

Projet de renforcement des structures de santé dans le domaine de la planification familiale et de la santé et des droits sexuels et reproductifs

N° de référence du projet 18.2048.9-001.00

Burundi

Stratégie de communication avec les jeunes et adolescents sur la SSR

Janvier 2020 à Juin 2022

élaborée par Mareile Zöllner
finalisée par le projet SDSR

Décembre 2019 (mises à jour juin 2021 et mai 2022)

Présenté à:

Deutsche Gesellschaft für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5

65760 Eschborn

TABLE DE MATIÈRE

ABREVIATIONS	1
1 RESUME EXECUTIF	3
2 CONTEXTE	5
2.1 La situation en SDSR au Burundi	5
2.2 Le projet GIZ Santé	6
3 ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE.....	7
3.1 But.....	7
3.2 Objectifs	7
3.3 Méthodologie	8
4 ANALYSE DE LA SITUATION	8
4.1 Cadre politique et stratégique.....	9
4.2 Diagnostic des interventions de communication SSRAJ	10
4.3 Diagnostic des matériels de communication SDSR.....	13
4.4 Identification des groupes cibles	14
4.5 Compréhension des groupes cibles	16
4.5.1 Groupes cibles primaires	16
4.5.2 Groupes cibles secondaires et tertiaires	21
4.6 Besoins identifiés et actions prioritaires	23
5 STRATÉGIE DE COMMUNICATION	26
5.1 Les mécanismes de communication	26
5.2 Les objectifs de communication et messages clés	27
5.3 Les axes d'intervention	31
5.3.1 Axe 1: Renforcement des capacités du personnel du projet GIZ SDSR, des partenaires et des prestataires des CDS	31
5.3.2 Axe 2: Renforcement des capacités et communication pour le changement social et comportemental en milieu scolaire	33
5.3.3 Axe 3: Renforcement des capacités en communication pour le changement social et comportemental au niveau de la communauté	35
6 PLAN DE COMMUNICATION	38
7 CONCLUSION.....	39
ANNEXES 40	
ANNEXE 1 : Liste des personnes rencontrées et structures visitées	40
ANNEXE 2 : Liste des participants de l'atelier d'échange.....	40
ANNEXE 3 : Guide de discussion des focus groupes	41
ANNEXE 4 : Plan de Communication	47

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1: Le nombre des cibles en besoin des services de SR par sous-groupes spécifiques	15
Tableau 2: synthèse groupe cible primaire	20
Tableau 3: Messages clés par thématique	28
Tableau 4: Centres et associations PVH identifiés pour les interventions	38
Figure 1: Les types de handicap (PGPH, 2008)	15
Figure 2: Les mécanismes de communication.....	26

ABREVIATIONS

ABUBEF	Association Burundaise pour le Bien-Etre Familial
ABSL	Association Sans But Lucratif
ASC et RC	Agent de Santé Communautaires et Relais Communautaires
BSF	Bibliothèque Sans Frontière
CAP	Couple Année de Protection
CCSC	Communication pour le changement social et comportemental
CIP	Communication Interpersonnelle
CPN	Consultation Prénatale
CpoN	Consultation Post-natale
CVC	Compétences à la Vie Courante
DIU	Dispositif intra-utérin
DPS	Direction Provinciale de la Santé
EAJ	Espaces amis des jeunes
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
FAP	Femmes en âge de procréer
FS	Formation sanitaire
GIZ	Coopération technique Allemande
IEC	Information, Éducation, Communication
IPPF	International Planned Parenthood Fédération
IST	Infections sexuellement transmissibles
ISTEEBU	Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MCM	Méthodes contraceptives modernes
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PGP	Prévention des Grossesses Précoces
PMC	Population Media Center
PF	Planification Familiale
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PSI	Population Services International
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RSPSJ	Reseau sociocommunautaire pour la promotion de la santé des jeunes
SDSR	Santé et des droits sexuels et reproductifs
SR	Santé reproductive

SSR	Santé sexuelle et reproductive
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SRMNI	Santé Reproductive Maternelle Néonatale et Infantile
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Jeunes et des Adolescents
TPS	Techniciens de Promotion de la Santé
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSBG	Violence basée sur le genre

1 RESUME EXECUTIF

Le Burundi fait partie des pays qui font face à une explosion démographique avec une croissance annuelle de la population de 2,6%¹ et un indice synthétique de 5.5 enfants par femme². Depuis 2014, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) à travers le Programme National de la 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 santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) adaptés à ces derniers. Cette politique a été concrétisée notamment par la mise en place des réseaux socio communautaires autour de centres de santé (CDS) « amis des jeunes » pour la promotion de leur santé. Dans ce contexte, le Burundi bénéficie de la Coopération Allemande d'un projet dénommé « Renforcement des structures de santé dans le domaine de la planification familiale et de la SDSR ». Dans le cadre de la phase 3, le projet visant à améliorer la SDSR par la promotion de l'offre et de la demande des services de SDSR, met en œuvre deux approches principales :

- CA1 Management de la qualité des services dans les CDS (Offre des services de qualité) et
- CA2 Réseautage socio-communautaire et collaboration avec les confessions religieuses.

