, les connaissances sont faiblement acquises car une partie de la population, notamment les garçons, s'intéresse moins que les filles, parce qu'étant très rarement victime. L'analyse sur les autres catégories de déterminants : famille ; milieu ; SCE n'est pas possible faute de données).

Cette différence est également perceptible au niveau des bonnes pratiques dont la fréquence est plus élevée en IST qu'en VSBG ; ceci s'explique dans les avis recueillis dans les 7/10^{ème} des entretiens dans deux tiers des Provinces (Gitega et Mwaro) excepté Muramvya. La documentation du phénomène n'ayant pas été assez inclusive et fiable. En effet s'agissant des IST, l'on note que les bénéficiaires demandent des préservatifs au CDS, parce qu'ils savent l'avantage de se protéger contre les IST et les grossesses non désirées. Par ailleurs, les parents envoient les enfants aux séances IEC SR et le matériel de communication est en place. Des jeunes vont effectivement dans les CDS pour se faire consulter et ils se font soigner contrairement aux VSBG. La pauvreté constitue un frein à la mise en application des enseignements SR. Cela s'observe dans des cas comme celui des jeunes filles qui continuent de rentrer tard ou d'être influencées par les appâts (argent, gadgets) que leur tendent les hommes en quête de rapports sexuels à risque. Cela entrave l'effet des déterminants institutionnels dont la réglementation interdisant aux filles d'aller dans les hôtels et de rester dans les bars au-delà de 18 heures. Lorsque lesdites filles subissent des VSBG, par honte, elles ne les déclarent pas, préférant la confidentialité sur leur vie intime.

« Il y en qui viennent ici au CDS après avoir subi une VSBG mais ne te disent pas que c'est une VSBG ; c'est après un counseling poussé qu'on le découvre. » (AS, province Gitega, DS Gitega)

Il est aussi apparu que le programme n'a pas assez de supports d'IEC en matière de VSBG.

5.3.13 Différences en matière de connaissances entre VIH et VSBG

S'agissant de la différence entre le VIH et les VSBG, plus de 9/10^{ème} des entretiens, dans les 3 provinces soutiennent que les jeunes ont plus de connaissances en VIH. En réalité ceci est lié à un certain nombre de déterminants favorables au VIH dont : (1) l'ancienneté de la thématique ; (2) l'incurabilité de la maladie, (3) l'intérêt accordé par les jeunes, (4) le soutien à la dispensation de l'IEC sur le VIH/SIDA par les parents et la communauté. Par contre les VSBG sont une nouvelle

thématique dont les approches d'enseignement et de sensibilisation ne sont pas encore assez adaptées et diversifiées pour attirer les jeunes et imprégner les messages. La maîtrise par les bénéficiaires s'en trouve bien limitée.

Sur le plan des pratiques, plus de 9/10^{ème} des entretiens des 3 provinces soutiennent également que l'observance des bonnes pratiques en matière de VIH est plus élevée qu'en matière des VSBG. Concernant le VIH, la priorité des jeunes en matière de bonnes pratiques par rapport aux thématiques est focalisée sur le VIH. De plus, les CDS disposent des services de prise en charge en matière de VIH. Or s'agissant des VSBG, les pratiques sont moins appliquées par les jeunes. Ces derniers sont exposés à la consommation d'alcool du fait de la vente à domicile en milieu familiale dans les ligalas ; snacks et autres. L'abus de substances psychotropes expose les jeunes au VSBG. Les sorties diverses et nocturnes avec fréquentations de lieux interdits comme des hôtels, la pauvreté couplée au désir de gadgets et d'argent poussent les filles à accepter les avances les motards et des hommes en tenue. De plus les jeunes ne s'intéressent pas aux VSBG, bien qu'elles soient dangereuses pour eux. La stratégie pour faire connaître les VSBG et adopter les bonnes pratiques en la matière reste largement à améliorer. Par ailleurs la pauvreté, la honte et l'absence de dénonciation empêchent l'observance des bonnes pratiques VSBG par les jeunes.

6. Utilisation des services SSRAJ

6.1 Taux d'utilisation des services SSRAJ

Les prestataires de soins offrent aux jeunes des services préventifs de type counseling individuel ou en groupe sur la prévention des grossesses non désirées, et mettent à disposition les MCM et la pilule du lendemain. Selon les directives des CDSA, les services curatifs spécifiques pour les jeunes sont disponibles dans les heures adaptées pour les jeunes et sont intégrés dans les services curatifs rendus aux autres au cours de la journée. Malgré cela, l'utilisation des services de SSRAJ par les jeunes n'est pas satisfaisante pour les raisons suivantes¹¹ :

- Presque tous les jeunes connaissent les services SSRAJ, mais ils ne sont pas suffisamment informés de ce qui est inclus dans le paquet de prestations des CDS à réseau. Le PF et le dépistage du VIH semblent être les seuls services à leur disposition selon les perceptions des jeunes.
- En plus, la plupart des CDS n'ont pas les capacités organisationnelles suffisantes pour adapter les services SR aux besoins des jeunes.

Cette évaluation finale nous montre le niveau d'utilisation des services SSRAJ ; résumé dans le tableau suivant.

¹¹ Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida (2019) Etude de base sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes et adolescents en matière de Santé et Droits Sexuels et Reproductifs dans les provinces de Muramvya et Mwaro et dans les districts Kibuye et Gitega de la province de Gitega.

Tableau 19: Taux d'utilisation des services SSRAJ

		Q48. Avez-vous déjà été au CDS pour un motif quelconque en lien avec la SSR ?			
		Oui	Non parce que pas de besoin	Non parce que je ne connais pas les services SSRAJ	Total
		Row N %	Row N %	Row N %	Count
Districts sanitaires	Gitega	51,9%	47,4%	8%	397
	Kiganda	14,5%	81,0%	4,5%	200
	Muramvya	21,1%	75,9%	3,0%	199
	Fota	27,9%	69,7%	2,5%	201
	Kibumbu	27,3%	69,6%	3,1%	161
	Total	32,6%	65,0%	2,4%	1158
Milieu d'enquête	Jeunes non scolarisés	41,8%	56,3%	1,9%	464
	Jeunes Sclarisés	26,4%	70,9%	2,7%	694
	Total	32,6%	65,0%	2,4%	1158
Sexe du répondant	Homme	31,5%	66,0%	2,5%	565
	Femme	33,6%	64,1%	2,4%	593
	Total	32,6%	65,0%	2,4%	1158
Tranche d'âge	10-14 ans	8,4%	88,8%	2,8%	178
	15-19 ans	26,8%	70,4%	2,8%	575
	20-24 ans	51,4%	46,9%	1,7%	405
	Total	32,6%	65,0%	2,4%	1158

Globalement, ce tableau montre que **32,6%** d'adolescents et jeunes de 10-24 ans utilisent les services SSRAJ contre **65,0%** qui n'ont pas ressenti le besoin d'utiliser ces services. Seul **2,4% ne connaissent pas** les services SSRAJ. Ce niveau d'utilisation varie de 14,5% (Kiganda) à 51,9% (Gitega) selon le district sanitaire, 31,5% (chez les hommes) à 33,6% (chez les femmes) selon le sexe. Selon la scolarité, il varie entre 26,4% chez les jeunes scolarisés, contre 41,8% chez les jeunes non scolarisés, tandis que les jeunes de 20-24 ans utilisent les services SSRAJ (51,4%) plus que les autres tranches d'âge.

6.2 Utilisation et motif de consultation des services SSRAJ

L'utilisation des services SSRAJ dépend du besoin ressenti par les jeunes, de leur disponibilité et du lieu où ils se trouvent. Les services les plus consultés par les jeunes sont : EPS (51,2%), dépistage (41,4 %), et SMI (CPN, CPON, accouchement, vaccination...) (23,3%). Dans tous les districts sanitaires, c'est le service EPS qui est le plus sollicité par les jeunes, excepté les districts sanitaires de Muramvya et Kiganda. Les services de planning familial (**12,2%**) et VSBG (0,3%) viennent en dernier lieu dans tous les districts sanitaires

La proportion des jeunes consultant l'EPS et le service de dépistage varie de 37,6% (EPS) à 51,5% (dépistage) chez les non scolarisés. Elle varie de 30,6% (dépistage) à 65,6% (EPS) chez les jeunes scolarisés

Selon le sexe, elle varie de 57,3% (EPS) à 43,8% (dépistage) chez les hommes, et 45,7% (EPS) à 39,2% (dépistage) chez les femmes. Selon l'âge, les moins âgés consultent plus fréquemment le service EPS (86% et 64,3% chez les jeunes âgés de moins de 20 ans, et 38,9% chez les jeunes de 20-24 ans. Les plus âgés consultent davantage le service de dépistage (**51,4%**) chez les jeunes de 20-24 ans.

Tableau 20: Récapitulatif des services SSRAJ plus consultés par les jeunes

		EPS	Dépistage	SMI (CPN, CPON, accouchement, vaccination...)	Planning Familial	VSBG	Effectif des jeunes ayant consulté les services SSRAJ	Effectif total des répondants
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Count	Count
Districts sanitaires	Gitega	68,9%	41,3%	16,5%	11,2%	,5%	206	397
	Kiganda	13,8%	20,7%	37,9%	17,2%	0,0%	29	200
	Muramvya	16,7%	19,0%	38,1%	31,0%	0,0%	42	199
	Fota	41,1%	55,4%	28,6%	3,6%	0,0%	56	201
	Kibumbu	38,6%	59,1%	25,0%	6,8%	0,0%	44	161
	Total	51,2%	41,4%	23,3%	12,2%	,3%	377	1158
Milieu d'enquête	Jeunes non scolarisés	37,6%	51,5%	44,3%	18,6%	,5%	194	464
	Jeunes Scolarisés	65,6%	30,6%	1,1%	5,5%	0,0%	183	694
	Total	51,2%	41,4%	23,3%	12,2%	,3%	377	1158
Sexe du répondant	Homme	57,3%	43,8%	3,4%	6,2%	,6%	178	565
	Femme	45,7%	39,2%	41,2%	17,6%	0,0%	199	593
	Total	51,2%	41,4%	23,3%	12,2%	,3%	377	1158
Trenche d'âge	10-14 ans	86,7%	13,3%	0,0%	0,0%	0,0%	15	178
	15-19 ans	64,3%	30,5%	3,9%	3,9%	0,0%	154	575
	20-24 ans	38,9%	51,4%	39,4%	19,2%	,5%	208	405
	Total	51,2%	41,4%	23,3%	12,2%	,3%	377	1158

Les motifs de consultation des services SSRAJ sont différents, mais trois motifs sont plus cités par les jeunes lors de l'enquête. Ainsi, 55,2% des jeunes consultent ces services dans le cadre de la « /Formation/ information (séances IEC) » tandis que 39,8% des jeunes avaient pour motif le « dépistage » contre 20,2%, et 18,3% de ces jeunes qui consultaient avec comme motif « grossesse et accouchement ». La contraception/PF/VSBG est citée par 4,5% des jeunes enquêtés comme motif de consultation des services SSRAJ.

Toutes ces informations sont détaillées dans le tableau suivant.

Tableau 21: Motif de consultation des services SSRAJ

		/Forma- tion/ in- forma- tion	Dépis- tage	Grossesse	Accouche- ment	Contra- ception	Visite de routine	Effectif des jeunes ayant con- sulté les ser- vices SSRAJ	Effectif total des répon- dants
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Count	Count
Dis- tricts sani- taire s	Gitega	68,4%	39,8%	14,6%	12,6%	6,8%	1,0%	206	397
	Kiganda	34,5%	17,2%	34,5%	31,0%	3,4%	0,0%	29	200
	Muramvya	33,3%	16,7%	35,7%	28,6%	4,8%	0,0%	42	199
	Fota	46,4%	57,1%	25,0%	23,2%	0,0%	3,6%	56	201
	Kibumbu	38,6%	54,5%	15,9%	20,5%	0,0%	0,0%	44	161
	Total	55,2%	39,8%	20,2%	18,3%	4,5%	1,1%	377	1158
Mi- lieu d'en- quêt e	Jeunes non scolarisés	40,2%	50,0%	38,1%	35,1%	7,8%	1,0%	194	464
	Jeunes Scola- risés	71,0%	29,0%	1,1%	,5%	1,1%	1,1%	183	694
	Total	55,2%	39,8%	20,2%	18,3%	4,5%	1,1%	377	1158
Sexe du re- pon- dant	Homme	60,7%	42,1%	2,8%	1,7%	1,7%	1,7%	178	565
	Femme	50,3%	37,7%	35,7%	33,2%	7,1%	,5%	199	593
	Total	55,2%	39,8%	20,2%	18,3%	4,5%	1,1%	377	1158
Tren- che d'âg e	10-14 ans	73,3%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	15	178
	15-19 ans	66,9%	30,5%	3,9%	,6%	1,3%	,6%	154	575
	20-24 ans	45,2%	49,0%	33,7%	32,7%	7,3%	1,4%	208	405
	Total	55,2%	39,8%	20,2%	18,3%	4,5%	1,1%	377	1158

6.3 Sources d'information en SSRAJ

Au Burundi, les questions liées à la sexualité sont encore taboues. Très peu de citoyens en parlaient, que ça soit dans le cadre familial ou dans d'autres cadres, tels que l'école. Le manque d'information suffisante chez les jeunes au sujet de la santé sexuelle, peut les induire en erreur quant à leur comportement. C'est pourquoi, le plan d'identifier les sources à travers lesquelles les jeunes reçoivent l'information en SSR comme canal de communication auprès des jeunes reste un élément fondamental.

Ainsi, les données sur les sources d'information ont été collectées par thème (question semi-ouverte) et les réponses ont été synthétisées dans les catégories suivantes :

- Amis/voisins (Frères, sœurs, amis, voisinages)
- Ecole (Club, enseignants et animateur scolaire)
- Familles (parents et autres familles des adultes)
- Radio/médiats (Les émission à la radio, journaux et réseaux sociaux)
- CDS (CDS Amis des Jeunes, agents de santé qualifié et autres CDS)
- Eglise (prêtres, pasteurs et animateurs à l'église)

- Communauté (animateurs communautaire et agents de santé communautaire)

La question concernant les sources d'informations a été posée de la même manière sur toutes les 5 thématiques développées dans cette évaluation. Les résultats sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau 22: Sources d'information des jeunes de 10-24ans sur la SSRAJ

		Ecole	Amis/ voisins	Famille	Com- mu- nauté	CDS	Radio	Eglise	Total
		Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Row N %	Count
Districts sanitaires	Gitega	70,3%	25,2%	29,5%	39,0%	32,5%	16,4%	6,0%	397
	Kiganda	65,0%	36,0%	27,5%	33,0%	7,5%	14,5%	0,0%	200
	Muramvya	65,8%	36,7%	28,6%	24,6%	14,1%	17,6%	2,5%	199
	Fota	67,2%	53,7%	42,3%	23,9%	24,9%	31,3%	,5%	201
	Kibumbu	67,7%	46,0%	37,3%	20,5%	29,8%	25,5%	1,9%	161
	Total	67,7%	36,9%	32,3%	30,3%	23,3%	20,1%	2,8%	1158
Milieu d'enquête	Jeunes non scolarisés	26,5%	46,6%	23,3%	55,6%	30,6%	27,8%	3,7%	464
	Jeunes Scola-risés	95,2%	30,4%	38,3%	13,4%	18,4%	15,0%	2,3%	694
	Total	67,7%	36,9%	32,3%	30,3%	23,3%	20,1%	2,8%	1158
Sexe du repondant	Homme	68,8%	39,6%	29,0%	31,7%	19,5%	23,0%	2,7%	565
	Femme	66,6%	34,2%	35,4%	29,0%	27,0%	17,4%	3,0%	593
	Total	67,7%	36,9%	32,3%	30,3%	23,3%	20,1%	2,8%	1158
Trenche d'âge	10-14 ans	82,0%	27,5%	41,6%	10,7%	7,3%	14,0%	2,2%	178
	15-19 ans	74,8%	36,9%	35,7%	24,5%	19,0%	17,4%	2,4%	575
	20-24 ans	51,4%	41,0%	23,5%	47,2%	36,5%	26,7%	3,7%	405
	Total	67,7%	36,9%	32,3%	30,3%	23,3%	20,1%	2,8%	1158

Généralement, les sources d'information les plus citées par les enquêtés ayant des connaissances sur la SSRAJ sont l'école (67,7%), les Amis/voisins (36,9%), les familles (32,3%), la communauté (30,3%), les CDS (23,3%) et les médias/radio (20,1%). Ces résultats montrent que les jeunes reçoivent des informations sur la SSR à l'école, dans les conversations avec les amis et voisinages, dans la famille avec leurs parents, dans les structures de santé (CDS/Hôpital). Mais également lorsqu'ils vont demander des services, ou en lisant les affiches, en écoutant la radio, de la part des animateurs et ASC communautaires, lors de formations organisées par l'église.

Néanmoins, l'école est plus citée par les jeunes scolarisés comme source d'information (95,2%) alors que les jeunes non scolarisés ne la citent qu'à 26.5%. Il en est de même pour la l'amis/vosins et communauté qui sont plus cités par les jeunes non scolarisés (55,6% et 46,6%) contre 13,4% et 30,4% des jeunes scolarisés qui confirment ces derniers comme leur source d'information sur la SSRAJ.