Les principaux groupes cibles du projet sont les jeunes scolarisés et non scolarisés des deux sexes, les femmes en âge de procréer et les sous-groupes les plus vulnérables, comme les personnes vivant avec handicap (PVH), les Batwa et les jeunes mères célibataires. Le projet intervient dans trois provinces du pays, Mwaro, Muramvya et Gitega. Le projet a choisi la redynamisation des comités de réseautage des CDS amis des jeunes, la formation des prestataires des CDS à la SSRAJ et la réalisation des séances de communication pour le changement social et comportemental (CCSC).

Après 4 ans de soutien à la mise en œuvre de cette approche par le projet SDSR, il s'avère nécessaire de mettre en place, une stratégie de communication spécifique pour les adolescents (10-19 ans) et jeunes adultes (20-24 ans) tenant compte des besoins spécifiques de certains sous-groupes vulnérables.

La mission a été basée sur les résultats préliminaires de l'étude de base sur les connaissances, attitudes, pratiques des jeunes et adolescents de 10 à 24 ans en matière de SDSR, menée en 2019 dans les provinces de la zone d'interventions de la GIZ. Additionnellement, des focus groups avec les cibles, les prestataires des CDS et des membres des réseaux sociocommunautaires, et des entretiens avec le service IEC du PNSR, et les représentants des partenaires ont été réalisés. Les matériels éducatifs existants ou en cours de production ont été analysés. Plusieurs ateliers internes ont été organisés pour identifier les axes stratégiques et élaborer un plan de communication avec un calendrier et un budget provisoire. Pour récolter les différentes perspectives sur le draft de la stratégie de communication un atelier avec les partenaires a été réalisé.

La stratégie de communication prévoit les axes de communication suivants:

- Axe 1: Renforcement des capacités du personnel du projet GIZ SDSR, des partenaires et des prestataires des CDS

¹ ISTEEDU, UNFPA : Projections démographiques 2010-2050 niveau national et provincial, Avril 2017

² EDSB-III, Mai 2017

- Axe 2: Renforcement des capacités et communication pour le changement social et comportemental en milieu scolaire
- Axe 3: Renforcement des capacités et communication pour le changement social et comportemental au niveau de la communauté

Le cœur de la stratégie de communication est l'amélioration de la communication entre les jeunes et le système de santé local que ce soit :

- Lors des consultations au CDS ;
- Lors des séances de CCSC ;
- Pour une meilleure prise en compte de leurs besoins lors de la planification et l'amélioration des services de SSRAJ (promotionnels, préventifs et curatifs)

Le moteur de cette stratégie est le réseau sociocommunautaire pour la promotion de la santé des jeunes (RSPSJ) autour du CDS, et parmi les activités phares sont la mise en place d'un système d'écoute réactif, les séances de CCSC en milieu scolaire et compétitions interscolaires à travers les animateurs et pairs éducateurs dans les écoles, et au sein de la communauté à travers les animateurs communautaires auprès des groupements et associations. Ces interventions seront accompagnées par le renforcement des capacités des acteurs clés, tels que les prestataires, les membres des comités des réseaux, les animateurs communautaires, scolaires, et certaines catégories de pairs éducateurs comme les jeunes mères célibataires, les jeunes leaders des clubs confessionnels (Ndemeshabuzima), et de jeunes pairs éducateurs vivant avec un handicap. Afin d'atteindre particulièrement certains groupes ayant des besoins spécifiques en SSR, des activités de CCSC dans les communautés Batwa et dans les centres de prise en charge des PVH seront organisées.

2 CONTEXTE

2.1 La situation en SDR au Burundi

Selon les projections démographiques de l'Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi (ISTEEBU), le Burundi, avec une population d'environ 12 millions d'habitants, a une densité de population de 442 habitants au km² et un taux de croissance démographique de la population de 2.6%³, est confronté à une très forte pression démographique. Plus de 90 % de la population vit en milieu rural. Les moins de 15 ans représentent 49% de la population totale⁴ et les jeunes et adolescents de 15 à 24 ans représentent 19,29%.

Leur accessibilité aux services de santé reste faible (34%) et leur santé reste marquée par la précocité de la vie sexuelle caractérisée par des relations sexuelles instables avec multiple partenaires, une précocité des rapports sexuels alors que l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est minime: 13% des jeunes dont 1,3% chez les 15-19 ans et 11,7% chez les 20-24 ans⁵. Cette précocité de l'activité sexuelle est à l'origine du nombre élevé de grossesses en milieu scolaire. La proportion de jeunes femmes de 15-19 ans ayant commencé leur vie procréative varie de moins de 1 % à l'âge de 15 ans à 29 % à l'âge de 19 ans selon l'EDS III 2016-2017. Selon les chiffres contenus dans les rapports du Ministère de l'éducation en 2013, un total de 1994 cas de grossesses non désirées en milieu scolaire a été rapporté⁶ ; ce nombre a augmenté au cours de l'année scolaire 2015-2016 passant à 2208 cas. Ce même rapport indique que 16 % des élèves qui réintègrent l'école le font après abandon scolaire suite aux grossesses non désirées.

Ces grossesses précoces et non-désirées conduisent aux avortements clandestins, infanticides, décès maternels, fistules obstétricales, abandons d'enfants ou aux mariages précoces⁷ tous les facteurs étant ainsi réunis pour entraîner une mortalité maternelle et infantile élevée chez les adolescentes.

Le niveau de connaissance des méthodes de prévention du VIH et des maladies sexuellement transmissibles demeure faible. L'accès aux services de santé sexuelle et de reproduction, qui pour la plupart, ne leur sont pas adaptés demeure un secteur à améliorer. En outre, les adolescents et les jeunes sont exposés à d'autres problèmes tels que la malnutrition, l'usage d'alcool, du tabac et d'autres substances psycho-affectives.

Concernant les violences basées sur le genre (VSBG), toujours selon l'EDBS-III, 36% des femmes et 32 % des hommes âgés de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans. Près d'un quart des femmes (23 %) et 6 % des hommes âgés de 15 à 49 ans ont subi des violences sexuelles. Dix pour cent des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des actes de violence physique au cours d'une grossesse. Pour toutes les violences subies, seulement 35% des femmes ont cherché de l'aide pour mettre fin à la violence.

³ ISTEEBU, UNFPA : Projections démographiques 2010-2050 niveau national et provincial, Avril 2017

⁴ EDSB-III, Mai 2017

⁵ Stratégie National de la Santé des Adolescents au Burundi, Nov. 2015

⁶ Etude sur les grossesses en milieu scolaire, Novembre 2013, Ministère de la Santé Publique en appui avec l'UNFPA

⁷ Etude sur les grossesses en milieu scolaire, Novembre 2013, Ministère de la Santé Publique en appui avec l'UNFPA

C'est dans ce contexte que depuis quelques années, le MSPLS avec l'appui de ses différents partenaires, continue à consentir beaucoup d'efforts, pour améliorer les services de soins de santé des adolescents et des jeunes mais pour l'instant ni les ressources disponibles, ni le système scolaire, ni le système de santé ne peuvent suivre le rythme. Les acteurs importants ne sont pas en mesure d'assurer le paquet d'interventions essentielles en SRMNIA défini dans le plan stratégique national de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (PSN-SRMNIA : 2019-2023)⁸ ni de développer davantage les mesures de formation et de perfectionnement nécessaires et d'assurer la coordination et le pilotage des interventions des donateurs correspondants.

2.2 Le projet GIZ Santé

Depuis 2014, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) à travers le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) met en œuvre une politique visant l'amélioration de la SSRAJ par la promotion de la demande et de l'offre des services de SDSR adaptés à ces derniers. Cette politique a été concrétisée notamment par la mise en place des réseaux socio-communautaires autour de CDS « amis des jeunes » pour la promotion de leur santé⁹. Ces CDS sont censés réorganiser leurs services pour un meilleur accueil des jeunes et des prestations de qualité à travers un réaménagement des horaires avec des plages réservées aux jeunes, un personnel qualifié et bien formé à la SSRAJ et une disponibilité des produits contraceptifs. Le réseautage socio-communautaire consiste à créer autour des CDS un cadre de partenariat qui réunit les professionnels de santé et les acteurs de la communauté (élèves, enseignants, jeunes, parents, leaders religieux, communautaires, responsables administratifs, etc.). L'implication des écoles et des associations de jeunes contribue à améliorer l'offre des services de santé sexuelle des adolescents et des jeunes.

Dans le cadre de la Coopération Allemande au Burundi, un projet de « Renforcement des structures de santé en particulier dans le domaine de la planification familiale et de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) » y est mis en œuvre. Dans le cadre de la phase 3 de ce projet, la GIZ utilise diverses approches en vue d'améliorer la situation démographique et sanitaire du pays, et les met en œuvre à travers deux champs d'action :

- CA1 : Amélioration de la qualité des soins à travers l'approche Concours Qualité, notamment en matière d'hygiène, de sécurité, et d'accueil des patients, accessibilité des services, et certaines thématiques spécifiques SSR telles que la CPN recentrée, les VSBG, la planification familiale, la prise en charge des IST
- CA2 : Amélioration de la collaboration entre les CDS et la société civile à travers le réseautage socio-communautaire pour la promotion de la SSRAJ.

Les principaux groupes cibles du projet sont les adolescents et les jeunes scolarisés et non scolarisés des deux sexes, les femmes en âge de procréer et certains groupes vulnérables, comme les PVH ou la population autochtone Batwa.

Le projet intervient dans les provinces de Mwaro, Muramvya et deux districts sanitaires de Gitega (Gitega et Kibuye). Ses partenaires principaux dans la mise en œuvre des activités sont le PNSR, les structures déconcentrées au niveau provincial et de district ainsi que les CDS. D'autres partenaires sont des organisations non gouvernementales (ONG) locales SERVICE YEZUMWIZA,

⁸ PNSR : Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescents, PSN-SRMNIA : 2019-2023, p15

⁹ PNSR : Directives de Mise en Place et de Fonctionnement d'un Centre de Santé Amis des Jeunes

NTURENGAHO et FVS-Amie des Enfants ainsi que le Réseau des Confessions Religieuses pour la Promotion de la Santé et pour le Bien-Etre intégral de la Famille (RCRBIF).