6.4 Différences en termes de pratiques entre les thématiques des IST, VIH et VSBG

Les questions suivantes ont été posées aux animateurs du projet pour élucider les différences en termes de pratiques entre les thématiques IST, VIH et VSBG.

9. Quelle différence observez-vous en termes de connaissances et pratiques entre les thématiques des IST, VIH et VSBG ?

10. Qu'est-ce qui explique ces différences en connaissance et pratiques ? Explorer déterminants liés à I, B, M, F, SCE.

Sur la base de 81 évocations produites par les 27 répondants, la différence entre les thématiques met en avant 3 situations d'information :

- La première étant les cas de non différence entre les thématiques (2/10^{ème} soit 15/81) ;
- La deuxième situation porte sur les cas de différence (4/10^{ème} soit 35/81);
- La troisième étant une situation de non documentation (4/10^{ème} soit 31/81).

La comparaison entre les thématiques démontre qu'il existe des cas de différences et des cas de non-différences. Les différences s'observent dans tous les cas de comparaisons avec une fréquence variable à chaque cas de comparaison : IST- VIH 8/27 ; VIH-VBG 13/27 ; IST-VBG 14/27. La thématique VIH est majoritairement déclarée supérieure en connaissance 9/10^{ème} (soit 7/8 vs IST) et 9/10^{ème} (soit 12/13 vs VSBG). Dans le cas de comparaison IST-VSBG, la supériorité est attribuée au IST 9/10^{ème} (soit 13/14 vs VSBG). Cet état de chose indique qu'il existe un écart manifeste entre les thématiques.

Ces différences s'observent dans toutes les Provinces (Gitega, Mwaro et Muramvya) et dans tous les milieux (rural, urbain). Cependant, dans la province de Mwaro l'on relève que ces comparaisons ont été essentiellement faites en milieu rural, et uniquement en milieu urbain dans la province de Gitega. La Province de Muramvya quant à elle combine à la fois le rural et l'urbain.

Les catégories de répondants ayant relevés ces différences sont inégalement représentées. Les prestataires CDS et les animateurs scolaires ont majoritairement la supériorité sur les animateurs communautaires et ceci dans tous les milieux et cas de comparaison. Exemple : IST-VBG on a : prestataires CDS 6/14, animateurs scolaires 6/14, animateurs communautaires 2/14. Dans les 3 cas d'appréciation de l'importance comparée des connaissances, l'on note que dans la province de Mwaro les animateurs communautaires n'ont pas contribué. Dans les provinces de Gitega et de Muramvya, les animateurs communautaires et scolaires sont moins présents, soit 1/3 de cas de comparaison à Gitega et Muramvya pour les communautaires, et 1/3 cas de comparaisons à Muramvya pour les animateurs scolaires.

En outre, la non-différence est aussi à noter dans tous les cas de comparaisons de l'importance de connaissance entre les thématiques. La fréquence de la non-différence est plus élevée dans le cas de la paire IST-VIH (11/27), que les cas de différence constatés (8/27). Dans 13/18 évocations, (nombre de cas où il y a eu prise de position) les répondants n'ont pas trouvé de différence en matière de connaissance entre les thématiques, suivant les répartitions ci-après 11 /18 évocations pour IST-VIH ; 1/18 respectivement pour IST- VSBG et VIH-VBG.

Dans le cas de comparaison IST-VIH, la situation est renseignée pour toutes les provinces. Les milieux de résidence (urbains et ruraux) ont été différemment représentés suivant la province. À Gitega, l'investigation a couvert le milieu urbain, à Mwaro, le milieu rural et à Muramvya autant l'urbain que le rural. Quant aux catégories de répondants, Muramvya est la seule province dans laquelle les trois catégories de répondants ont déclaré la non-différence. A Gitega toutes les autres catégories de répondants ont déclaré la non-différence à l'exception des prestataires CDS ; à Mwaro seuls les animateurs scolaires et communautaires ont évoqué la non-différence entre les IST et le VIH. Sur les 11/27 évocations, la non-différence est davantage soutenue par les prestataires CDS (3/10^{ème} ont la supériorité 4/10^{ème} soit 4/11cas (3/10^{ème} à Gitega et 1/10^{ème} à Muramvya)

suivie des animateurs scolaires et communautaires (2/10^{ème} respectivement à Mwaro et à Muramvya soit 2/11 cas). Les cas de comparaison IST-VBG et VIH-VSBG relèvent une similitude autant sur l'occurrence de la non-différentiation (2/18), que sur la catégorie de répondants (1 animateur communautaire de la province de Mwaro milieu rural et un animateur communautaire de la province de Gitega urbain). On relève 09 cas indéterminés. On relève que les animateurs communautaires n'ont pas participé à la comparaison des thématiques selon l'ordre d'importance de la connaissance. Ceci est dû aux difficultés chez les enquêteurs à explorer la comparaison, et aux limites de la qualification des animateurs communautaires.

En conclusion, on relève de manière générale deux constats : il existe des différences entre les thématiques et des cas de non-différence. Les différences sont évoquées à tous les cas de comparaison (IST-VIH, VIH-VBG ET IST- VSBG). Le VIH étant la thématique qui a la supériorité sur les IST et VSBG et les IST sur les VSBG. Ces cas de différence ont été relevés dans toutes les 3 provinces, dans tous les milieux et par toutes les catégories de répondants. Ce constat démontre aussi qu'en matière d'importance des connaissances, les évocations sont plus ou moins différenciées suivant le cas de comparaison, (IST-VIH 8/18 ; IST-VBG 14/18, VIH-VBG 13/18). Le milieu dans la province (Mwaro essentiellement rural, Gitega urbain et Muramvya aussi bien en milieu urbain que rural) et les catégories de répondants et leurs occurrences. Les cas de non-différence ont eu le primat sur les cas de différences évoqués dans la comparaison IST-VIH soit 11 contre 8/18. La répartition sur le milieu a aussi fait état d'une couverture totale sur les 3 provinces et une dissémination sur le milieu rural mais différent suivant la province et la catégorie de répondant. A contrario du précédent, les deux autres cas de comparaison (IST-VSBG ; VIH-VSBG) ont tout aussi marqué des cas de non-différence avec un score d'évocation similaire (2/18), et une couverture similaire sur l'espace (province et milieu) et les catégories de répondants.

7. Déterminants des connaissances et pratiques en SSRAJ

7.1 Déterminants de l'évolution (baisse, inerties, augmentation) des niveaux de connaissances et des pratiques en IST, VIH, et VSBG

L'exploration des déterminants de la baisse, de l'inertie et de l'augmentation des niveaux de connaissances et des pratiques en IST, VIH et VSBG a reposé sur les questions suivantes adressées aux animateurs communautaires, scolaires et prestataires de CDS.

4. A votre avis, qu'est-ce qui entraîne les changements/écarts (baisse, inerties, augmentation) entre les résultats (niveaux de connaissance IST, VIH, VBG et pratiques) ? Explorer : déterminants liés à intervention (I), bénéficiaire(B), milieu (M), la famille (F), socioculturel et économique (SCE)
5. Vous avez cité les catégories de bénéficiaires suivantes comme celles chez qui les changements sont plus sensibles ? Dites pour chacune des catégories ce qui explique l'importance des changements ? Explorer déterminants liés à I, B, M, F, SCE
6. Vous avez cité les catégories de sites/milieus d'intervention du réseau suivantes comme celles chez qui les changements/inerties sont plus sensibles. Dites pour chacune des catégories ce qui explique l'importance des changements ou l'inertie en connaissance et pratiques ? Explorer déterminants liés à I, B, M, F, SCE
7. Quelles sont les catégories de bénéficiaires les moins affectées par ces changements ? Pourquoi ? Explorer déterminants liés à I, B, M, F, SCE

8. Quelles sont les catégories de sites/milieus d'intervention du projet les moins affectées par ces changements/inerties ? Pourquoi ? Explorer déterminants liés à I, B, M, F, SCE.

L'évolution des connaissances et des pratiques chez les jeunes en matière d'IST, VIH et VSBG est influencée par les 05 catégories de déterminants (Interventionnels, Bénéficiaires, Familiaux, Milieu et Socioculturel et économique) investiguées. Ces catégories comprennent 26 déterminants spécifiques liés à la progression, 07 liés à la stagnation et aucun (0) à la régression. Ce dernier phénomène n'a pas été observé. La catégorie de déterminants la plus influente est celle interventionnelle. Elle agit sur toutes les thématiques, mais également sur toutes les autres catégories de déterminants et dans toutes les 3 provinces d'étude (Muramvya, Mwaro et Gitega). Elle est suivie par la catégorie des déterminants liée aux bénéficiaires qui s'associe à toutes les 4 autres. Ensuite viennent dans l'ordre les catégories liées au milieu, à la famille et, enfin, au socioculturel et économique.

Les thématiques IST et VIH sont regroupées pour leur évaluation, à cause de la similitude des déterminants spécifiques observés, d'une catégorie de déterminants à l'autre, à quelques exceptions près. La situation de l'évolution (baisse, stagnation, progression) des connaissances et pratiques assortie des déterminants a été renseignée à travers les trois provinces d'étude par les proportions suivantes des répondants :

- Muramvya : IST : 10/10^{ème} (9/9) ; VIH : 10/10^{ème} (9/9),
- Mwaro : IST : 8/10^{ème} (7/9) ; VIH : 10/10^{ème} (9/9), et
- Gitega : IST : 7/10^{ème} (6/9) ; VIH : 6/10^{ème} (5/9).

7.1.1 Déterminants de l'augmentation des connaissances et pratiques sur les IST et VIH/SIDA

La catégorie de déterminants d'intervention (avec 2/10^{ème} ; 6/26 déterminants spécifiques pour les deux thématiques) est considérée comme la plus influente, de par sa transversalité puisqu'ayant une influence sur toutes les autres catégories de déterminants (son facteur explicatif majeur est la communication à travers les séances IEC). Grâce aux séances IEC (*avec les outils didactiques et audio visuels*), les jeunes sont mieux informés sur les causes, manifestations, conséquences des IST et VIH, les mesures préventives et les options de prise en charge. Du point de vue des pratiques, lesdites séances favorisent le recours aux CDS en cas de symptômes IST et pour des besoins en préservatifs. Comme autres facteurs, l'on note la capacitation, la compétence et la mise à niveau des animateurs de manière à leur permettre de répondre aux préoccupations des jeunes. De plus, il y a la diversification du personnel de formation et de sensibilisation (*animateurs scolaires, prestataire de santé...*) ; les rencontres interscolaires pour les échanges et les compétitions entre les jeunes venant de différents milieux (*AS, MURAMVYA, colline de Nyarukere*) et enfin de compte, l'efficacité du projet sur la réduction des barrières socioculturelle à la SSRAJ – C4D, entendez communication pour le développement.

En 2^{ème} position vient la catégorie des déterminants liée aux bénéficiaires, de par son influence sur toutes les thématiques et du fait qu'elle soit associée à toutes les autres catégories de déterminants. Il est annoté qu'elle dispose de la plus large gamme de déterminants spécifiques soit 3/10^{ème} ; 8/26 pour les thématiques IST et VIH/SIDA suscitée (**IST et VIH/SIDA**). Les bénéficiaires concernés sont : les jeunes, filles et garçons des classes de 5^{ème} à 8^{ème}, ceux de 9^{ème} et post fondamentale en milieu scolaire. Quant au milieu communautaire, il s'agit des célibataires, des jeunes, filles et garçons, et des jeunes mariés. Les jeunes sont caractérisés par leur courage, assiduité et leur intérêt plus manifeste lors des séances IEC, de peur d'attraper la maladie. Désor-

mais, ils connaissent les causes, manifestations, conséquences des IST et VIH, les mesures préventives et les options de prise en charge. Ils sont volontaires pour le dépistage de VIH/SIDA, s'intéressent aux mesures préventives (abstinence et/ou utilisation du préservatif), et ont recours aux CDS en cas de symptômes IST et pour couvrir les besoins en préservatifs, ce qui marque un changement par rapport à janvier 2020-2021. De plus, les discussions entre eux et la pair-éducatrices favorisent l'acceptabilité des messages sur la SSR qui leurs sont véhiculés lors des séances d'IEC. Les témoignages des jeunes mères célibataires sur la faiblesse des connaissances SSR, ont un effet de stimulation sur l'intérêt des jeunes pour l'IEC. En communauté, les jeunes célibataires disposent de plus de temps pour les séances d'IEC, n'étant pas sous le contrôle matrimonial. Les jeunes mariés quant à eux ont plus d'opportunités de formations sur la SSR (conseils prénuptiaux et prénataux, séances IEC...).

La catégorie de déterminants liée au milieu (scolaire ou communautaire, rural ou urbain) vient en 3^{ème} position, avec 2/10^{ème} ; 5/26 déterminants spécifiques dans les thématiques IST et VIH. Le milieu fournit des conditions d'apprentissage propices, à savoir : les salles de formation, la présence d'animateurs aguerris dans l'enseignement scolaire et la préparation préliminaire des jeunes dans un environnement ouvert aux thématiques SSRAJ ; l'appui et l'implication des autorités administratives, locales, religieuses et scolaires, dans la sensibilisation (ayant entraîné l'acceptation et l'évolution des idées sur la SSR en communauté). Par ailleurs, l'organisation des jeux et des activités post et périscolaires (compétitions interscolaires via les jeux concours avec prix et les sketches) favorise davantage les échanges sur la SSRAJ, et permet ainsi aux jeunes de se prémunir contre les sollicitations sexuelles, les risques d'infection et les grossesses non désirées en communauté (*MURAMVYA, colline Nyarukere*).

La catégorie Famille vient en 4^{ème} position et a 1/10^{ème} ; 3/26 déterminants spécifiques pour chacune des thématiques IST, VIH :

- L'acceptation des séances d'IEC par les parents antérieurement réfractaires (methodistes vs PF, traditionalistes vs Tabou.) grâce à la diminution des GND, le plaidoyer des leaders socio-administratifs et l'efficacité du projet (persuasion par l'IEC) ;
- Le dialogue entre les parents et les enfants grâce à la réduction du tabou par l'IEC, assortie de l'incitation de la participation des jeunes à l'IEC par ces derniers (parents intellectuels surtout) et en communauté ;
- L'absence de contrainte matrimoniale pour les femmes célibataires, les rendant ainsi libres et disponibles pour les IEC.

En 5^{ème} position, la catégorie SCE qui agit à travers 1/10^{ème} ; 3/26 déterminants spécifiques pour les deux thématiques suscitées :

- La mise en place d'un mécanisme d'autonomisation économique des jeunes (association d'épargne et de crédit), visant à réduire l'exposition au risque SSR grâce à l'occupation de ces derniers par le processus de production ;
- L'éducation par le témoignage (de certains membres de la communauté dont les mères célibataires jeunes / les victimes d'IST ignorantes) qui fustige l'ignorance comme un danger mortel, invitant ainsi la communauté à être réceptive aux messages véhiculés lors des séances d'IEC ;
- L'avènement de l'acceptation de la SSRAJ par certaines communautés grâce à l'efficacité du projet dans la réduction des barrières socioculturelles.

7.1.2 Déterminants de l'inertie des connaissances et pratiques en matière d'IST/VIH

L'**inertie ou stagnation** quant à elle s'explique essentiellement par 4 des 5 catégories de déterminants, à l'exception de la catégorie milieu pour la thématique IST, et 2/5 (Bénéficiaires et SCE) pour la thématique VIH. La catégorie intervention est la plus influente de par son impact sur toutes les autres catégories de déterminants. En effet, projet n'a pas encore réussi à faire passer le message sur la SR chez les préadolescents, de manière à leur faire maîtriser leur physiologie reproductive. Par conséquent, ils demeurent dans le sentiment de honte et d'insouciance, lorsque l'on aborde les questions de sexualité. Par ailleurs, l'on note le caractère statique/non changeant des connaissances chez les jeunes sur le VIH. Il a été relevé qu'ils montrent plus d'intérêt pour les IST, déclarant qu'ils connaissent déjà le VIH ; et qu'ils ne font pas d'efforts particulier concernant le VIH. De plus, à cause de la persistance du tabou sur la SSRAJ dans la communauté burundaise, certains parents et certaines obédiences religieuses (méthodistes) restent réticents quant à l'éducation de leurs enfants sur la SSR, en considérant les séances IEC comme mesure incitative à la sexualité précoce, et poussant ainsi les jeunes au vagabondage sexuel (AS 3^{ème} position, GITEGA). Ils souhaitent que l'éducation sur la SSR se limite essentiellement sur l'abstinence comme mesure préventive, en réfutant les méthodes contraceptives. Le tabou culturel explique également le fait que les parents aient du mal à dialoguer avec les plus jeunes de 10 à 14 ans sur la SSR. Cette inertie est observée essentiellement dans la province de Gitega.

L'**évolution des connaissances et pratiques sur les VSBG** est également observée dans les 3 provinces, Muramvya (10/10^{ème} ; 9/9), Mwaro (4/10^{ème} ; 4/9) et Gitega (3/10^{ème} ; 3/9). Les pratiques sont déclarées prévaloir sur les connaissances, ceci s'expliquant par 4 catégories de déterminants à l'exception de la catégorie famille. La catégorie interventionnelle (1/10^{ème} ; 3/26), à travers les séances IEC en VSBG/SSR permet d'améliorer la connaissance des jeunes, (principalement des filles) sur les manifestations et conséquences des VSBG ; les conséquences des grossesses non désirées et des avortements. Les animateurs ne manquent pas de relayer tous les textes mis en place par le gouvernement qui répriment les VSGB de même que la fréquentation des milieux à risque aux jeunes, afin que ces derniers puissent éviter toutes conséquences néfastes pour eux. L'efficacité du projet à travers la sensibilisation et l'éducation, a pour effet positif, la baisse du taux de GND, et même des cas de VSBG. Les bénéficiaires concernés sont essentiellement les filles, les garçons et les célibataires tant en milieu scolaire que communautaire. Les filles dont les célibataires, généralement les plus vulnérables et les plus exposées en matière de VSBG, sont désormais plus informées sur les stratégies employées pour leur imposer les rapports sexuels à risque (*les cadeaux empoisonnés*). L'on observe chez les garçons, une tendance à changer leur comportement suite aux séances IEC, de peur d'être frappés par les mesures répressives (*prison ; exclusion des cours*) prises par le gouvernement pour limiter les abus (GND, viol...).

Seulement, le sujet VSBG demeure une nouveauté dans toutes les régions d'étude et n'est pas très abordé par les écoles, et encore moins en communauté. De plus la société burundaise reste réfractaire quant à la SSRAJ.

7.1.3 Déterminants de l'importance du changement et de l'inertie des connaissances et pratiques chez les catégories de bénéficiaires les plus sensibles et les moins sensibles

Concernant la catégorie scolaire de bénéficiaires (selon les sources primaires), les plus âgés et les filles sont les plus sensibles, suivi des âges moyens et des garçons. La catégorie de détermi-

nant la plus influente identifiée ici est le milieu, car il fournit des conditions d'apprentissage propices, à savoir : les salles de formation, la présence d'animateurs aguerris dans l'enseignement scolaire et la préparation préliminaire des jeunes dans un environnement ouvert aux thématiques SSRJ. Le projet, et les activités qui ont réussi à réduire les barrières socio-culturelles s'intègre assez bien dans le milieu scolaire par l'organisation des séances selon le programme des cours, et la fourniture d'animateurs compétents.

Les bénéficiaires plus âgés, et majoritairement de sexe féminin, s'illustrent par leur assiduité et leur volonté lors des séances IEC. Ces dernières, et les garçons voudraient échapper aux conséquences plus lourdes et irréversibles (GND, fin de scolarité) pour eux, en cas d'ignorance. Cela dit, la catégorie Famille intervient aussi souvent en tant que relais d'éducation pour les familles d'intellectuels.

En communauté, les filles, dont les célibataires sont identifiées comme les plus sensibles, principalement parce qu'étant moins soumises aux contraintes matrimoniales et disposant d'assez de temps pour participer aux séances ; cela en plus du fait qu'étant volontiers sujettes aux VSBG, et conséquentes de l'ignorance.

Les garçons, quant à eux, sont aussi intéressés par l'usage et l'acquisition des préservatifs. Ils se sentent concernés à cause des mesures de répression (prison) s'ils se rendent coupables de GND ou de VSBG. Les jeunes mariés, dans une certaine mesure s'y intéressent dans le cadre des consultations, et conseils prénuptiaux et prénataux. La catégorie de déterminants la plus influente est celle liée aux bénéficiaires, en effet, ceux-ci montrent un intérêt certain pour les séances, et une capacité à s'organiser pour s'auto sensibiliser et s'accompagner ; ensuite le projet exerce une influence à cause de sa capacité à organiser les IEC, et à fournir des réponses aux questions que se posent les cibles.

Il est clair de l'avis général, que les bénéficiaires scolaires sont plus sensibles que les communautaires, car le milieu y est plus favorable à l'apprentissage et à l'intégration des activités du projet ; ainsi les apprenants sont mieux outillés et plus disponibles.

Les déterminants des changements, selon la catégorie de bénéficiaires les plus affectées ont été notablement documentés malgré des gaps chez certaines catégories, dans les deux milieux et d'un groupe de déterminants à l'autre.

8/11 catégories sont identifiées comme les plus sensibles aux changements, les écoliers en bas âge et les jeunes les plus âgés en communauté faisant exception. Ainsi, les changements en matière de connaissances sont partagés entre les différentes catégories de jeunes.

La catégorie de déterminants la plus influente est l'intervention qui agit sur tous les groupes. La catégorie de déterminants la moins influente est le statut socioculturel et économique qui agit sur la moitié (4/8) des groupes.

Toutes les catégories de déterminants ont une influence significative avec une effectivité variant entre 10/11^{ème} et 5/11^{ème}

Les déterminants liés aux bénéficiaires (5/8), à la famille (6/8) et au milieu (6/8) ont une influence également récurrente par rapport aux catégories de bénéficiaires.

7.2 Analyse de l'influence des déterminants spécifiques par groupes de déterminants sur la sensibilité au changement de la connaissance :

Selon l'importance des déterminants spécifiques par groupes de déterminants, des déterminants spécifiques ont été identifiés et associés chacun à un groupe de déterminants et un type de bénéficiaires. Par ordre d'importance, l'on a en premier les déterminants liés au projet à savoir les séances d'IEC qui concernent 6/11 types de bénéficiaires, dont 4 sont scolaires et 2 sont communautaires ; ensuite la segmentation des groupes de cibles 3/11 types de bénéficiaires, tous étant scolaires, et enfin les aptitudes des animateurs scolaires et la capacité du projet à réduire les tabous 1/10 ; toutes deux chez les bénéficiaires scolaires. Ensuite, nous avons les déterminants associés au milieu qui sont plus divers, pour cela il y a : la préparation des jeunes à la discussion SSRAJ grâce au cours ; l'ouverture des jeunes aux dialogues entre pairs et avec les animateurs 1/11 ; les séances d'IEC associées aux enseignements de bio-physiologie comme prolongement ; les autorisations (pour des séances d'IEC durant les heures libres et au-delà des heures de classe) & logistique séances ; Programmation des séances d'IEC par classes ; Animateurs plus aptes ; Sensibilisation selon segmentation de la cibles ; menace de renvoi de l'école, au total 4 bénéficiaires scolaires /5 et les Consultations prénuptiales à l'église, Mise en place de mesures de répression pour les garçons ; perception sociale négative des GND qui concerne 3 sous bénéficiaires communautaires/5. Ensuite, apparaissent les déterminants liés aux Bénéficiaires, tels que la curiosité, l'intérêt, l'assiduité et la réceptivité (liés à la puberté et à la crainte de conséquences personnelles irréversibles pour les filles) qui concernent 5/11 de types de bénéficiaires, dont 3 sont scolaires et 2 sont communautaires ; la crainte des GND répartie en 1 pour chacun des deux grands groupes de bénéficiaires ; donc 2/11 sous-groupes ; Crainte de renvoi de l'école 1/11 du côté des déterminants scolaire et l'entraide et soutien mutuel ; le fait de disposer de plus de temps pour les séances d'IEC chacun ayant une proportion de 1/11 pour déterminants communautaires.

Les déterminants liés à la Famille comprennent : stimulation par les parents à la participation aux séances à 1/10 pour chacun des groupes de bénéf donc au total 2/11 ; accompagnement au CDS par les parent : 2/10 et Compléments SSRAJ par parents Intello 1/11 exclusivement du côté des Scolaire ; Absence du contrôle matrimonial 1/10 dans le groupe des déterminants Communautaires.

7.3 Influence des déterminants spécifiques par rapport aux profils de bénéficiaires :

Les observations ont révélé une diversité de déterminants dont la description est la suivante:

- *La fourniture de séances d'IEC* : Elle est le déterminant le plus récurrent, lequel influence la majorité des groupes (âge moyen, plus âgés, filles, garçons, célibataires, plus jeunes, filles et garçons (6/10)).
- *La curiosité et la réceptivité* : influencent plusieurs catégories de bénéficiaires pour des raisons différentes. Les bénéficiaires d'âge moyen sont influencés car ils subissent des changements physiologiques liés à la puberté ; les plus âgés parce qu'ayant été pubères ; les filles parce qu'étant plus sensibles aux IST et exposées à des conséquences plus graves au niveau personnel (Grossesse Non Désirée, viol, VSBG...) ; mais aussi les plus jeunes victimes de VSBG parce qu'ayant subi ledit traumatisme).

- *L'environnement scolaire* : est propice à l'IEC. En effet, cet environnement fournit des prérequis aux élèves et dispose d'animateurs plutôt aptes à la transmission des connaissances. Il dispose du temps et de la logistique nécessaires pour les séances d'IEC et propose une complémentarité des enseignements de bio-physiologie entre les cours scolaires et les séances d'IEC. A l'école, la dynamique de groupe est facilitée qui concerne tous les sous-bénéficiaires scolaires à part les garçons et le bas-âges.
- *La segmentation de la cible (par sexe et par classe) lors des séances d'IEC*. Les séances par classe dissocient les plus âgés des élèves, ceux d'âge moyen et ceux en bas âge et influence l'adéquation des séances respectivement pour chaque groupe.
- *Le soutien des parents aux adolescents et jeunes en faveur de la SSRAJ (encouragement à participer aux séances IEC ; orientation vers les CDS)*. Ce déterminant, concerne surtout les filles et les plus jeunes.
- *L'apport complémentaires en connaissances sur la SSRAJ par certains parents* qui favorisent les enfants ayant des parents cultivés/intellectuels.
- *Le besoin de conseils sur l'usage des préservatifs, La crainte du renvoi de l'école et L'existence des lois réprimant l'exposition des filles aux Grossesses Non Désirées et aux VSBG* (relayées par les animateurs) constituent les principaux facteurs qui motivent les garçons.
- *Les consultations prénuptiales (Eglise,CDS) et prénatales (CDS)* dont ils tirent des connaissances et pratiques concernent les fiancé(e)s et jeunes marié(e)s,
- *L'absence des contraintes conjugales entravant la participation à l'IEC (disponibilité de plus de temps que les mariés ; absence du contrôle matrimonial chez les femmes)* sont favorables pour les célibataires;
- *La Réceptivité vis-à-vis des visites à domicile* concernant les plus jeunes;
- *L'entraide et le soutien mutuel* (conseil et accompagnements) s'échangent entre les différentes catégories de bénéficiaires.
- *L'efficacité du projet sur la réduction des barrières socio culturelles à la SSRAJ* qui soulage les différentes catégories d'adolescents et jeunes de la pression des us et coutumes contre l'IEC et les bonnes pratiques consécutives.
- *Le déploiement de la communication pour le développement (C4D)* par le projet qui permet d'assurer la mobilisation sociale, le plaidoyer, l'IEC, le partenariat pour la SSRAJ incluant des parties prenantes diverses et aboutissant à une synergie sociale favorable à l'acceptabilité, à la contribution et à la participation de toutes les catégories d'acteurs et de bénéficiaires.
- *La perception négative des GND dans la communauté et des enfants sans Etat civil fait avec des pères mariés ou du 3^{ème} âge*, influence la recherche de la connaissance et de la prévention chez les filles pubères et plus âgées.
- *Les conséquences socioéconomiques et culturelles des grossesses non désirées* motivent les filles pubères et plus âgées à se renseigner sur les connaissances et pratiques préventives applicables.

7.4 Influence des déterminants spécifiques par rapport aux milieux

7.4.1 Milieu scolaire

Le milieu scolaire présente un environnement globalement propice à la diffusion des connaissances sur la SSRAJ. Cela s'appuie en majorité sur les séances d'IEC, qui s'insèrent bien

dans la programmation et la continuité des thèmes abordés lors des cours, permettant aux jeunes de découvrir les réalités sur la SSRAJ. Cela concerne 3/5 catégories de bénéficiaires et s'intègre dans 2 grands groupes de déterminants. La Sensibilisation selon la segmentation de la cibles (par sexe ; par classes) arrive comme deuxième sous déterminant car impliquent 3/5 catégories de bénéficiaires 2 groupes de déterminants. La dynamique scolaire qui implique une communication facile entre élève, élève-professeurs, et le Principe de l'éducation sexuelle intégrée revient à 2 catégories de bénéficiaires. La curiosité (liée à la puberté), réceptivité, assiduité des jeunes aux IEC, qui est le déterminant principal des bénéficiaires concerne 3 groupes, dont les filles qui sont très motivées par la crainte des GND, et qui se retrouve en 2 groupes de déterminants. La profession/culture des animateurs scolaires qui les rend plus aptes à transmettre est observée respectivement dans deux groupes de déterminants et de bénéficiaires. Enfin nous avons divers déterminants tels que les autorisations & logistique du système scolaire ; Il faut aussi noter, l'efficacité du projet sur la réduction des barrières socio culturelles à la SSRAJ et le complément de formation SSRAJ insufflée par les parents issus d'un milieu plus favorisé, intellectuel... Par ailleurs, cette attitude encourage la participation de leurs enfants aux séances mais les expose les garçons à la menace de renvoi de l'école pour car ils se rendraient coupable de GND.

7.4.2 Milieu communautaire

En milieu communautaire, les déterminants sont moins nombreux et les séances IEC viennent en première position comme le principal sous facteur des déterminants lié au projet avec une fréquence de 2 groupes de bénéficiaires sur 6. Cela est suivi de l'intérêt et la réceptivité (2/5 benef) que les jeunes et les jeunes filles (principalement) font preuve vis à vis des IEC, car motivés par le risque de GND et VSBG, les rendant plus vulnérables (2/6 groupe de déterminants). L'orientation vers les CDS et aux IEC par les parents et la (2/6 benef), les consultations prénuptiales (Eglise) et prénatales (CDS) pour les jeunes mariés, la disponibilité liée à l'absence du contrôle matrimonial libérant les célibataires pour les séances d'IEC, la réceptivité des parents, les Visites à Domicile pour les plus jeunes ; l'entraide et soutien mutuel conseil et accompagnements) entre les filles.

7.4.3 Importance comparée des déterminants spécifiques

Après observation du poids des différents déterminants spécifiques, il ressort nettement que :

- les séances d'IEC sont les plus récurrentes dans les deux groupes de bénéficiaires (7 fois)
- la segmentation des cibles et la curiosité des bénéficiaires sont les deux déterminants spécifique les plus cités par les sources primaires (5 fois),
- l'incitation des parents envers les enfants pour aller aux séances d'IEC et au CDS concerne les deux groupes de bénéficiaires,
- la dynamique scolaire est exclusivement du côté scolaire.

Ensuite, apparaissent les consultations prénuptiales pour les communautaires (3). L'autosensibilisation entre pairs et le besoin de conseil d'utilisation des préservatifs ainsi que le professionnalisme des animateurs scolaires (2).

D'autres déterminants, moins remarquables sont aussi présents : la réceptivité des familles aux VAD, la fourniture de logistique et de temps de formation par les institutions scolaires, le suivi à domicile de parents intellectuels, l'efficacité du projet dans la réduction des tabous, la disponibilité de célibataires (1 fois chacun). Nous observons que la plus grande concentration de facteurs spécifique est du côté des scolaires.

La région la plus impactée est celle de Muramvya, suivie de Mwaro et enfin Gitega, selon les réponses obtenues. L'observation de la récurrence des déterminants spécifiques dévoile une plus

grande évocation de l'intérêt des filles pour les connaissances en raison de leurs craintes des GND à Muramvya (8 répondant sur 9) et à Mwaro (5/9), suivi de l'intérêt des jeunes pubères à Muramvya (7/9) et les séances de d'IEC (5/9) à Gitega. La crainte des GND revient comme le facteur le plus influent concernant les différentes thématiques, car il est déterminant, 0

7.4.4 Déterminants des changements par catégorie de bénéficiaires les moins affectés et changements en matière de connaissance, et pratiques

Toutes les catégories de déterminants (avec des scores variés), agissent significativement sur les deux grandes catégories de bénéficiaires (scolaire et communautaire), avec un ensemble de 36 déterminants explicatifs. Nous avons, au total 9/10^{ème} (10/11) des sous bénéficiaires que l'on considère comme les moins affectés par le changement en connaissances et de pratiques ; Muramvya enregistre 10/10^{ème} sous bénéficiaires les moins sensibles relevés, 5/10^{ème} pour Gitega (uniquement ceux de la communauté) et 7/10^{ème} pour Mwaro

Pour la catégorie scolaire, les bénéficiaires les moins affectés par le changement sont par ordre d'importance: les jeunes de bas âge avec 8/10^{ème} ; 4/5 catégories de déterminants ; les filles (6/10^{ème} ; 3/5) ; les garçons et les plus âgés (4/10^{ème} ; 2/5).

En effet, les pré-adolescents (bas âge ; jeunes de 7^{ème} et 8^{ème} dont l'âge se situe entre 10 et 14 ans ; élèves de 5^{ème} jusqu'en 8^{ème}), ont encore de la difficulté à comprendre les changements physiques du corps (la plupart étant encore non pubères). Ils ont un sentiment de honte et d'insouciance, lorsque l'on aborde les questions de sexualité. Par conséquent, ils ne sont pas encore mentalement disposés pour les séances IEC. De plus, la société burundaise continue de considérer la SR comme un tabou, par conséquent, les parents ont du mal à dialoguer avec leurs enfants (surtout les plus jeunes) sur ce sujet, d'où l'absence de conseil et de suivi de leur part.

Les garçons manifestent peu d'intérêt pour la SR, puisque ne pouvant « tomber enceintes » disent-ils.