A travers ses deux champs d'action, le projet vise à améliorer l'offre de services SSR et SSRAJ et déjà réalisé 3 cycles de concours qualité dans 90 CDS, redynamisé les réseaux socio-communautaires autour de 29 CDS, formé des formateurs, des prestataires de soins, des animateurs scolaires et communautaires, des jeunes leaders des confessions religieuses sur des thématiques de SSR comme la PF, IST/VIH, Genre, prévention et prise en charge des VBSG et mené de nombreuses activités d'éducation et de sensibilisation à la SSRJ auprès des jeunes. On peut citer en exemple, l'appui à l'association de jeunes mères célibataires dans la province de Mwaro, qui a été accompagnée dans la réalisation de séances d'éducation des jeunes dans les écoles.

Après 4 ans d'activités et sur base des leçons tirées, il s'avère nécessaire de mettre en place une stratégie de communication efficace et inclusive en SSR pour les adolescents et jeunes de 10-24 ans et les groupes souvent difficiles à atteindre, comme les PVH et les Batwa.

La stratégie de communication du projet devrait contribuer aux trois indicateurs du module :

1. Le nombre de Couple Année de Protection (CAP) augmente dans chaque province (Mwaro, Muramvya et Gitega) de 2 % par an ;
2. Dans 90 % des CDS soutenus, deux personnels techniques (équivalent de postes à plein temps) sont qualifiés en SDSR de manière complète ;
3. 50% des jeunes scolarisés et 40% des jeunes non scolarisés, des deux sexes (50% féminine, 50% masculin), ont une bonne connaissance des IST, du VIH et SIDA et des VSBG.

Conformément à l'indicateur 3.2. du résultat 3 du projet, au moins 20 % des activités qui sont organisées par les réseaux doivent s'adresser aux jeunes qui ne vont pas à l'école, aux PVH et aux membres de l'ethnie Batwa, et elles sont sensibles au genre.

3 ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE

3.1 But

Le but ultime de la stratégie de communication avec les jeunes et adolescents sur la SSR du projet GIZ Santé au Burundi est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la reproduction de la population et plus particulièrement des adolescentes et jeunes scolarisés et non scolarisés des deux sexes de 10 à 24 ans et les groupes souvent difficiles à atteindre, comme les PVH ou les Batwa.

3.2 Objectifs

Les objectifs de cette stratégie consistent à :

1. Améliorer la communication des prestataires de soins avec les jeunes et les personnes ayant des besoins spécifiques en matière de SSR
2. Augmenter la fréquentation des services SSR (PF, IST/VIH, VSBG...) et la demande de produits contraceptifs
3. Promouvoir parmi les jeunes de bonnes connaissances en SSR et des comportements sans risques en matière de SSR.

3.3 Méthodologie

La mission pour l'élaboration de la stratégie de communication s'est déroulée entre le 1 septembre et le 30 décembre 2019 et a été réalisée par une consultante internationale (9 jours à distance et 9 jours au Burundi) et une consultante nationale (10 jours). Elle comprenait les étapes suivantes :

1. Réalisation d'une revue de la documentation pour premièrement analyser l'orientation stratégique et programmatique en rapport avec la stimulation de la demande des services de SDSR au Burundi et deuxièmement collecter les pratiques et leçons apprises des projets comparables dans autres pays et autres contextes ;
2. Analyse des résultats préliminaires de l'étude de base sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) en matière de SDSR pour connaître les raisons des groupes ciblés qui favorisent ou défavorisent l'utilisation des services SDSR et les segmenter en sous-groupes pour en extrapoler les axes stratégiques ;
3. Organisation par la consultante nationale des focus groupes avec les jeunes scolarisés et non scolaire des deux sexes pour approfondir les résultats de l'étude CAP ;
4. Organisation par la consultante nationale des entretiens avec (1) la direction technique du PNSR et le service IEC pour analyser l'orientation stratégique et programmatique en rapport avec la stimulation de la demande des services de SDSR au Burundi et (2) les acteurs au niveau périphérique (district sanitaire, prestataires de santé, comité des réseaux) pour comprendre comment les activités promotionnelles sont réalisés sur le terrain et collecter leurs idées ;
5. Organisation des entretiens avec des représentants des partenaires intervenant dans la domaine SDSR dans la zone d'intervention du projet pour analyser l'étendue des activités de communication sur la SDSR en cours au Burundi et pour sonder leur intérêt, besoins et capacités pour participer aux efforts de la stimulation de la demande des services SDSR dans leur communauté ;
6. Analyse de la vue ensemble des matériels éducatifs existants ou en cours de production afin de faire des propositions sur les adaptations ou de nouveaux outils à élaborer ;
7. Organisation des ateliers internes pour identifier les axes stratégiques, les outils de communication et les messages clés appropriés par groupe cible, et pour élaborer un plan de communication avec un calendrier et un budget provisoire ;
8. Organisation d'un atelier de mise au niveau avec les partenaires afin de stimuler une discussion et récolter de façon participative les différentes perspectives sur le draft de la stratégie de communication élaboré ;
9. Rédaction de la proposition de stratégie de communication.