Les filles, malgré les conseils reçus, sont plus intéressées par l'argent et les gadgets, peu importe les risques qu'elles encourent (viol, GND, VSBG) et certaines ont tendance à fréquenter les milieux de débauche (ligalas, milieux de débauche). Ce comportement à risque est dû à la précarité de vie. De plus, elles sont réticentes à déclarer les VSBG lorsqu'elles en sont victimes (par honte). En famille, elles subissent l'influence parentale (parents vs tabous), les mamans ne veulent pas les libérer pour les séances IEC. Il y a également le fait que la société burundaise continue de contraindre la fille aux occupations familiales, rendant ainsi difficile leur fréquentation des séances IEC.

En communauté, les jeunes mariés (8/10^{ème} ; 4/5 catégories de déterminants), les plus jeunes (6/10^{ème} ; 3/5), les célibataires, les plus âgés, les filles (4/10^{ème} ; 2/5) et les garçons (2/10^{ème} ; 1/5) sont identifiés comme les sous bénéficiaires les moins affectés par les changements, principalement parce qu'ayant très peu participé/d'intérêt aux/pour les séances de sensibilisation sur la SSR et aussi, à cause du manque d'expertise en enseignement des animateurs communautaires.

Les jeunes mariés disent ne pas avoir assez de temps pour les séances; de plus ils évoquent l'aspect pudique de leur vie menacée en allant dans les CDS. Spécifiquement, les femmes mariées subissent une pression de la famille qui considère que les séances d'IEC sont une propagande anti nataliste et un prétexte pour échapper aux tâches domestiques. A cela, s'ajoute la suspicion

d'infidélité pour celles qui vont consulter au CDS en cas d'IST. Pour d'autres, elles considèrent les séances comme non rentables financièrement et donc sans intérêt.

Les jeunes célibataires sont moins affectés parce qu'ayant moins d'opportunité de formation que les couples mariés, notamment les conseils, consultations prénuptiales et prénatales dont bénéficient futurs mariés à l'église. Nous remarquons également leur fréquentation des milieux à risque (ligalas, bistreaux) avec tous les risques que cela comporte (viol, VSBG, GND) Et ce, malgré les mesures de restriction prises par le gouvernement (incarcération...)

Quant aux plus jeunes, ils souffrent de la limite de compétences des animateurs communautaires, de la difficulté à les mobiliser et de les rassembler. Il en est de même en milieu scolaire durant et après les séances d'IEC.

Certains garçons, dont les plus âgés, se caractérisent par leur faible intérêt pour les séances IEC, et s'adonnent à la consommation de stupéfiants qui altère jugement volonté.

La pauvreté des familles incite certaines filles à la recherche de gain sans oublier leur faiblesse d'autonomie face aux tabous (soumission aveugle aux tabous).

7.5 Déterminants de l'importance du changement et de l'inertie des connaissances et pratiques chez les catégories de sites/milieus d'intervention du réseau les plus sensibles et les moins sensibles

7.5.1 Cas des milieux/site les plus sensibles

Influence transversale des déterminants, tout milieu compris :

Les principaux constats montrent que : (a) le milieu scolaire d'après 10/10^{ème} des répondants est plus impacté que le milieu communautaire par les améliorations en termes de connaissances et de bonnes pratiques en SSRAJ entre janvier 2021 et octobre 2022; (b) le milieu urbain prend également l'avantage sur le milieu rural selon la majorité des animateurs ; (c) toutes les cinq catégories de déterminants ont influencé l'amélioration des connaissances et pratiques dont l'intervention, les bénéficiaires, la famille, le milieu et le socioculturel et économique ; (d) par ordre d'importance de l'influence l'on a l'intervention, les bénéficiaires, le milieu, la famille et le socioculturel. Cet ordre tant à varier dans les communautés, comparé à l'école.

En milieu scolaire :

Les déterminants Interventionnels : les éléments évoqués dans cette catégorie de déterminants ont inclus l'effectivité de l'enseignement sur la santé sexuelle et reproductive à l'école ; l'accompagnement des jeunes aux CDS par les animateurs scolaires, pour des questions qui demandent le recours aux prestataires de santé ; l'animation de séances d'IEC dans les écoles par les animateurs scolaires auxquelles s'ajoutent des séances tenues par les prestataires des CDS en milieu scolaire. La couverture systématique de toutes les classes concernées [de la 5^{ème} à la 9^{ème}] ; la formation donnée par le projet et les outils nécessaires tel que les images les vidéos ... leur permettant d'animer aisément les séances IEC. La présentation des vidéos et images sur les IST au CDS, ont ouvert les yeux des bénéficiaires car, ils ont compris les conséquences qui les guettent s'ils ne prennent pas les mesures adéquates pour se prémunir. La diversité des opportunités d'informations dont la complémentarité entre les séances à l'école et les séances en communauté, les cours et les séances d'IEC/SSRAJ.

Les déterminants personnels des bénéficiaires : se sont caractérisés par des éléments motivationnels liés à l'âge (intérêt/curiosité de comprendre les transformations biophysiques de la puberté/adolescence) et ou à la vulnérabilité (intérêt/volonté de se protéger/soulager contre la souffrance liée aux IST/VIH et aux conséquences des grossesses non désirées et VBG). Ces motivations favorisent la participation présente et active des ado-jeunes aux séances IEC à la quête de la maîtrise de connaissances et bonnes pratiques. La participation inclut des séances pendant les heures libres et après clôture des classes. La stimulation élevée de leurs capacités intellectuelles par les études facilite l'assimilation des messages d'IEC chez les élèves. Le volume de connaissances reçues est important grâce aux animateurs scolaires. Les bonnes pratiques tendent à se cristalliser ; les jeunes scolarisés connaissant bien les symptômes d'IST et utilisent davantage des préservatifs s'ils ne s'abstiennent pas.

Les déterminants familiaux : comportent l'effet facilitateur de l'acquisition des connaissances et bonnes pratiques SR des parents instruits sur les enfants. Le dialogue intergénérationnel sur la SR facilite la compréhension des questions SR et la participation aux séances chez les ado-jeunes. Les parents instruits et ou sensibilisés par le projet, sont moins réticents et plus disposés à accompagner les enfants dans la connaissance et les bonnes pratiques.

Les déterminants du milieu : l'environnement scolaire présente une intense synergie entre élèves, la plupart se connaissent et sont à l'aise pour échanger ensemble autour des questions de connaissances et de problèmes communs liés à la préadolescence et à l'adolescence que sont les IST/VIH et VSBG. La concentration des élèves au sein des écoles, facilite la dispensation des cours et séances d'IEC pour les animateurs parce qu'on les trouve au même endroit. La disponibilité des supports éducatifs (livres, images, films...) facilite la compréhension de la SSRAJ. Des textes pris par l'Etat Burundais encadrent le contenu et la forme des enseignements/éducation sur la SSRAJ. Opposés aux parents, ils réduisent leur réticence contre.

Les déterminants socioculturels et économiques : inclut le surpassement par l'école des normes traditionnelles qui font de la SSRAJ une effraction contre les us et coutumes concernant la sexualité des enfants et adolescents, un pervertissement de ces derniers. La pauvreté continue d'exposer les adolescentes à l'acceptation des appâts des hommes en quête de rapports sexuels à risque.

En milieu communautaire :

Les améliorations des connaissances et bonnes pratiques entre janvier 2021 et octobre 2022 sont moins marquées en milieu communautaire qu'en milieu scolaire. Les déterminants se sont avérés plus mitigés en s'accompagnant davantage d'aspects négatifs comparé au milieu scolaire.

Les déterminants interventionnels évoqués comprennent : (a) les séances de communication avec des messages informatifs et des supports audiovisuels suggestifs sur les IST/VIH et les VSBG ; (b) des événements d'animation communautaire qui sont mis à contribution ; (c) l'apport significatif des animateurs communautaires formés. Cependant, cet apport est limité par rapport à celui des animateurs scolaires et des prestataires de santé. Le projet a fait de la mobilisation des autorités traditionnelles et religieuses pour surmonter les barrières socioculturelles à l'acceptation de la SSRAJ et de la participation aux séances d'IEC. Les autorités ont mené des actions persuasives assez efficaces pour persuader bon nombre de membres de la communauté. La faiblesse de la qualification et du niveau d'instruction des animateurs communautaires les pourvoit moins en capacité d'analyse et compréhension. La nouveauté de l'introduction de la communication sur les

VSBG a été évoquée pour expliquer une évolution moins importante des connaissances et pratiques de ce côté-là. L'absence d'une stratégie continue de mobilisation des jeunes pour les séances d'IEC demeure un obstacle.

Les déterminants personnels des bénéficiaires : les aspects motivationnels évoqués dans le cas des ado-jeunes scolaires s'appliquent ici à l'exception de l'intérêt général pour la connaissance. Ces éléments motivationnels augmentent la participation aux séances d'IEC et le recours aux CDS. Ladite participation favorise l'acquisition des connaissances et éventuellement l'adoption des bonnes pratiques. En revanche, les jeunes non scolarisés en communauté ont un éveil intellectuel qui n'est pas nécessairement favorable à l'assimilation des connaissances proposées par l'IEC. D'autres activités absorbent le temps et l'attention des ado-jeunes non-scolaires ; et ils sont dispersés à travers la communauté.

Les déterminants familiaux : l'on note que plusieurs jeunes sont mariés en communauté, et sont souvent retenus par des sollicitations familiales venant du/de la conjointe : lesquelles induisent leur absence dans les séances IEC. Les convictions des ascendants et des conjoints par rapport à la SSRAJ sont plus ou moins tributaires des a priori socioculturels, ce qui a un effet alterné positif ou négatif sur l'amélioration des connaissances et pratiques en SSRAJ d'un jeune à l'autre.

Les déterminants du milieu : L'Etat Burundais a pris des dispositions légales pour contrôler la fréquentation des lieux à risque IST/VIH et VSBG. Des dispositions juridiques existent aussi pour réprimer les auteurs de grossesses précoces. Ces textes tendent à améliorer les bonnes pratiques.

Les déterminants socioculturels et économiques : Les jeunes de la communauté peuvent rencontrer des critiques de la part de ceux qui sont toujours aveuglés par les croyances qui considèrent les séances IEC comme étant de nature à inciter les jeunes dans la sexualité précoce.

La majorité des animateurs ont une occurrence des améliorations de la connaissance et des pratiques SR plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain. La pauvreté et l'enclavement y sont plus élevés, une plus forte influence des obstacles socioculturels -dont ceux traditionnels-, concourent et s'associent à une scolarisation plus faible dans ce milieu et figurent parmi les déterminants de la situation.

7.5.2 Cas des milieux/sites les moins affectés par les changements/inerties selon les déterminants

Des motifs de stagnation des connaissances et pratiques sur la SSRAJ sont divers, et l'on peut constater qu'ils sont légèrement plus marqués en zone urbaine qu'en rurale. Les bénéficiaires scolaires sont concernés par tous les catégories de déterminants (5/5) alors que la catégorie liée au milieu n'est pas influente chez les communautaires (4/5).

L'analyse par grand groupe de déterminants révèle que :

(1) Les déterminants liés aux bénéficiaires : ont la plus grosse couverture et concernent davantage le manque d'intérêt porté par les garçons pour les IEC, qui s'estiment moins sensibles aux IST, considérant les séances d'IEC comme une interdiction d'activité sexuelle ; le comportement à risque de ceux qui consomment des stupéfiants et fréquentent des lieux de débauche (Ligala) liés à de mauvaises fréquentation, selon toutes les types de sources interrogées (Animateurs Scolaires: AE; Animateurs Sanitaires/Prestataires CDS: AS; Animateurs Communautaires : AC)). Lesdits déterminants liés aux bénéficiaires sont également repartis entre les milieux urbains et ruraux. L'immaturation des plus jeunes constitue un frein à la discussion sur la SSRAJ envers ces derniers, car ils en ont honte et ne subissent pas encore les changements physiologiques qui peuvent susciter leur intérêt pour les connaissances SR (AS; AE; AC) en milieu

scolaire (urbain et rural) alors que dans le milieu communautaire urbain il y a de la difficulté à mobiliser les jeunes pour les séances d'IEC, ce qui freine la croissance des connaissances et des pratiques (AS). Enfin il y a un besoin de discrétion vis-à-vis des jeunes mariés car il existe une peur d'être accusées d'infidélité en cas d'IST, cela en communauté urbaine selon les prestataires CDS (AS).

(2) Les déterminants liés au projet : on peut remarquer que les animateurs sanitaires fustigent globalement le manque de professionnalisme en milieu scolaire, ce qui se traduit par un manque d'implication en zone urbaine et par l'abus de pouvoir envers les filles en zone rurale. En milieu communautaire, la situation est semblable, sauf qu'ici, cela se traduit par un manque d'expertise dans l'enseignement chez les animateurs communautaires et l'absence d'enseignements en dehors des séances d'IEC, tout cela exclusivement en zone urbaine.

(3) Les déterminants liés à la famille : en milieu scolaire se situent majoritairement en milieu urbain ou certains parents pensent que la SR est contre la culture burundaise (AE) et que les mamans ne veulent pas libérer leurs filles pour aller au IEC (AC), l'absence de conseil et de suivi des enfants par les parents en zone rurale (AE). En communauté, la mauvaise perception des séances d'IEC entre aussi en jeu, elles sont perçues comme : un discours d'incitation à la sexualité précoce (AS), discours de diminution de natalité et un prétexte d'esquive des tâches ménagères (AC), la priorisation des activités familiales et le contrôle matrimonial (pour les femmes) (AS,AC) sont les déterminants de la stagnation ou la diminution des connaissances identifiés en SR.

(4) Les déterminants liés à l'environnement socio-économique quant à lui, joue un rôle moins important, mais non négligeable. Le déterminant principal et associé est le fait que la SR soit tabou au Burundi. Cela est relevé en zone urbaine par les animateurs communautaires et scolaire. La culture qui considère que les filles sont mieux occupées par les activités familiales, et la pauvreté qui fait estimer à certains bénéficiaires qu'ils doivent être récompensés pour participer aux séances ; ces deux facteurs sont issus de milieux urbains et énoncés par les AS.

(5) Les déterminants liés au milieu : comme groupe de déterminant, seul les bénéficiaires scolaires en milieu rural sont concernés, et de l'avis général des AE, c'est la présence des lieux de débauches (ligalas) qui est le principal frein à l'accroissement des connaissances.

Le phénomène de l'inertie de l'évolution des connaissances a été rare. Environ 1/30^e (1/27) des animateurs (CDS Massango) ont déclaré un cas d'inertie dans la population générale des bénéficiaires. Les autres répondants ayant évoqué l'inertie, essentiellement des prestataires CDS, l'on situé chez les profils de bénéficiaires les moins affectés par le progrès des connaissances en SSRAJ. Les déterminants de cette inertie ont été renseignés. Ainsi, parmi les listes des déterminants issues de la collecte, celle de Muramvya s'est montrée la plus diversifiée. Cela indique que les bénéficiaires concernés par l'inertie dans cette province sont dans cette situation à cause d'une diversité de déterminants. Par contre, la capacité d'exploration de l'enquêteur, l'élocution du répondant et les caractéristiques de la province (densité, diversité, dynamisme) sont les paramètres à convoquer pour comprendre la richesse de ladite liste de déterminants. Cette liste est suivie de loin par celle de Mwaro, puis celle de Gitega. Le déterminant le plus signalé par les répondants est l'immaturité physique et mentale des plus jeunes face aux thématiques SSRAJ (6/9) à Muramvya et 2/9 à Mwaro, suivie du fait que certains garçons s'estiment moins sensibles aux IST; l'indisponibilité des Mariés(1/9) à Gitega et Muramvya; La faible implication des animatrices(1/9) à Gitega et à Mwaro; la priorisation des tâches Ménagères par rapport à la participation aux séances d'IEC uniquement à Muramvya (3/9), Gitega vient en dernier avec comme meilleur déterminants de la difficulté de mobilisation des jeunes. Il y a un panel de

déterminants tels que : l'indisponibilité des mariées (1/9) à Muramvya et Gitega ; le manque de formation des animateurs; la discontinuité des enseignements en dehors des IEC; le non ciblage des célibataires qui n'ont que les IEC comme source par rapport aux mariés qui bénéficient de visites prénuptiales au CDE et à l'Eglise; la perception des IEC comme une propagande antinataliste (1/9) à Muramvya. Les mauvaises Frequentation (2/9); la présence de Milieu de débauche; l'absence de suivi parental; la consommation de stupefiants à Gitega. La difficulté de mobilisation des jeunes non scolarisés (2/9); la préservation de la vie privée des mariés; la prétention à une prime de participation aux IEC.

7.6 Déterminants des différences de résultats (connaissances et pratiques) entre thématiques du projet

L'ensemble des 5 catégories de déterminants explorées dans le cadre de cette étude expliquent les différences entre les thématiques. Les catégories de déterminants permettant de les expliquer sont, interventions, bénéficiaires, familles, milieux et socioculturels et économiques. Dans tous les cas de comparaison, la catégorie de déterminants lié à l'intervention, aux bénéficiaires et à l'environnement socioculturels et économiques intervient majoritairement. Presque toutes ces catégories sont présentes dans tous les cas de comparaison à l'exception de milieu et SCE (socioculturels et économiques) qui n'apparaissent que dans le cas de comparaison IST-VIH.

Les déterminants des différences de connaissance et pratiques entre les IST et le VIH contient les comparaisons les moins documentées (1/10 soit 7/51) et ceci dans toutes les catégories de déterminants (2/10 soit 5/23) intervention, (moins d'un dixième soit 1/15) bénéficiaires ; milieu et SCE n'étant pas évoqués comme mentionnés plus haut. Dans les cas de différence IST-VBG et VIH-VBG les évocations sont similaires, et également soutenues selon les catégories : intervention (4/10 soit 9/23) bénéficiaires (5/10 soit 7/15), milieux (5/10 soit 1/2) et SCE (5/10 soit 4/8).

La supériorité du VIH par rapport aux IST en matière d'importance de connaissances et bonnes pratiques est expliquée par 3 catégories de déterminants, dont le plus en vue est « intervention » ; elle est davantage soutenue dans la province de Mwaro (7/10 soit 4/6) et en milieu rural (8/10 soit 8/10). Les déterminants sont davantage fournis par les prestataires CDS (7/10 soit 4/6) quelque soit la province et le milieu. A ce constat, on peut relever que les éléments interventionnels ayant influencés cette différence, mettent l'accent sur les séances d'IEC permettant d'augmenter les connaissances en SSR. A titre illustratif, nous pouvons noter que le module « *compétence à la vie courante* » utilisé a permis d'insister sur les IST entraînant de ce fait une participation plus aisée aux séances et à la sensibilisation des autres jeunes. Cela suggère la réflexion suivante à l'un des participants, s'agissant des IST :

« les jeunes n'avaient pas de connaissances suffisantes. Ils entendaient seulement qu'il existe des IST. Mais après avoir suivi les séances IEC, ces jeunes ont eu de nouvelles informations sur les IST à l'aide des images qu'on leur montre. »

Au-delà de la catégorie « intervention », les déterminants « Bénéficiaires » et « Famille » ont contribué à expliquer la différence de connaissance et pratiques entre les thématiques. Celles-ci présentent une parité d'évocation en termes d'occurrence (1/15), et de qualité d'informateurs (CDS) et ceci essentiellement en milieu rural et dans la province de Mwaro. Elles soutiennent respectivement que les différences entre les thématiques, tiennent du fait que les IST et VIH/SIDA, sont prises en compte au niveau des échanges en famille par rapport au VSBG.

Les déterminants des différences de connaissances et pratiques entre IST/VIH et VSBG :

La tendance majoritaire assimile IST et VIH pour une comparaison au VSBG. Cinq catégories de déterminants expliquent les différences entre IST/VIH et VSBG. Ces catégories (I, B, F, SCE) partagent les mêmes déterminants explicatifs. Les répondants qui fournissent ces explications appartiennent aux mêmes catégories (prestataire CDS, et animateurs scolaires et communautaires). Dans la catégorie « intervention », la province de Muramvya évoque plus de déterminants (6/10 soit 5/9) que dans la province de Mwaro et Gitega (4/10 soit 4/9). Les déterminants évoqués proviennent majoritairement du milieu rural (6/10 soit 5/9) et généralement évoqués par les animateurs scolaires. Les faits expliquent l'écart entre, les thématiques en termes d'importance des connaissances, et des pratiques. Celles-ci ont permis de comprendre que la thématique VSBG est moins maîtrisée, parce qu'elle est nouvelle dans les séances IEC par rapport aux thématiques IST et VIH/SIDA, et accentué par des connaissances insuffisantes. Les thématiques IST et VIH/SIDA sont mieux maîtrisées que la VSBG car, elles sont anciennes et inspirent la peur aux jeunes, compte tenu des dangers qu'elles représentent.

En outre, s'agissant de la catégorie « bénéficiaire », la province de Gitega relève plus de déterminants (6/10 soit 4/7) qui expliquent l'importance des connaissances et pratiques. Elle est suivie de la province de Muramvya (4/10 soit 3/7) et de Mwaro qui reste sans équivoque. Cet état des faits est davantage soutenu en milieu urbain (7/10 soit 5/7). En ce qui concerne les catégories de répondants, il a été constaté que les prestataires CDS ont majoritairement (6/10 soit 4/7) plus d'évocation, contrairement aux animateurs scolaires (3/10 soit 2/7) et communautaires (1/10 soit 1/7). Les déterminants mis en avant qui expliquent cette différence en termes de connaissances, et pratiques entre les thématiques des IST, VIH/SIDA et VSBG précisent que les jeunes s'intéressent simplement beaucoup plus aux IST et VIH/SIDA.

L'influence de la catégorie de déterminants socioculturel et économique ne s'observe que dans la province de Muramvya, et couvre autant le milieu rural qu'urbain et toutes les catégories de répondants. Les déterminants explicatifs de la différence permettent de constater qu'entre VIH-VSBG et IST-VSBG la thématique VSBG est à la traîne ; cela est lié à la pauvreté, mais aussi à l'influence des demandeurs de rapports sexuels à risque (motards homme en tenu, commerçants). La réflexion ci-après illustre cet état de chose :

la pauvreté joue aussi un rôle non moins négligeable dans le déséquilibre connaissances-pratiques parce que certaines filles ayant certes, des connaissances en matières de VSBG, n'observent pas les mesures pour se protéger en rentrant tard la nuit, en s'adonnant à consommer des boissons alcoolisées, et cela est dû au fait que certaines filles disent qu'elles ne peuvent pas tourner le dos aux sollicitations sexuelles des motards et des commerçants, car ces derniers leur donnent de l'argent pour subvenir à leurs besoins que la famille n'est pas à mesure de leur donner. (Entretien 3MU MU MA AN)

Les déterminants de l'absence de différence de connaissances et de pratiques entre IST-VSBG puis entre VIH-VSBG. Par ailleurs, des cas de non-effectivité de différence entre les thématiques sus mentionnées (2/10 soit 15/81) (Q9) relèvent d'une autre approche explicative de cet état de choses. Quatre catégories de déterminants (I, B, M, SCE) utilisées dans le cadre de cette étude ont permis d'expliquer cette non-différence entre les thématiques (VIH, IST, VSBG). Dans les 3 cas de comparaisons des cas de non-différence ont été évoqués avec une mention plus grande sur le cas IST-VIH (4/10 soit 11/27) et les mentions similaires dans les deux autres cas de comparaison IST-VSBG et VIH-VSBG (1/10 soit 2/27). Les cas de non-différenciation déclare que toutes les 3 catégories de répondants ont été relevés mais avec une représentation déséquilibrée dans les 3 provinces et dans les 2 milieux. Muramvya est la seule province dans laquelle toutes

les catégories de répondants ont donné leurs avis. A Mwaro seuls les prestataires des CDS sont absents ; Les animateurs scolaires le sont également à Gitega. L'inscription dans le milieu laisse voir que la tendance de déclaration est plus considérable en milieu urbain (7/10 soit 6/8) et en milieu rural (3/10 soit 2/8).

Les déterminants des différences de connaissances et pratiques entre IST-VIH-VSBG : Dans le cas de comparaison IST-VIH, la catégorie de déterminants « Bénéficiaires » présente un score plus élevé (6/10 soit 9/16) d'évocation par rapport aux thématiques « Intervention » (2/10 soit 3/16), « Milieu et Famille » (2/16 soit 1/10). La province de Muramvya est la localité ayant le taux d'évocation le plus élevé (5/10 soit 4/11) avec une prépondérance en milieu Urbain (6/10 soit 3/5). La province de Mwaro et Gitega détiennent le même score d'évocation (3/10 soit 3/11). Le milieu urbain (6/10 soit 7/11) dans ce cas de comparaison a globalement le dessus sur le milieu rural (4/10 soit 4/11). Toutes les catégories de répondants ont marqué leur avis malgré l'écart observable : animateurs scolaires 5/10 (soit 5/11) ; prestataire CDS et animateurs communautaires 3/110 (soit 3/11). Les déterminants ayant permis d'expliquer cette non-différence se résument en deux aspects, une stagnation des connaissances et bonnes pratiques. A titre d'exemple, ils ont les connaissances sur les IST, VIH/SIDA et VSBG mais pas de changement ; Les jeunes ont des mauvaises compagnies et accouchent toujours étant chez leurs parents et aussi la pauvreté qui leur maintien dans les mauvaises pratiques. Le second aspect étant une amélioration des connaissances et bonnes pratiques, témoigne que les séances de sensibilisations ont aidé dans l'amélioration des connaissances en matière d'IST/VIH ET VSBG ; l'abandon des comportements néfastes, l'utilisation des préservatifs et la pratique de l'abstinence sont connus comme mettant à l'abri du VIH et IST.

Les déterminants des différences de connaissances et pratiques entre VIH et VSBG et IST entre IST et VSBG : Dans le cas de comparaison VIH-VSBG et VSBG-IST, l'on relève qu'ils suivent la logique d'assimilation du VIH au IST dans la comparaison au VSBG, et nous démontre que les évocations comparatives sont à taux égal pour toutes les catégories de déterminants : bénéficiaire (2/10 soit 2/13) ; Milieu (2/10 soit 2/13) et SCE (2/10 soit 2/13). La similitude s'observe aussi suivant la représentation locale (province de Mwaro, milieu rural et rural) et aussi suivant la catégorie de répondant (Animateurs communautaires et prestataires CDS). Les raisons ont été observées dans 3/5 catégories de déterminants (Bénéficiaire, Milieu et SCE) avec un taux égal d'évocation à toutes les 3 catégories (5/10 soit 2/4). Seule 2/3 provinces (Mwaro et Gitega) ont fait objet de déclarations sans différence de taux d'évocation (5/10 soit 2/4). S'agissant du milieu, le rural et l'urbain ont été mentionnés. Les animateurs communautaires sont la seule catégorie de répondants ayant exprimé leur avis. Ces avis qui expliquent cette non-différence entre les thématiques dans les cas de comparaison VIH-VSBG et IST-VSBG sont entre autres, la pauvreté, la mauvaise compagnie, et la non-observance des mesures de protection ou d'abstention.

CONCLUSION : Il existe des niveaux de différence variables en matière de connaissances entre les thématiques. Ces différences sont expliquées par les 5 catégories de déterminants explorées dont : « Intervention, Bénéficiaires, Milieu, Famille et socioculturels et économiques (SCE) ». La catégorie de déterminants dominante est « Intervention » (5/10^{ème} ; 23/51 évocations). Elle est plus récurrente dans la province de Muramvya (5/10^{ème} ; soit 23/51) en milieu urbain exclusivement (5/10^{ème} soit 23/51). Les évocations sont faites par les prestataires CDS uniquement (5/10^{ème} soit 23/51). Quant à la catégorie des déterminants « Bénéficiaires », la majorité de ses 15 évocations sont issues de la province de Muramvya (4/10^{ème} soit 6/15), surtout en milieu urbain (6/10^{ème} soit 9/15) et généralement par les animateurs scolaires (6/10^{ème} soit 9/15). La catégorie des déterminants « milieu » est aussi majoritairement évoquée dans la province Muramvya (10/10^{ème} ; soit 3/3). Les évocations sont faites exclusivement en milieu rural (10/10^{ème} soit 3/3) et par la catégorie

de répondant CDS (10/10^{ème} soit 3/3). La catégorie des déterminants « SCE » est évoquée uniquement à Muramvya (10/10^{ème} soit 8/8), principalement en milieu urbain (7/10^{ème} soit 4/6) et majoritairement par les prestataires CDS (7/10^{ème} soit 4/6).

Concernant l'affirmation de la non-différence entre les connaissances et pratiques d'une thématique du projet à l'autre, les fréquences par catégorie de déterminant sont différentes. Les provinces de Mwaro et Gitega sont les seules à avoir déclaré la non-différence entre les thématiques du projet. Les évocations viennent uniquement des animateurs communautaires, respectivement en milieux rural et urbain. La catégorie « Interventions » n'est présente dans la comparaison IST-VIH et est davantage observée dans la province de Muramvya (2/10^{ème} soit 3/16), surtout en milieu urbain (8/10^{ème} soit 12/16). Elle est principalement évoquée par les prestataires CDS (5/10^{ème} soit 5/11). Les catégories « Bénéficiaires » et « SCE » quant à elles présentent une récurrence égale des évocations selon les provinces (Mwaro et Gitega ; 5/10 soit 2/4) ; le milieu (rural et urbain 5/10^{ème} soit 2/4).

8. Discussion et conclusion générale

La présente évaluation a permis de déterminer les valeurs de l'indicateur 3, (composite), à l'échéance d'octobre 2022. Celle-ci a considéré les proportions de jeunes interrogés des deux sexes, scolarisés et non scolarisés, ayant une bonne connaissance des infections sexuellement transmissibles, du VIH / sida et de la violence basée sur le genre ». Cette investigation a également permis d'analyser les connaissances des jeunes, quant à la prévention des grossesses précoces, les méthodes de contraception modernes, ainsi qu'à leur utilisation au sein des services SSRAJ.

En effet, les résultats issus de l'évaluation finale de l'indicateur 3 du projet nous montrent que la cible a été atteinte pour le VIH et les ISTs, et de ce fait, révèlent qu'il y a une nette amélioration des connaissances sur les IST, le VIH/SIDA, les VSBG et l'utilisation des services SSRAJ. Il en est de même pour les connaissances en matière de prévention des grossesses précoces, et les méthodes de contraception moderne.

Cependant, **les taux de réalisation de l'indicateur 3 sur les IST et VIH sont supérieurs à 100%** (135,2% pour les jeunes non scolarisés et 124,2% pour les jeunes scolarisés sur les IST ; 130,9% pour les jeunes non scolarisés et 121,9% pour les jeunes scolarisés sur le VIH). **Tandis que le taux de réalisation pour les VSBG est de 70%.**

Ainsi, Malgré l'amélioration des connaissances et l'utilisation des services SSRAJ, nous notons, qu'en moyenne 58% des jeunes ne maîtrisent pas les stratégies utilisées par les personnes qui pratiquent les abus sexuels. De plus, les jeunes sont démunis devant les attitudes à adopter afin d'éviter les abus. Il est important de continuer le renforcement des compétences des prestataires de soins, des animateurs communautaires et scolaires sur la notion des VSBG, cela permettra de compléter les connaissances des jeunes en matière de VSBG en général, et sur les attitudes à adopter pour se prémunir des prédateurs sexuels, en particulier. Un renforcement de la stratégie de communication est aussi nécessaire. Il devrait être structuré selon des résultats et stratégies centré(e)s sur la réduction des obstacles et la capitalisation des acquis en matière de connaissances et pratiques sur les IST/VIH et VSBG ; par rapport aux influences négatives et positives liées aux quatre groupes de déterminants analysés, puis aux sensibilités spécifiques relevées chez les différents profils de bénéficiaires.

9. Bibliographie

1. Inoue et al., Les jeunes non scolarisés et déscolarisés d'Afrique subsaharienne-Politique pour le changement, Groupe de la Banque Mondiale, octobre 2016, <http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0688-9>.
2. Principes Directeurs Internationaux sur l'Education à la Sexualité, UNESCO, l'UNICEF l'UNFPA, ONU Femmes, l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA, édition révisée, 2018.
3. Fabienne Goutille pour Handicap International, Guide à l'intention des chefs de projet pour les études CAP, octobre 2009.
4. ISTEEDU (2017). Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi 2016-2017.
5. Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida (2017) Programme conjoint pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes de 10-24 ans au Burundi.
6. Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida (2019) Etude de base sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes et adolescents en matière de Santé et Droits Sexuels et Reproductifs dans les provinces de Muramvya et Mwaro et dans les districts Kibuye et Gitega de la province de Gitega

ANNEXES

Annexe 1

Protocole de collecte des données

I. INTRODUCTION

I.1. Contexte et justification

Le projet de « Renforcement des structures de santé dans le domaine de la planification familiale, de la santé et des droits sexuels et reproductifs » au Burundi a commencé ses activités en 2013 et la phase actuelle dure de juillet 2018 jusqu'à juin 2022. Il poursuit l'objectif suivant : « La couverture en services de SDSR de bonne qualité est améliorée dans les provinces de Mwaro, Muramvya et Gitega ». Pour la 3^{ème} phase, le projet SDSR vise à accroître le nombre de Couple Année de Protection (CAP) dans chaque province (Mwaro, Muramvya et Gitega).

Le projet s'inscrit dans le cadre d'une approche-programme dans le secteur de la santé. Il s'est aligné sur le plan national de développement du Burundi (PND 2018-2027) et est harmonisé avec les interventions d'autres partenaires au développement (PD). Le projet comprend 2 champs d'action : (1) le management de la qualité des services dans les centres de santé (CDS) et (2) le renforcement de la collaboration avec les leaders religieux et la société civile organisée dans le cadre du réseautage autour des CDS. Le 1^{er} champ d'action soutient 90 CDS et le 2^{ème} soutient 29 CDS. Le projet intervient au niveau national et dans 3 provinces du pays : Mwaro, Muramvya et Gitega. Ses partenaires principaux sont le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR), ainsi que les structures de santé au niveau provincial et de district dans les provinces ci-haut citées. D'autres partenaires sont des ONG locales à savoir le Service Yezu Mwiza, la Croix Rouge du Burundi, la Famille pour vaincre le Sida (FVS) Amie des enfants, Union des personnes handicapées du Burundi (UPHB) et le Réseau des confessions religieuses pour la promotion de la Santé et le Bien-Être Intégral de la Famille (RCBIF).