4 ANALYSE DE LA SITUATION

Afin d'identifier les mécanismes, canaux de communication et messages appropriés, les groupes cibles du projet et leur comportement ont été analysés. De même que le nombre de personnes à atteindre par groupe cible spécifique a été estimé pour estimer les coûts prévisionnels des différentes activités. La politique nationale de communication en matière de SR, les interventions des partenaires et le matériel existant ont été pris en considération. Entre autres documents de référence, les résultats préliminaires de l'étude CAP ont été examinés pour mieux dégager les facteurs socio-culturels influençant le comportement des jeunes.

4.1 Cadre politique et stratégique

La **Politique Nationale de Santé 2016-2025** place la santé et le bien-être de la population burundaise au cœur du développement du pays. En rapport avec l'objectif général 3 de '*renforcer la collaboration intersectorielle pour une meilleure sante*', le domaine prioritaire 1 prévoit l'amélioration de la qualité perçue des soins et services de sante par les populations cibles et l'information correcte du public et du patient sur les soins et les services de santé disponibles.

Le plan stratégique national de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents 2019-2023 (PSN-SRMNIA), cadre de référence pour toutes les interventions en santé reproductive au Burundi, relève les défis suivants en lien avec la communication :

Défis liés à la santé des adolescents et jeunes en lien avec la CCSC : (i) l'insuffisance des services d'information, et d'offre des soins adaptés aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes avec extension de l'offre de services SSRAJ; (ii) l'insuffisance des services de santé et d'information dans les établissements scolaires et universitaires; (v) Faible participation effective des jeunes dans le planning, mise en oeuvre et suivi & évaluation des programmes de santé.

Défis liés à la faible participation de la communauté la faible promotion des paquets de services de la SRMNIA, (ii) l'insuffisance en qualité et en quantité de sensibilisation sur les fléaux sociaux (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, SVBG, VIH, grossesses précoces) surtout chez les adolescents; (ii) l'insuffisance des outils de communication sur la SRMNIA ; (iii) la faible communication en rapport avec les VSBG ; et (iv) la faible participation de la communauté dans l'amélioration des conditions sanitaires de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

Pour accompagner la population burundaise à faire face aux problèmes liés à la surpopulation, notamment l'extrême pauvreté et la forte mortalité infantile, le PNSR dans la **Stratégie Nationale de Communication en Santé de la Reproduction** (2009-2013) entendait renforcer l'approche Information Education et Communication IEC dans le domaine spécifique de la communication pour le changement social et comportemental (CCSC). Bien que non actualisée, cette stratégie de communication contient des points toujours pertinents pour la situation actuelle au Burundi. Parmi les défis pouvant être relevés par la CCSC ressortait une société où les tabous, les rumeurs, les barrières socioculturelles relatifs à la SR persistent et la faible implication des décideurs, des leaders d'opinion et de la communauté. Conscient de ces problèmes, le PNSR a dès lors mis le renforcement de sa composante de la planification familiale dans ses priorités, par des actions de communication visant :

- l'engagement politique et effectif des autorités au haut niveau, des leaders religieux et de la communauté ;
- le renforcement des capacités de communication et des aptitudes au dialogue communautaire des différents acteurs (prestataire, leaders, enseignants et parents) ;
- l'accroissement du taux de prévalence contraceptive par la promotion de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ;
- L'accroissement de la prise de conscience des personnes scolarisées, déscolarisées et non solarisées à l'adoption d'un comportement sexuel à moindres risques par des actions de CCSC appropriées.

4.2 Diagnostic des interventions de communication SSRAJ

L'offre de services et soins conviviaux et adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes est organisée au niveau des centres pour jeunes et quelques établissements scolaires, membres des RSPSJ en général et à travers les quelques 189 CDS¹⁰ amis de jeunes et les 7 cliniques SR de l'ABUBEF en particulier.

De manière structurelle, les acteurs clés de la SRMNIA se répartissent en 3 catégories : organismes étatiques burundais, organisations internationales et ONGs nationaux.

Le MSPLS, notamment à travers le **PNSR** qui coordonne la mise en œuvre du PSN-SRMNIA. Il veille à la collaboration, la complémentarité et les synergies entre le MSPLS et les partenaires techniques et financiers. En termes de SSRAJ, le PNSR s'engage dans l'intégration de la PF, du VIH/SIDA, de la prise en charge des complications de l'avortement non médicalisé et de la violence sexuelle.

Certains Ministères, du fait de leurs attributions d'encadrement, de formation et de recherche ou de prise en charge des problèmes des femmes, des adolescents et des jeunes, sont des partenaires de la SRMNIA. Il s'agit entre autres des Ministères en charge de l'Education/ Enseignement, de la jeunesse, de l'intérieur, de la justice, de la sécurité publique, des Droits Humains et du Genre, de l'eau, de l'agriculture et de l'environnement.