Le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) met en œuvre une politique visant l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (SSRAJ) par la promotion de la demande et de l'offre des services de SSR conviviaux pour ces derniers. Cette politique a été concrétisée notamment par le développement d'une approche intégrée de réseautage sociocommunautaire pour la promotion de la santé des jeunes (RSPSJ) autour des Centres de Santé Amis des Jeunes (CDSAJ). En collaboration avec la société civile et les acteurs du secteur public (santé, éducation, administration etc.). Le projet SDSR de la GIZ soutient cette initiative dans ces provinces d'intervention depuis fin 2014. En plus, en collaboration avec le RCBIF, le projet touche les jeunes avec des messages sur la SSR au sein des églises et des écoles sous convention.

Pour la 3^{ème} phase, le projet SDSR s'est fixé les 3 indicateurs suivants :

Indicateur 1 : Le nombre de Couple Année de Protection (CAP) augmente dans chaque province (Mwaro, Muramvya et Gitega) de 2 % par an.

Indicateur 2 : Dans 90% des Centres de Santé (CDS), deux personnels techniques (équivalent de postes à temps plein) sont qualifiés en SDSR de manière complète.

Indicateur 3 : 50% des jeunes scolarisés et 40% des jeunes non scolarisés, des deux sexes (50% féminine, 50% masculine), ont de bonnes connaissances sur les infections sexuellement transmissibles, le VIH / sida et la violence basée sur le genre.

Une collecte des données sur les connaissances des jeunes, en matière de SSR sur les thématiques clés (IST, VIH et VSBG) du projet, a eu lieu au mois de Janvier 2021 dans le but de renseigner la situation du moment par rapport à l'atteinte des cibles de l'indicateur 3 du module. Il

convient de mener un monitoring interne pour mesurer l'état actuel des connaissances des jeunes (dans les écoles et dans la communauté) sur ces thématiques clés du projet afin de renseigner la situation finale de l'indicateur 3 du module.

I.2. Population cible

Le groupe cible concerné par la collecte de données sont des bénéficiaires du projet, à savoir des jeunes de 10 à 24 ans, scolarisés et non scolarisés (jamais scolarisés et déscolarisés), résidant dans les aires d'attraction des 29 CDS ayant un RSPSJ appuyé par le projet SDSR.

Les CDS à réseau concernés se situent dans la zone d'intervention indiquée par le tableau suivant :

Provinces	District sanitaire
Muramvya	Muramvya
	Kiganda
Mwaro	Fota
	Kibumbu
Gitega	Gitega

I.3. Objectifs, résultats attendus et mandat de la mission

Il s'agit de :

- c) Conceptualiser, préparer et mener un sondage dans les aires de responsabilité des CDS avec un réseau socio communautaire appuyé par le projet SDSR :
 - Elaboration du protocole de collecte sur base d'une revue documentaire des documents du projet, du chronogramme d'activités et tirage des écoles et sous collines dans lesquelles nous allons procéder à la collecte des données ;
 - Tirage des sous collines sur lesquelles est construite une école membre d'un réseau appuyé par le projet pour constituer la base de notre échantillon ;
 - Tirage des écoles « échantillons » dans lesquelles nous allons dresser une liste des jeunes scolarisés (au niveau des écoles) de 10-24 ans et tirage des milieux hébergeant des jeunes non scolarisés de 10-24 ans (au niveau des sous collines où est construite une école sélectionnée) ;
 - La construction de deux bases de sondage l'une pour le milieu scolaire et l'autre pour le milieu communautaire qui serviront au tirage des deux sous-échantillons pour la collecte ;
 - Information aux acteurs du projet au niveau provincial sur les modalités pratiques de l'organisation de la collecte Formation des équipes de collecte
- d) Fournir des statistiques sur les informations collectées à travers les outils de collecte concernant les sources d'information en SSR et l'utilisation des services SSR par les jeunes:
 - L'élaboration et paramétrage des outils de collecte des données et élaboration du guide de leur utilisation ;
 - La Traduction en Kirundi et validation des supports de collecte des données ;
 - La Coordination et supervision de la collecte des données sur terrain ;
 - L'élaboration d'un plan d'analyse des données/tabulation ;

- Traitement et analyse des données
- e) Evaluer les valeurs atteintes suite aux interventions du projet SDSR concernant la proportion de jeunes scolarisés¹² et non scolarisés¹³ ayant de bonnes connaissances sur les thématiques suivantes : prévention des grossesses précoces, connaissance des méthodes modernes de contraception (MCM), IST-VIH/SIDA et VSBG:
 - Comparer les valeurs atteintes suite aux interventions du projet et les cibles de l'indicateur 3 ;
 - Estimer le niveau d'atteinte de l'objectif du projet.
- f) Déterminer les valeurs finales pour l'indicateur 3: « 50% des jeunes scolarisés et 40% des jeunes non scolarisés, des deux sexes (50% féminine, 50% masculin), ont une bonne connaissance des infections sexuellement transmissibles (IST), du VIH / sida et de la violence basée sur le genre (VSBG) ».

II. METHODOLOGIE

II.1. Revue documentaire

La revue des documents suivante sera réalisée :

- Les différents documents stratégiques nationaux sur la SSRAJ et les VBG, dont le Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents (PSN-SRMNIA : 2019 – 2023), les documents programmatiques et les rapports du projet et de ses partenaires ;
- Le rapport de la troisième enquête démographique et de santé au Burundi (EDSB III 2016-2017) ;
- Le rapport de la banque mondiale sur les jeunes non scolarisés et déscolarisés d'Afrique subsaharienne¹⁴ ;
- Guide à l'intention des chefs de projet pour les études CAP¹⁵ ;
- Etude de base du Programme conjoint pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes de 10-24 ans au Burundi ;
- Rapport de la première collecte de l'indicateur 3 du projet SDSR effectuée en janvier 2021 ;
- Rapport de la mission d'analyse de la qualité de la transmission d'information en SSRAJ faite par la GIZ/SDSR et la GFA.

II.2. Collecte des données quantitatives

II.2.1. Plan de sondage

¹² Jeunes scolarisés = jeunes de 10 à 24 ans scolarisés en Primaire ou en Secondaire

¹³ Jeunes non scolarisés = jeunes de 10 à 24 ans jamais scolarisés ou déscolarisés avant d'avoir atteint le secondaire

¹⁴ Inoue et al., *Les jeunes non scolarisés et déscolarisés d'Afrique subsaharienne-Politique pour le changement*, Groupe de la Banque Mondiale, Octobre 2016 • <http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0688-9>

¹⁵ Fabienne Goutille pour Handicap International, *Guide à l'intention des chefs de projet pour les études CAP*, Octobre 2009

- ❖ **Milieu scolaire** : Sur base de deux listes des écoles membres des RSPJ appuyés par le projet, une pour les écoles sous convention, une pour les écoles publiques, on procèdera au tirage aléatoire simple de deux écoles « échantillon », l'une sous convention et l'autre publique parmi les écoles d'un réseau et produira une liste des jeunes scolarisés de 10-24 ans de ces écoles sélectionnées, qui servira de base de sondage en milieu scolaire. Avant de produire la liste des jeunes en milieu scolaire, on va subdiviser les classes en 3 catégories¹⁶ et tirer aléatoirement une classe par catégorie pour garder l'homogénéité. A base de la liste des jeunes de 10-24ans de chaque classe, on va tirer systématiquement les individus (jeunes) à interviewer.
- ❖ **Milieu communautaire** : Au niveau des sous collines où sont construites les écoles qui auront été sélectionnées pour la collecte en milieu scolaire, on procèdera à l'échantillonnage boule de neige. Une approche de stratification sera appliquée pour éviter le biais affinitaire où de similitude entre individus référant leurs proches en chaîne. Un screening de différenciation sera appliqué pour contrôler la saturation des sous-effectifs des « jamais scolarisés » et des « déscolarisés »).

II.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion des participants

- Seront inclus dans la collecte:
 - ✓ Tout jeune scolarisé ou non scolarisé âgé de 10-24 ans en milieu communautaire et scolaire des 29 CDS à réseau de la zone du projet;
 - ✓ En milieu scolaire, tout jeune de 10-24 ans inscrit au moment de la collecte et qui a au moins fréquenté l'école l'année scolaire écoulée ;
 - ✓ Dans la communauté, tout jeune de 10-24 ans qui n'est pas à l'école au moment de collecte (jeunes jamais scolarisés ou déscolarisés).
- Ne sont pas concernés par cette collecte:
 - ✓ Les jeunes âgés de moins de 10 ans ou plus de 24 ans au moment de la collecte ;
 - ✓ Les jeunes présentant une infirmité lui rendant incapable de répondre aux questionnaires.

II.2.3. Echantillonnage

Les données seront collectées en milieu scolaire et en milieu communautaire. Chaque milieu aura sa propre méthode d'échantillonnage, décrite plus bas au chapitre « constitution de l'échantillon ».

a) Taille de l'échantillon

Le 1^{er} élément à déterminer est la taille de l'échantillon. Une taille importante améliore la précision des résultats.

Ainsi, la taille de l'échantillon nécessaire pour assurer la représentativité des données est calculée à travers la formule suivante :

¹⁶ Pour les catégories, voir plus bas au chapitre III.3.2, sous-chapitre b

$$n = (z^2) (r) (1-r) (k) / (e^2)$$

Où :

- **n** est la taille de l'échantillon, c'est-à-dire le nombre d'individus à interviewer ;
- **z** est la statistique qui définit le niveau de confiance requis et devrait être de 1,96 pour un degré de confiance de 95% ;
- **r** est une estimation de l'un des indicateurs clés à mesurer et pour notre collecte $r = 17,5\%$ (prévalence contraceptive chez les jeunes de 15-24 ans dans l'EDSB III 2016-2017). Cet indicateur est le plus proche et officiellement accepté bien que notre cible soit les jeunes de 10-24 ans ;
- **k** est le multiplicateur visant à tenir compte du taux prévu de non-réponse. Il doit être choisi à la lumière de l'expérience acquise à cet égard. Sur base de l'étude menée en 2019, nous retenons un taux de non-réponse maximal de 5%.
- **e**=5% (la marge d'erreur à ne pas dépasser).

Selon la formule de la taille de l'échantillon (en utilisant la formule sans le multiplicateur k), l'échantillon est de 222. En appliquant le multiplicateur k avec un taux de non réponse à 5%, $k=1,05$. Ce qui donne un nombre de jeunes de 10-24 ans à interroger de 233 par district sanitaire qui est la cible de l'intervention du projet.

On a alors besoin d'interviewer 1165 jeunes dans 58 écoles et 58 sous collines des 5 districts de la zone du projet. Dans chacune des sous collines des écoles tirées, il est attendu d'interviewer 20 jeunes de 10-24 ans.

Selon l'étude sur les jeunes non scolarisés et déscolarisés d'Afrique subsaharienne en 2015, la proportion des jeunes non scolarisés et déscolarisés est de 42%¹⁷.

En supposant que les jeunes non scolarisés représentent 42%, la taille de l'échantillon totale de jeunes non scolarisés sera de 490 (245 de sexe féminin et 245 de sexe masculin), à savoir 8 jeunes non scolarisés par sous colline et 675 jeunes en milieu scolaire soit 12 jeunes scolarisés par école (6 de sexe féminin et 6 de sexe masculin).

b) Mode de tirage et constitution de l'échantillon

La base d'échantillonnage sera constituée par la carte scolaire de la zone de projet et les sous collines où est construite une école sélectionnée.

▪ En milieu scolaire:

Les données seront collectées sur la base d'un sondage aléatoire stratifié à trois degrés où les unités **primaires** de sondage (UPS) correspondent aux écoles membres des RSPSJ de la zone d'intervention du projet SDSR. La stratification est faite au niveau des RSPJ des districts sanitaires appuyés par le projet et une deuxième stratification au niveau des écoles (publiques ou sous convention). Les unités **secondaires** seront les classes des écoles sélectionnées au premier degré.

¹⁷ Inoue et al., *Les jeunes non scolarisés et déscolarisés d'Afrique subsaharienne-Politique pour le changement*, Groupe de la Banque Mondiale, Octobre 2016 • <http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0688-9>

Au **3^{ème} degré**, à l'intérieur des classes tirées les jeunes scolarisés seront tirés aléatoirement et sont tous des unités statistiques.

La procédure du tirage sera la suivante :

- d) Au premier degré, on tire dans chaque réseau, 2 UPS (écoles), une publique et une sous convention. Les deux sous collines où sont construites ces écoles sélectionnées constituent aussi les UPS en milieu communautaire.
- e) Au deuxième degré, on procèdera à un tirage raisonné de 3 classes sur la liste des classes des écoles sélectionnées. Ainsi, les classes seront réparties en trois catégories et le tirage sera faite par catégorie à raison d'une 1 classe de la 5^{ème} à la 6^{ème}, 1 classe de la 7^{ème} à la 9^{ème} et 1 classe au post-fundamental.
- f) Au troisième degré, 4 jeunes scolarisés de 10-24 ans seront sélectionnés aléatoirement de la liste des jeunes de 10-24 ans des classes sélectionnées.

▪ **Dans la communauté:**

Pour les non scolarisés, on va rencontrer 8 jeunes selon un échantillonnage boule de neige sur les sous collines où sont construites les écoles sélectionnées.

Comme une base de sondage appropriée n'est pas disponible pour les jeunes non scolarisés (pas de liste des jeunes non scolarisés), on va procéder à une méthode d'échantillonnage de convenance assez simple et peu coûteuse qu'on appelle « échantillonnage boule de neige ». C'est-à-dire que l'on se rend dans cette zone et qu'on identifie quelques jeunes non scolarisés, qui indiquent ensuite qui sont les autres jeunes non scolarisés dans leur voisinage, et comment on peut les rencontrer. L'idée est de partir d'un individu identifié et de retrouver les autres possédant les caractéristiques souhaitées à partir des indications que le premier répondant donnera à la demande de l'agent de collecte.

Pour notre collecte, l'équipe de collecte va d'abord interviewer les jeunes scolarisés sélectionnés au niveau des écoles. Ensuite ils se rendront dans les lieux aux alentours de l'école qui sont propices à trouver des jeunes : boutique, ou tout autre lieu où se rencontre les jeunes de la sous-colline où est construite cette école. Les premiers jeunes non scolarisés identifiés vont servir de guide pour l'identification d'autres jeunes non scolarisés dans leur voisinage jusqu'à atteindre la taille de l'échantillon.

Remarque : Les équipes de collecte seront formées de façon à veiller à l'homogénéité de leur échantillon et à la dispersion spatiale et différenciation par caractéristiques affinitaires, c'est-à-dire le ratio femmes-hommes mais également le niveau d'étude atteint selon trois catégories (jamais scolarisés, déscolarisé avant d'avoir terminé la 6^{ème} année et déscolarisé à partir de la 7^{ème} année et au-delà). A la fin de chaque journée de collecte, le consultant effectuera un contrôle des données collectées et vérifiera les fréquences de certaines sous-catégories (jamais scolarisés, déscolarisés avant la 6^{ème} et déscolarisés après), et ainsi orienter les équipes de collecte si une sous-catégorie est sous- ou surreprésentée.

Ainsi les unités statistiques prévues pour former l'échantillon seront des jeunes de 10-24 ans des 58 écoles/ Sous collines échantillons des 29 CDS à réseaux au niveau des 5 districts sanitaires de la zone d'intervention du projet. En conséquence de ce type d'échantillonnage, les statistiques calculées ne seront pas pondérées.

c) Outil de collecte de données

Un masque de saisie électronique en deux langues, français et kirundi, sera élaboré pour être utilisé sur des tablettes grâce à l'application Kobo collect. Cela permettra le transfert des données en temps réel et par conséquent, un suivi régulier de la collecte des données est assuré.

II.3. Collecte des données qualitatives

Les données qualitatives seront collectées pour expliquer les résultats quantitatifs. A ce niveau le guide d'entretien devra être en corrélation avec les informations de la partie quantitative. Ainsi, des entretiens individuels seront soumis à des personnes ressources comme les animateurs scolaires, animateurs communautaires et personnes qui s'occupent des questions des jeunes aux CDS. Pour chaque catégorie, trois entretiens par province (3 entretiens avec les animateurs scolaires, 3 avec les animateurs communautaires, 3 avec les personnels CDS) seront menés. Au total, on aura 9 entretiens par province. Les entretiens seront menés par trois enquêteurs de profil de santé publique ou domaines similaires externes au projet.

Dans une province, à partir de 3 listes représentant chacune une catégorie d'animateurs (au niveau des écoles, communauté, CDS), l'on prélèvera les 9 participant-e-s, dont 3 de chaque catégorie.

- **Concernant les prestataires au niveau des CDS :**

A partir de la liste des CDS couverts par le projet dans la province, l'on inclura 3 CDS par tirage semi-aléatoire sur sous-liste par sous-secteur (public, confessionnel). Par CDS tiré, l'on ciblera le prestataire qui s'occupe souvent de l'encadrement des jeunes au CDS (point focal SSRAJ, TPS).

- **Concernant les animateurs scolaires :**

L'on tiendra compte du niveau d'enseignement : [[2 officiant au niveau fondamental : classes de l'intervalle 5^{ème} à 9^{ème}] ; [1 officiant au niveau Post-fondamental]]. Ils/elles seront inclus par tirage aléatoire de 3 écoles parmi celle retenues après stratification par type d'école (publiques, sous-convention), dont 1 à 2 par type d'école.