Cordaid en consortium avec **Care**, **UNFPA**, **Rutgers** mettent en œuvre le Programme conjoint sur la santé sexuelle et reproductive, financé par l'Ambassade des Pays-Bas. Le programme vise à fournir une information et une éducation complètes sur ces sujets aux enfants et aux jeunes scolarisés et non scolarisés de 10 à 24 ans. Comme le projet SDSR de GIZ, les activités du programme conjoint visant à créer un environnement favorable à la SDSR, redynamiser les réseaux autour des CDS amis des jeunes, organiser des activités de renforcement de capacité et sensibilisation dans les CDS amis des jeunes, les club scolaires santé et les groupes de solidarités. Des outils de communication pour le changement de comportement sont produits et diffusés par les canaux de communication. CARE équipe les écoles et les CDS amis des jeunes en matériels attractifs pour les jeunes (TV et accessoires, radio, groupes électrogènes) et organise des caravanes musicales, théâtres interactifs. Ce programme couvre tous les provinces du Burundi. Dans les provinces du projet GIZ, CARE intervient à Gitega et CORDAID à Muramvya et Mwaro et couvre des réseaux autour des CDS différents de ceux du projet GIZ.

Population Services International (PSI)/Burundi : Organisation non-gouvernementale qui utilise une approche de marketing social et de communication pour changer les comportements et permettre à la population burundaise d'accéder aux services de santé, en particulier dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, du paludisme et du VIH. PSI est en charge d'assurer la disponibilité des produits contraceptifs, leur distribution et le counselling en PF. Le projet VIH/SIDA, ciblant les jeunes de 15 à 24 ans, promeut l'utilisation systématique du préservatif, l'abstinence et la fidélité mutuelle. Les activités de CCSC découragent les relations entre les hommes plus âgés et les jeunes femmes ("relations sexuelles intergénérationnelles") et encouragent les débuts sexuels retardés. PSI distribue des préservatifs Prudence et Prudence Class. Dans le cadre du projet PF et SR ciblant les femmes en âge de procréer, PSI dispose d'un réseau de 60 cliniques privées de franchise sociale dans les provinces de Bujumbura-Mairie, Ngozi et Gitega, sous une marque commune appelée Tunza. La priorité est donnée à la promotion des méthodes à long terme (DIU et implants), mais les pilules et injectables sont également disponibles dans les 60 cliniques. Les activités de CCSC passent par les

¹⁰ Données des routines du PNSR, 2018

médias de masse (radio, télévision, panneaux d'affichage), les agents de santé communautaire (ASC) (jeunes et associations existantes) et la messagerie technologique (SMS). Son émission phare « Tube Class », qui s'adresse aux adolescents et leur donne l'occasion de poser anonymement des questions sur la santé et les droits sexuels et génésiques, lui assure par exemple une couverture médiatique de 80 % au niveau national. Depuis 2013, sous financement de UNFPA, PAM, UNICEF et Ambassade des Pays-Bas, PSI soutient la série radiophonique « Agashi » (<http://agashi.org/>) à travers **Population Media Center** (PMC), qui couvre des sujets tels que la PF, la nutrition et la violence basée sur le Genre.

Bibliothèque Sans Frontière (BSF): BSF est une organisation soutenue entre autres par l'Ambassade des Pays-Bas. Depuis 2019, dans le cadre du projet Urwaruka Ruzi (*la jeunesse qui sait*), BSF a collecté, sur base d'une stratégie documentaire, compilé, organisé et intégré des ressources et contenus traitant du domaine de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) au Burundi et des pays francophones. Les contributeurs nationaux et internationaux sont multiples et sont reconnus par le Ministère de la Santé Publique et de lutte contre le Sida. Toutes les productions qui ont été intégrés parmi les ressources de BSF sont à ce jour validées par le Programme National en Santé Reproductive (PNSR). Depuis le début de l'année 2020, BSF a commencé à mettre à disposition des bibliothèques numériques (Ideas Cube) au service de la sensibilisation communautaire en SSRAJ au Burundi. Aujourd'hui, ces bibliothèques numériques sont en cours d'intégration au sein de 10 structures clés et actives dans le domaine de la SSRAJ (Centre de Santé pour Jeunes, structures scolaires, Associations...).

Au moment de la rédaction de cette stratégie de communication, 1.235 contenus ont été sélectionnés, compilés et intégrés sur l'interface Ideas Cube dont 425 sont des contenus exclusivement en rapport avec la Santé sexuelle et Reproductive (avec 53 % des contenus en Kirundi et 46 % en Français). Les contenus intégrés dans les serveurs Ideas Cube sont organisés de façon thématique et d'après la typologie des 8 piliers de la SSR au Burundi : la SSRAJ, la prévention et la prise en charge des IST et du VIH SIDA, La planification familiale, la santé maternelle, le dialogue familial au sujet de la SSR, les dysfonctionnements sexuels, les cancers gynécologiques, la prévention et la prise en charge des violences sexuelles basées sur le genre. Les contenus sont intégrés dans 31 paquets de contenus.