- **Concernant les animateurs communautaires :**

L'on inclura 3 communautés dont 1 à 2 par type de rattachement au milieu scolaire (rattachement à école publique, à école sous-convention), dont on tirera 1 animateur par communauté bénéficiaire.

La taille rationnellement réduite de l'échantillon qualitatif (29) nécessite un artifice méthodologique pour intégrer une diversité optimale des positions/attitudes/opinion et explications associées. Une fois les écoles, CDS et les communautés identifiées, sous le sceau de la confidentialité, avant la collecte proprement dite, un screening préalable sera fait. Ce sera sur la base d'une fiche d'identification et de tri, pour assurer l'inclusion effective des 3 tendances naturelles de l'opinion ou position (centrale/mitigée), latérale négative (défavorable) et latérale positive (favorable)¹⁸ des répondants sur l'adéquation et à la performance du projet SDSR pour les ado-jeunes. Ainsi pour chaque catégorie d'animateurs on dégagera 3 sous-listes (strates) selon le type d'opinion générale. Une

¹⁸ Madeleine Grawitz, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, (9e édition), 1993

simulation des différentes alternances nécessaires pour équilibrer l'échantillon selon les effectifs par positions d'une province à l'autre, d'un type d'école à l'autre (publique ; sous-convention), par-
reillement pour les types de formations sanitaires (publique, confessionnelle) et types de rattachement des communautés à une catégorie d'école (publique, ou sous-convention).

II.4. Etapes de collecte des données

II.4.1. Communication avec les partenaires locaux

Les partenaires locaux de chaque province seront informés de l'organisation pratique de cette collecte pendant les ateliers de coordination des intervenants en SSRAJ et échanges d'expériences entre les réseaux planifiés par le projet SDSR en collaboration avec les BPS et BDS.

II.4.2. Recrutement des agents de collecte

Les agents de collecte seront des personnes expérimentées habitués au langage relatif à la SDSR, à la contraception et aux méthodes contraceptives, aux IST et du VIH ainsi qu'aux VSBG. Ils seront recrutés au niveau de chaque province selon des critères définis.

II.4.3. Formation des équipes de collecte

Une formation théorique et pratique de trois jours sera effectuée dans l'une des provinces de la zone du projet. Elle sera organisée en deux temps :

- ✓ Dans un premier temps, les agents recevront une formation théorique sur l'objet de la collecte des données et pour acquérir les compétences appropriées (comment favoriser la discussion, utiliser les smartphones) ;
- ✓ Dans un deuxième temps, il faudra faire un pré-test d'une journée dans les districts concernés par la collecte mais dans des sous-collines/écoles qui ne feront pas partie de l'échantillon. A ce moment, les agents de collecte des données qualitatives selon associés pour tester les guides d'entretiens élaborés à cette fin. Les outils de collecte seront utilisés par l'équipe de collecte pour s'entraîner pendant la troisième journée de formation sur les sous collines du réseau du district où a eu lieu la formation. Une séance plénière sera organisée à la fin du pré-test afin de discuter des difficultés rencontrées par l'équipe de collecte et éventuellement d'apporter des améliorations aux outils de collecte. Ce pré-test permettra de s'assurer que la méthodologie et le matériel de collecte sont adaptés, mais aussi de compléter la formation de l'équipe de collecte. L'équipe de collecte va en outre participer à l'amélioration de la traduction du questionnaire en Kirundi.

II.4.4. Collecte proprement dite

Chaque équipe de collecte sera en possession d'une liste des jeunes scolarisés tirés par classe et par école, et procèdera à identifier les jeunes non scolarisés de la sous-colline où est construite cette école. Elle sera accompagnée par un guide identifié au niveau de l'unité primaire de sondage pour localiser les endroits abritant les jeunes non scolarisés.

Une équipe par district sanitaire sera constituée et organisée de la façon suivante :

- 1 Superviseur de la collecte (chef d'équipe) : 1 ESP ou 1 expert CSE ou le consultant ;
- 2 à 3 agents de collecte de données quantitatives
- 1 agent de collecte des données qualitatives en fonction de la planification

La durée de l'activité de collecte est estimée à **13 jours prestés avec 15 agents de collecte à raison de 6 fiches remplies par jour et par agent.**

A ce moment, les agents de collecte des données qualitatives vont mener des entretiens avec des animateurs scolaires, animateurs communautaires et personnes qui s'occupent des questions des jeunes aux CDS. **La collecte va durer 5 jours avec trois agents de collecte à raison de deux entretiens par jour** et 3 jours de synthèse et nettoyage des informations collectées avant leur envoi au consultant régional.

Comme les CDS à réseaux de la zone d'intervention sont dispersés, c'est le système de balayage qui sera mis en œuvre. Cela veut dire que les agents recrutés dans chaque province seront déployés aux mêmes sites ou à des sites proches au même moment dans un réseau et feront deux sous collines par jour durant toute la période de la collecte. Cela permettra, non seulement un suivi serré de ce type de personnel par le consultant et les superviseurs, mais aussi un système de guidage et d'accompagnement par le personnel du projet.

De même, la collecte des données quantitatives se fera en même temps que la saisie à base du logiciel Kobo collect qui sera programmé pour une application automatique des sauts et filtres permettant d'éviter les incohérences. La synthèse et nettoyage des données qualitatives se feront pendant 3 jours après la collecte. Le consultant national assurera la coordination de la collecte et veillera de façon journalière à ce que les données soient correctement entrées et fera un retour aux superviseurs des agents de collecte quant à la collecte du lendemain pour corriger les éventuelles erreurs de sélection des répondants au niveau communautaire.

II.4.5. Traitement et analyse des données

a) Données quantitatives:

Le traitement et l'analyse des données seront faits à l'aide de logiciel SPSS et/ou Excel. Les données quantitatives seront synthétisées dans des tableaux ou des graphiques. Les tableaux et graphiques représentent des statistiques descriptives telles que les fréquences, les effectifs de référence pour ces statistiques. Pour les proportions, le test du khi-carré bilatéral sera utilisé sur les tableaux de contingence. Pour tous ces tests, la règle de décision est la comparaison du degré de signification au seuil $\alpha=5\%$. La base de données nettoyée sera fournie en SPSS et Excel à la CSE pour son exploitation ultérieure.

b) Données qualitatives:

Les données qualitatives seront traitées par un procédé articulé d'analyse de contenu reposant sur un plan d'analyse. Ainsi, les données prendront la forme de listes de constats différenciés (situation de connaissance, attitudes, facteurs), de typologies et de matrices de contribution, d'influence ou causalité et des associations aux catégories de profils de répondants/animateurs et de bénéficiaires auxquels lesdits répondants attribuent une situation de connaissance/attitude donnée. Les

fréquences d'évocation et de distribution seront mises en évidence pour élucider l'importance des déterminants ou facteurs concernés.

II.5. Aspects organisationnels : Rôles et responsabilités

Les acteurs de la collecte des données pour l'indicateur 3 sont organisés en 4 groupes.

II.5.1. Comité technique

Le comité technique sera chargé d'accompagner techniquement la préparation, la conduite de la collecte, l'exploitation des données collectées, et de vérifier la qualité des documents techniques élaborés : le protocole, les questionnaires, le masque de saisie, le guide de collecte et les différents rapports. Il est constitué par la Cellule Suivi-Evaluation, Champ d'Action 2 du projet SDSR, consultant régional disposant tous des compétences nécessaires en matière de recherche. Le consultant national en collaboration avec le consultant régional est responsable de l'élaboration du protocole de collecte, l'élaboration des bases de sondage, de faire l'échantillonnage, de former les superviseurs, les équipes de collecte et de superviser toutes les phases de la collecte, de traiter les données et d'élaboration du rapport.

II.5.2 Superviseurs

Ils seront chargés de :

- Faire les contacts administratifs nécessaires;
- Répartir le travail aux agents de collecte chaque jour et de contrôler à la fin de chaque journée toutes les fiches collectées;
- Assurer un contact journalier avec le consultant national en charge de coordonner la collecte pour tenir compte de ses orientations.

En collaboration avec la cellule SE, les Experts Santé Publique (ESP) et l'experte Genre (EG) vont aussi assurer la supervision des agents de collecte et seront formés sur les supports de collecte des données en même temps que les agents de collecte. Pour éviter tout biais, les ESP vont permuter au niveau des provinces lors de la supervision de la collecte quantitative et qualitative.

II.5.3. Agents de collecte des données

Les agents de collecte seront chargés de :

- Faire la collecte des données par questionnaire à base des tablettes auprès des bénéficiaires sélectionnés;
- Contrôler l'information livrée par l'interviewé;
- Envoyer les données collectées à la fin de chaque journée;

III. Calendrier de travail

	Activités	Responsable	Dates
1	Briefing de la mission, revue documentaire, contact avec les partenaires et plan du protocole de collecte	L'Expert Consultant national	Du 03/08/2022
2	Elaboration du protocole de collecte	L'Expert Consultant national	04 au 22/08/2022
3	Validation du protocole de collecte	VN, CSE, CA2, consultant Régional	Du 23 au 24/08/2022
4	Développer et/ou améliorer les outils qualitatifs et quantitatifs de la collecte des données et validation (6 jours)	L'Expert Consultant national VN, CA2, consultant régional	Du 24 au 26 /08/2022
5	Finalisation de la fiche de collecte des données sur les connaissances et validation interne, Programmation, Actualisation du guide d'utilisation de la fiche et Elaboration des TdR de la collecte de données (formation prêt test et conduites)	L'Expert Consultant national	Du 28/08 au 08/09/2022
6	Echantillonnage : déterminer la taille de l'échantillon et procéder au tirage et validation	L'Expert Consultant national	09/09/2022
7	Présentation de la fiche de collecte aux BPS, MCD, Administrateurs communaux	CSE et CA2 § Consultant national	Du 22 au 23/09/2022
8	Elaboration d'un plan d'analyse détaillé précisant les ressources et le temps nécessaires	Consultant régional et L'Expert Consultant national	22 au 23/09/2022
9	Finalisation de la micro-planification de la collecte et validation	L'Expert Consultant national VN, CA2, consultant régional	26/09/2022
10	Formation des équipes de collecte, pré- test et finalisation de la fiche de collecte	Consultant national, CSE, ESP, agents de collecte	Du 27 au 29/09/2022
11	Collecte des données sur terrain	Consultant national, CSE, ESP, agents de collecte	Du 03 au 21/10/2022
12	Traitement et analyse des données	Consultant national	Du 24 au 28 /10/2022
13	S'accorder l'approche d'interprétation des résultats	consultant national, VN et consultant régional	30 au 31/10/2022
14	Interprétation des résultats et élaboration des rapports intermédiaires	consultant national, VN et consultant régional	Du 01/11 au 18/11/2022
15	Intégration des observations et rédaction du Rapport définitif	Consultant National et Régional	25/11/2022

Annexe 2

Fiche de collecte des données de l'indicateur 3

Q1. Province _____ Code /___/___/

☐ Gitega

☐ Muramya

☐ Mwaro

Q2. District sanitaire _____ Code

☐ Gitega

☐ Kiganda

☐ Muramvya

☐ Fota

☐ Kibumbu

/___/

Q3. Réseau CDS _____ Code /___/___/

☐ Giheta

☐ Gasunu

☐ Bukinga

☐ Mushasha

☐ Ceru

☐ Gitega

☐ Notre

Dame

☐ Mubuga

☐ Mungwa

☐ Rutoki

d'Afrique

☐ Bugarama

☐ Kaniga

☐ Marumane

☐ Munyinya

☐ Rugari

☐ Kivoga

☐ Teza

☐ Giko

☐ Rweza

☐ Muramvya

☐ Gisozi

☐ Gitara

☐ Buziracanda

☐ Fota

☐ Yanza

☐ Croix Rouge

☐

Muyebe

☐ Kanka

☐ Nyabihanga

Q4. Milieu _____ 1. Communautaire 2. Scolaire

Q5. Si Q5=1, nom de la sous colline

Q6. Si Q5=2, nom de l'école.

Q7. Code du répondant : Code /___/___/

Q8. Sexe : _____

☐ F ☐ M

Q9. Age : _____ /___/___/

Q10. Religion : _____ ☐ Catholique ; ☐ Protestante ; ☐ Musulmane ; ☐ Autre (à préciser) _____ ;

☐ Aucune

Q11. Statut Matrimonial : ☐ Célibataire ; ☐ Marié/Union libre ; ☐ Veuf ; ☐ Divorcé/séparé

Q12. As-tu des enfants : ☐ Ego/Vrai, ☐ Oya/Faux, ☐ Ne sait pas

Q13. Si Oui, Combien d'enfants as-tu ? /___/

Q14. Fréquentez-vous actuellement l'école ? Uri umunyeshure ? ☐ Ego/Vrai, ☐ Oya/Faux,
 UNE SEULE REPONSE POSSIBLE Non/Oya → Q12_b

Q15_a) Si oui/Ego, quelle classe fréquentez-vous ? Wiga muwakangahe ? ☐ Classe : _____
 (faire une liste déroulante des classes dans le masque de saisie) → Q13

Q15_b) Si non/Oya, Avez-vous déjà fréquenté l'école : Waraciye ku ntebe y'ishure ?

☐ Ego/Vrai, ☐ Oya/Faux,

Q16_ Si Oui/Ego, quelle est la dernière classe terminée avec succès ? Wahereje mu wa kangahe
 Dernière classe terminée : _____

Question	Réponses possibles	Bonne réponse	Cotation
Prévention des grossesses précoces (4 points)			
Q17. Umwigeme arashobora gusama imbanyi/inda ataraja mubutinyanka <i>Une fille peut tomber enceinte avant même d'avoir eu ses premières règles</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Vrai	1
Q18. Iyo umwigeme akoze imibonanompuzabitsina rimwe gusa <i>Si une fille a des rapports sexuels une seule fois, elle peut tomber enceinte</i>	☐ Arashobora gusama imbanyi/, elle peut tomber enceinte ☐ Ntashobora gusama imbanyi/, elle ne peut pas tomber enceinte	Elle peut tomber enceinte	1
Q19. Kirazira kuyaga ibijanye n'igitsina (ubuzima ndoragitsina) mu muryango kubera vyotuma abana baja mu busambanyi <i>Il ne faut pas discuter des questions relatives à la sexualité en famille parce que cela va pousser les enfants à s'intéresser au sexe</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Faux	1
Q20. Mwtubwira uburyo bubiri bwo kwikingira gusama imbanyi ukiri muto (ukiri urwaruka/umuyabaga) <i>Il y a moyen d'éviter les grossesses précoces de deux façons au choix NE PAS LIRE LES REPONSES, Voir note fin de document!</i>	☐ Abstinence ☐ Utilisation d'une méthode contraceptive moderne ☐ Aucune réponse		1 (si les deux réponses correctes sont données sinon 0,5 par réponse correcte et 0 si aucune réponse)
Q21. Ubwo bumenyi mufise ku vyerekeye ingene bikingira imbanyi batifuje ku bakiri bato mwaburukye hehe ? Mwabuhawe nande ? <i>où et par qui as-tu reçu les informations dont tu disposes en matière de prévention des grossesses précoces non désirées ?</i> (Donner des instructions aux agents de collecte)	☐ Communauté / Mu kibano ☐ Radio / Kwiradiyo ☐ Famille / Mu muryango ☐ Amis/voisins / Mu banyabagenzi ☐ Autres (à préciser) / Ahandi (havuge)	NA	Non coté
Connaissance des méthodes de contraception moderne (4 points)			
Q22. Urwaruka yaba umukobwa canke umuhungu arafise uburenganzira bwo gukoresha uburyo bwo kwirinda gusama imbanyi itipfujwe/kurondoka ku rugero <i>Un(e) jeune garçon ou fille, non marié(e) a le droit de recourir à des méthodes modernes de contraception</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Vrai	1
Q23. Uburyo bw'urushinge bukoreshwa mukwingira imbanyi itipfujwe burafasha kudasama imbanyi mu kiringo c'imyaka 10	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux	Faux	1

Le Depo Provera peut aider à protéger une femme qui ne veut pas encore avoir un enfant pendant 10 ans	☐ Ne sait pas		
Q24. Uburyo bwa none (butangirwa kwa muganga) bwo kurondoka ku rugero buratuma inda zikoroka canke bukanyikira mu mubiri w'umuntu <i>Les méthodes modernes de contraception provoquent les avortements et peuvent disparaître dans le corps</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Faux	1
Q25. Hariho uburyo bwo kurondoka ku rugero bushobora gukingira gusama guhera ku myaka 5 gushika ku myaka 12 <i>Il existe des types de méthode de contraception et certaines de ces méthodes peuvent protéger la femme pendant une période de 5 et 12 ans.</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Vrai	1
Q26. Ubumenyi mufise ku bijanye no gutandukanya imvyaro(kurondoka ku rugero) wabimenyeshejwe na nde ? <i>Où et par qui as-tu reçu les informations dont tu disposes en matière de contraception moderne ?</i>	☐ Communauté / Mu kibano ☐ Radio / Kwiradiyo ☐ Famille / Mu muryango ☐ Amis/voisins / Mu babanyi/abagenzi ☐ Autres (à préciser) / Ahandi (havuge)	NA	Non coté
Connaissance des IST (4 points)¹⁹			
Q27. Iyo ukoze imibonano mpuzabitsina n'umuntu afise (canke arwaye) indwara zifatira mu bihimba vy'irondoka mutikingiye urashobora guca wandura <i>Si on a des rapports sexuels non protégés avec une personne infectée d'une IST, on peut également être contaminé</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Vrai	1
Q28. Umuntu arashobora kugendana indwara ifatira mu bihimba vy'irondoka ata bintu bisohoka biva mugihimba c'irondoka(akarorero amashira) vyibonekeza <i>On peut avoir une infection sexuellement transmissible sans qu'il y ait un écoulement</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Vrai	1
Q29. Iyo umuntu arwaye indwara ifata icyiye mu bihimba vy'irondoka arashobora gusaba umugenzi akamuha umuti yasigaye kugira yivure wenyene atiriwe araja kwa mu ganga <i>En cas d'infection, on peut demander le reste de médicament qu'un(e) ami(e) a utilisé récemment pour se soigner</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Faux	1