L'Association Burundaise pour le Bien-Etre Familial (**ABUBEF**), une organisation affiliée à l'IPPF, gère un grand nombre de services dans toute une gamme de domaines de la SDSR. Les espaces amis des jeunes (EAJ) d'ABUBEF offrent des informations et des conseils sur la sexualité, la prévention des grossesses non désirées, les troubles du cycle et les IST. Les jeunes peuvent également recevoir des services de PF, de dépistage volontaire, de soins prénatals et postnatals, de prise en charge des avortements non médicalisés. ABUBEF y est parvenu grâce à 18 points de service, y compris des cliniques fixes et mobiles et des services communautaires. On estime que 80 % de ses clients sont pauvres, marginalisés, exclus socialement et/ou mal desservis. Les bénéficiaires particuliers des services d'ABUBEF sont les jeunes vivant avec le VIH et le SIDA, les personnes déplacées à l'intérieur du pays, les femmes en âge de procréer, les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues et les enfants des rues. ABUBEF offre ses services grâce à une équipe dévouée qui comprend 81 employés et près de 500 bénévoles. 75 pairs éducateurs recrutés dans la communauté ou dans les écoles sont utilisés pour les activités d'IEC. Au niveau communautaire, ABUBEF utilise 2 ASC par "colline" pour les activités d'IEC et la distribution communautaire de contraceptifs.

NTURENGAHO mène des activités de prévention et de soins dans le domaine de SSRAJ et VSBG. Selon le Bilan SR 2017, NTURENGAHO a organisé des différentes séances d'IEC/CCSC sur la SR. La prévention de VSBG se fait par le biais d'activités d'IEC tandis que les victimes de violence sexuelle et sexiste reçoivent des soins psychosociaux et médicaux. NTURENGAHO fournit aux victimes de violence sexuelle des soins post-exposition pour les prévenir du VIH, des IST et des grossesses non désirées.

La **FVS**-Amie des Enfants s'est donné la mission de promouvoir la protection et la défense des droits de l'enfant au Burundi, améliorer l'accès à l'éducation et l'appui psychosocial des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV), renforcer les capacités économiques des ménages pour une prise en charge satisfaisante et durable des OEV, améliorer l'accès aux soins de santé des OEV et de leurs familles et contribuer à la lutte contre le VIH/SIDA. La FVS forme et encadre des groupes de solidarité qui pratiquent le système d'épargne et crédit qui s'appelle « Nawe N'uze » qui comprennent des membres tuteurs des OEV.

Le Service Yezumwiza (**SYM**) est une organisation des Jésuites du Burundi. Elle a pour mission de promouvoir la santé intégrale de la population par la prise en charge globale entre autre du VIH/SIDA et la promotion de la santé de la reproduction. Il exerce la plupart de ses activités dans la province de Bujumbura rural. Parmi les provinces du projet GIZ, il intervient dans la province de Muramvya.

Le Réseau des Confessions Religieuses pour la promotion de la Santé et le Bien Être Intégral de la Famille (**RCBIF**) est l'une des organisations qui se sont engagées contre la négligence de l'enfant. Le RCBIF émane de l'engagement des représentants légaux des Eglises catholique, Anglicane, Pentecôte et la communauté Islamique du Burundi qui ont signé une convention de partenariat les engageant à créer le Réseau des Confessions Religieuses de lutte contre le Sida et la promotion de la Santé (RCRSS, « Urunani NDEMESHABUZIMA » en Kirundi) qui a par la suite changé de nom. Elle s'intègre dans le domaine de la santé communautaire et du bien-être intégral de la famille.

L'Union des Personnes Handicapées du Burundi (**UPHB**) a comme vision de promouvoir une société où la personne handicapée est épanouie et participe pleinement au développement communautaire et national en jouissant de tous ses droits au Burundi. Avec ses partenaires, l'UPHB contribue à la défense et la promotion des droits des PVH et leur inclusion dans la vie socioculturelle, économique et politique pour le développement intégral. Le projet « Centre d'Encadrement Socioprofessionnel des Jeunes Handicapés » contribue au renforcement des capacités des personnes handicapées en général et des jeunes vivants avec handicap en particulier et met un accent particulier sur la SR.

L'Association Unissons-nous pour la Promotion des Batwa (**UNIPROBA**) est une organisation burundaise qui œuvre en matière de protection et de promotion des droits du peuple autochtone Batwa du Burundi. À travers la mobilisation communautaire, l'UNIPROBA informe, forme et sensibilise les Batwa sur leurs droits civils, politiques, sociaux, économiques et culturels.

Plus spécifiquement dans le domaine de la communication de masse, en plus de PMC cité plus haut (émissaires Agashi) :

YAGA (<https://www.yaga-burundi.com/>) est un Collectif d'une centaine de blogueurs qui s'emploient dans le changement des mentalités. Avec des activités *online* et *offline*, il offre un formidable espace de discussion et débats (ku-yaga en kirundi), en témoignent les 270.000 followers sur Facebook et plus de 21.000 sur Twitter.