¹⁹ Critères de bonnes connaissances : obligatoirement 1 points à la question Q27 **ET** au moins 0,5 à la question Q31 **ET** obligatoirement 1 à la question Q32

Q30. Ntibikenewe ko umukobwa amenya ico agakingirizo gafasha. <i>Il n'est pas important pour une fille de savoir à quoi sert le préservatif</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Faux	1
Q31. Vuga ibimenyetso bitatu vy'indwara zifatira mu bihimba vy'irondoka woba uzi. <i>Citez trois signes ou symptômes d'une IST (4 réponses possibles) NE PAS LIRE LES REPONSES, Voir notes de fin</i>	1. Démangeaison 2. Plaie (s) 3. Ecoulement 4. Douleurs 5. Aucune réponse	Il faut au moins 3 bonnes réponses	Si 2 bonnes réponses 0,5 points Si 3 ou 4 bonnes réponses 1 point
Q32. Iyo wicuze ko wanduye indwara ifatira mu bihimba vy'irondoka, n'iki wokora? <i>tora inyishu imwe muri zitatu ngira mvuge</i> <i>Si tu penses avoir une IST, que ferais-tu? Choisis une des trois réponses possibles (Lire normalement et avec le même ton et vitesse, les 3 réponses possibles, laisser le répondant dire s'il choisit la 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} réponse)</i>	☐ Parler avec un(e) ami(e), se soigner avec les médicaments de l'ami(e), continuer les rapports sexuels ☐ Wobivugana n'umugenzi, ugaca wivura n'imiti aguhaye hanyuma ukabandanya ukora imibonano mpuzabitsina ☐ Consultation, traitement, parler à son/sa partenaire pour se traiter au même moment ☐ Woja kwa muganga kwivuza, ugafata imiti ugaca ubwira uwo mwahuye ibitsina akaja kwa mu ganga nawe kwivuza. ☐ Consultation, traitement, cacher l'IST à son/sa partenaire ☐ Woja kwa muganga kwivuza, ugafata imiti ugaca ubihisha uwo mwakoranye imibonano mpuzabitsina.	2 ^{ème} réponse	1
Q33. Vuga uburyo muzi bwo kwikingira indwara zo mu bihimba vy'irondoka hamwe n'umugera wa SIDA. <i>Citez les manières de se protéger contre la transmission sexuelle des IST et du VIH/SIDA</i>	☐ Abstinence ☐ Utilisation correcte du préservatif ☐ Aucune réponse		1 (si les deux réponses correctes sont données)
Q34. Ibijanye n'indwara zifatira mu bihimba vy'irondoka wabimenyeshejwe na nde ? <i>Où et par qui as-tu reçu les informations dont tu disposes en matière d'IST ?</i>	☐ Communauté / Mu kibano ☐ Radio / Kwiradiyo ☐ Famille / Mu muryango ☐ Amis/voisins / Mu babanyi/abagenzi ☐ Autres (à préciser) / Ahandi (havuge)	NA	Non coté

Connaissance du VIH/SIDA (4 points) ²⁰			
Q35. Urashobora kumenya ko umuntu agendana umugera wa SIDA umurabishije amaso (ukoresheje gupimisha ijisho) <i>On peut reconnaître une personne infectée par le VIH rien qu'en le voyant</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Faux	1
Q36. Wipimishije umugera wa SIDA ugasanga waranduye, ni vyiza ko uca utangura gufata imiti buno nyene. <i>Si on se fait dépister et qu'on a un résultat positif, il est recommandé de se traiter immédiatement</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Ego/Vrai	1
Q37. Abagore bose bibugenze bagendana umugera wa SIDA bategerezwa kwanduza umwana ari mu mbanyi <i>Toutes les femmes infectées par le VIH transmettent automatiquement ce virus à leur enfant</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Faux	1
Q38. Turashobora kwandura umugera wa SIDA iyo uwurwaye akwasamuriye mu maso <i>On peut être contaminé par le VIH si quelqu'un nous étourne au visage</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Faux	1
Q39. Ivyerekeye umugera wa SIDA wabimenyeshije na nde ? <i>Où et par qui as-tu reçu les informations dont tu disposes en matière de VIH/SIDA ?</i>	☒ Communauté / Mu kibano ☐ Radio / Kwiradiyo ☐ Famille / Mu muryango ☐ Amis/voisins / Mu babanyi/abagenzi ☐ Autres (à préciser) / Ahandi (havuge)	NA	Non coté
Connaissance et prise en charge des VSBG (4 points) ²¹			
Q40. Muri rusangi, abahungu baraciye ubwenge gusumba abakobwa. <i>Les garçons sont en général plus intelligents que les filles.</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Faux	1
Q41. Ni ibisanzwe gukubita umugore iyo yigenjeje ukutariko <i>C'est normal de frapper une femme qui se comporte mal</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Faux	1
Q42. Mu bisanzwe abigeme bashurashuzwa ku nguvu kuko bambara batikwije <i>En général, les filles sont violées parce qu'elles portent des habits qui exposent leurs parties intimes.</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Faux	1

²⁰ Critères de connaissance VIH : Obligatoirement score 1 point aux questions Q35+Q36+Q37) **ET** au moins 0,5 à la question Q32

²¹ Critères de connaissance sur VSBG : obligatoirement 1 à toutes les questions cotées

Q43. Ntegerezwa gushengeza uwahohoteye umwigeme ,naho uwo yabikoze yoba ari uwo mu muryango iwacu <i>Je dois dénoncer tout auteur de viol, même si c'est quelqu'un de ma famille</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Vrai	1
Q44. Abagabo canke abahungu nabo nyene barashikirwa n'amabi afatiye ku gitsina <i>Les hommes aussi souffrent des violences basées sur le genre</i>	☐ Ego/Vrai ☐ Oya/Faux ☐ Ne sait pas	Vrai	1
Q45. Vuga amayeri canke uburyo butatu abantu bakoresha mu gukwegera urwaruka(abigeme) gukora imibonano mpuzabitsina batavyipfuza <i>Citez trois tactiques des personnes qui abusent sexuellement des jeunes NE PAS LIRE LES REPONSES, voir note de fin</i> ⁱⁱⁱ	☐ Menaces ☐ Force ☐ Chantage ☐ Gifles ☐ Coups ☐ Bastonnade ☐ Humiliation, ☐ Manipulation ☐ Secret		Au moins 3 tactiques = 1
Q46. Vuga ubuhinga butatu bwogufasha kwikingira gukora imibonano mpuzabitsina nivyho bijanyeho utavyipfuza. <i>Citez trois stratégies qui peuvent vous aider à éviter les abus sexuels. NE PAS CITER LES REPONSES, voir note de fin</i> ^{iv}	☐ Ne pas s'isoler ☐ Eviter drogues et alcool ☐ Savoir dire NON ☐ Parler en cas de problème ☐ Autre (si proposition correcte) ☐ Aucune réponse		Au moins 3 réponses valides: 1 point
Q47. Ivyerekeye ukungene abahungu n'abigeme bafatwa mu kibano bifatiye ku mero yabo wabimenyeshejwe na nde ? <i>Où et par qui as-tu eu les informations dont tu disposes sur le sujet des considérations filles-garçons ?</i>	☐ Ecole/ Kwishure ☐ CDS/ Kwivuriro ☐ Communauté / Mu kibano ☐ Radio / Kwiradiyo ☐ Famille / Mu muryango ☐ Amis/voisins / Mu babanyi/abagenzi ☐ Autres (à préciser) / Ahandi (havuge)	NA	Non coté
Connaissance des services de SSRAJ			
Q48. Woba umaze kwitura ivuriro mu bijanyeho n'iron-doka rijanyeho n'amagara meza ? <i>Avez-vous déjà été au CDS pour un motif quelconque en lien avec la SSR ?</i> <i>Si réponse NON : FIN DU QUESTIONNAIRE</i>	☐ Oui/Ego ; ☐ Non parce que pas de besoin/Oya	NA	Non coté

	☐ Non parce que ne connaît pas les services SSRAJ/Oya		
Q49. Wituye aho bakora ibiki ? <i>Quel service²² avez-vous consulté ?</i>	☐ CDV ☐ CPN/CPoN, ☐ Maternité ☐ Vaccination ☐ Planning Familiale ☐ Consultation curative ☐ EPS ²³ ☐ Autres (à préciser)	NA	Non coté
Q50. Wari ujanywe n'iki ? <i>Quel était le motif de cette consultation ? Question à réponse multiple</i>	☐ Visite de routine ☐ Me faire soigner ☐ Grossesse ☐ Accouchement ☐ Formation/ information (séances IEC) ☐ Dépistage ☐ Troubles du cycle menstruel ☐ VSBG ☐ Autres (à préciser)	NA	Non coté
Total			

i) Réponses acceptées pour Q20:

- Abstinence : se retenir d'avoir des rapports, éviter les rapports/relations sexuelles...etc.
- Utilisation d'une méthode contraceptive moderne: préservatif/condom, préservatif féminin, préservatif masculin, pilule, implant, injectables, stérilet

Non accepté : compter les jours, calcul de la période d'ovulation

Remarque : il ne s'agit pas que le répondant accepte ou utilise ces méthodes, donc même si le calcul de la période d'ovulation est la seule méthode acceptée pour certains répondants, cela ne compte pas comme bonne réponse car n'est pas une méthode reconnue comme efficace pour la prévention d'une grossesse

ii) Précisions réponses pour Q31 :

Démangeaisons dans ou autour des parties intimes (mais toute démangeaison ne signifie pas IST).

Plaies : plaies, verrues, ampoules, boutons et des éruptions cutanées sur les parties intimes.

Ecoulement : Pus ou autre écoulement du pénis ou de l'anus. Ecoulement du vagin qui a une couleur étrange ou une mauvaise odeur (tout écoulement ne signifie pas IST).

Douleur : lors des rapports sexuels ou en urinant.

iii) Q45 : Les réponses proches des réponses proposées sont acceptées comme par exemple cadeau, abus de pouvoir, abus d'autorité, utilisation de sa position hiérarchique, de sa supériorité sociale, de son âge comme outil de pression...etc. On peut dans ce cas cocher « chantage » ou « manipulation » au choix. Toute référence à des objets ou services offerts (argent, transport, boisson, savon, bijou, parfum, protection hygiénique, soutien-gorge, crème de soin, rasoir, vêtements etc.), on peut cocher « cadeau »

iv) Q46

- Ne pas s'isoler : Ne te retrouve pas seul à l'extérieur ou à l'intérieur avec quelqu'un que tu ne connais pas assez pour avoir confiance. Sors avec des groupes d'amis et reste avec eux.
- Savoir dire NON : Exprime clairement tes limites. Si tu ne veux avoir aucun contact ou rapport sexuel, fais-le savoir clairement à ton ami(e) dès le début. Sois clair(e) dans tes relations d'amitié.

²² Consultation curative peut être pour motif suivant en relation avec la question Q49: IST, VSBG, troubles du cycle menstruel
 Consultation du service CDV pour motif dépistage (Q49)

²³ Ou bien réponse similaire citée par le répondant comme service de promotion de la santé, service de counseling...etc.

-
- Parler en cas de problème : Si tu as des problèmes, parles-en avec quelqu'un en qui tu as confiance.

Si une réponse fait du sens mais ne rentre dans aucune des catégories citées, elle peut être considérée comme bonne réponse et dans ce cas, cocher autre. Ne pas cocher autre si la réponse donnée n'est pas acceptable comme stratégie de prévention des abus sexuels

Annexe 3

Guide d'entretien pour la collecte des données

qualitatives sur Indicateur 3 du module

Bonjour M./Mme/Mlle. Je m'appelle Je suis un agent de collecte des données sur l'évaluation des connaissances des jeunes et adolescents en matière de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (SSRAJ) de la zone d'intervention du projet « *Renforcement des structures de santé dans le domaine de la planification familiale, de la santé et des droits sexuels et reproductifs* » de la GIZ au Burundi.

Je sollicite un entretien avec vous en tant qu'acteur du réseau (animateur/prestataire du CDS) qui aide les jeunes à améliorer leurs connaissances sur les thématiques du projet SDSR. Cela nous permettra de nous renseigner sur les déterminants des changements que vous auriez observés de janvier 2021 à ce jour concernant les connaissances sur les IST, le VIH et les VSBG chez les jeunes de 15 à 24 ans bénéficiaires ciblés par les interventions du projet SDSR.

L'entretien est confidentiel. Nous pouvons nous déplacer sur un endroit qui vous convient le mieux. Si vous ne vous sentez pas à l'aise avec telle ou telle autre question, vous êtes libre de vous exprimer et nous allons sauter sur la suivante. Je vais vous lire une note d'information et de consentement vous permettant de décider sur votre participation à l'entretien.

[Lire la note de consentement verbal. ***[Vérifier si des clarifications sont nécessaires et les apporter]***

Consentez-vous librement à participer à l'entretien ? Oui/Non : ☐ Si non, civilité de séparation, si oui, signer l'espace réservé à la confirmation de l'application du consentement et continuer la séance.

Je dois recueillir entièrement et fidèlement ce que vous allez dire pour la fiabilité des résultats de l'évaluation. Mais il m'est impossible de noter tout ce que vous allez dire. Accepteriez-vous l'enregistrement de l'entretien ? Oui/Non : ☐ Si non, continuer avec prise de note, si Oui allumer l'enregistreuse.

I. Identification du répondant

Q1. Province _____

Q2. District sanitaire

Q3. Réseau CDS _____

Q4. Catégorie du répondant:

Animateur scolaire

Animateur communautaire Prestataire CDS

II. Appréciation du niveau de connaissances des jeunes depuis janvier 2021

1. Comment appréciez-vous l'évolution et la qualité des connaissances (IST, VIH, VSBG) des bénéficiaires depuis janvier 2021 ? *Explorer les cas de baisse, stagnation, augmentation des CAP.*
2. Quelles catégories de bénéficiaires sont-elles les plus affectées par les changements ou inerties observés ? *[Explorer selon ces catégories : 1-Ecoles : Classes (à bas âge, âge moyen ou plus âgés) ; genre (les filles ; les garçons) ; 2-Communauté : Les jeunes mariés ou les célibataires ; les plus jeunes ou plus âgés ; les filles ou garçons]*
3. Quels sont les sites/milieus d'intervention du réseau les plus affectés par les changements/inerties observés ? *[À poser au prestataire du CDS seulement]*

III. Déterminants des connaissances des jeunes depuis janvier 2021

4. A votre avis, qu'est-ce qui entraîne les changements/écarts (baisse, inerties, augmentation) entre les résultats (niveaux de connaissance IST, VIH, VBG et pratiques) ? Explorer : déterminants liés à intervention (I), bénéficiaire(B), milieu (M), la famille (F), socioculturel et économique (SCE)
5. Vous avez cité les catégories de bénéficiaires suivantes comme celles chez qui les changements sont plus sensibles ? Dites pour chacune des catégories ce qui explique l'importance des changements ? Explorer déterminants liés à I, B, M, F, SCE
6. Vous avez cité les catégories de sites/milieus d'intervention du réseau suivantes comme celles chez qui les changements/inerties sont plus sensibles. Dites pour chacune des catégories ce qui explique l'importance des changements ou l'inertie en *connaissance et pratiques* ? Explorer déterminants liés à I, B, M, F, SCE
7. Quelles sont les catégories de bénéficiaires les moins affectées par ces changements ? Pourquoi? Explorer déterminants liés à I, B, M, F, SCE

8. Quelles sont les catégories de sites/milieus d'intervention du projet les moins affectées par ces changements/inerties ? Pourquoi? Explorer déterminants liés à I, B, M, F, SCE

IV. Déterminants des différences de résultats/connaissances-pratiques entre thématiques du projet

9. Lors de vos séances IEC avec les jeunes, quelle différence observez-vous en termes de connaissances et pratiques entre les thématiques des IST, VIH et VBG ?
10. Qu'est-ce qui explique ces différences en connaissance et pratiques ? Explorer déterminants liés à I, B, M, F, SCE

Avez-vous d'autres points à partager que l'entretien n'a pas abordés ? Si oui écouter et explorer, si non fin

Je vous remercie pour votre participation à cet entretien. Vos contributions seront intégrées dans les analyses en vue d'améliorer les connaissances et pratiques des jeunes en SDSR.

FIN DE L'ENTRETIEN, ARRETEZ L'ENREGISTREUR.