Jimbere (<https://www.jimbere.org/>) est un Medium dont le contenu aborde l'actualité relative aux jeunes au Burundi, avec un accent particulier sur les filles/femmes. Publie en version papier (notamment via toutes les écoles fondamentales du Burundi), sur le digital (250.000 visites hebdomadaires sur Facebook et 34.000 quotidienne sur Twitter), avec des relais sur les radios. Cet acteur est également en partenariat avec l'Ambassade des Pays-Bas pour la gestion de **Share-Net Burundi**, qui est une plateforme de partage des connaissances sur la SDRS qui se focalise sur les jeunes. Sa mission est d'améliorer la SSR des Burundais à travers une communication ouverte, un partage de connaissances, une facilitation de la recherche et le plaidoyer réalisé à travers une mise en place d'une politique de santé adaptée.

TWUBAKE est une société de droit burundais ayant comme objectif la promotion des valeurs conjugales et familiales. Elle anime des dizaines de sessions de dialogue participatif (parents-enfants,

couples, dans les universités, etc), des activités pour la promotion d'une sexualité responsable, des conférences et séances de coaching, etc

4.3 Diagnostic des matériels de communication SDSR

Afin d'identifier le matériel disponible compte tenu de la population cible, la GIZ a établi une vue d'ensemble du matériel IEC/CCSC. Ce matériel n'est pas nécessairement disponible dans les CDS à réseaux et dans les CDS qui ont adhéré au Concours Qualité. Comme mentionné plus haut, la stratégie documentaire de BSF a permis d'identifier 425 contenus exclusivement sur la SSR, officiellement utilisables au Burundi (contenu validé et autorisé par PNSR), dont plus de la moitié en Kirundi.

Parmi les **manuels de formation et d'éducation**, on peut citer comme sources principales:

- *Le monde commence par moi*, développé avec l'appui du programme conjoint Menyumenyeshe (FNUAP, CARE, Cordaid, Rutgers), utilisé par le projet SDSR pour la formation des enseignants animateurs scolaires, avec des chapitres sur les techniques d'animation, la puberté, la sexualité, les grossesses, IST/VIH et VSBG. Le manuel manque des informations sur les Méthodes contraceptives modernes (MCM). Le manuel de l'élève est également disponible, en kirundi et en français.
- *Une Jeunesse Victorieuse*, développé par RCBIF avec l'appui du projet SDSR, utilisé pour la formation des jeunes leaders des confessions religieuses, avec des chapitres sur les techniques d'animation, et les thématiques de SRR (PF, IST/VIH et VSBG).
- *Compétences de vie courante, guide de formation des jeunes animateurs communautaires*, développé avec l'appui de UNICEF et revu par CORDAID, utilisé par le projet SDSR pour la formation des animateurs communautaires, avec des chapitres sur les compétences de la vie, la sexualité, IST/VIH. Le manuel manque des informations sur les techniques d'animation et les MCM.
- *Guide de counseling en SSRAJ en milieu scolaire*, pour les enseignants conseillers, développé avec l'appui du consortium de partenaires du programme conjoint Menyumenyeshe.
- *Livret du pair-éducateur en SSRAJ*, élaboré avec l'appui du FNUAP.

Boîtes à images: Il existe des boîtes à images, produites par PNSR avec l'appui de différents partenaires comme Engender Health, et CORDAID, CARE et PSI sur les grossesses non désirées, les différentes MCM, la prise en charge de leurs effets secondaires, les IST, le dialogue parents-enfants...etc.

Dépliants : PNSR, ABUBEF et PSI ont produit des dépliants sur la PF, les IST/VIH et les violences sexuelles.

Vidéos et audio: Il existe divers films et sketches vidéos, produits par le PNSR, CARE, ABUBEF, OMS, UNFPA, GIZ, GFA sur la PF, les IST, le VIH, les VBG (harcèlement, viol, mariages précoces). Quelques films sont sous-titrés en français, mais pas en Kirundi ce qui serait important pour permettre aux personnes malentendantes de suivre l'histoire. Il existe du contenu audio (audio drame, spot) produit par le PNSR. CARE et PSI ont des coopérations avec PMC pour diffuser des émissions AGASHI dans leurs zones d'intervention.

Affiches : PNSR, ABUBEF et PSI ont produit des affiches sur la PF, les IST/VIH et les violences sexuelles.

Jeux de cartes questions/réponses : CARE et ABUBEF ont produit des jeux de cartes question/réponse sur la PF et le VIH/SIDA.

La totalité des supports de sont pas accessibles aux PVH (aucun de contenu écrit n'est adapté en support braille ou adapté en contenu audio, les vidéos en kirundi ne sont pas sous-titrées) et aucun des supports ne fournit d'informations sur la communication spécifiquement appropriée aux personnes vivant avec un handicap (approche inclusive), ni sur les besoins spécifiques de ces personnes en matière de SSR.

4.4 Identification des groupes cibles

Le public-cible primaire se compose des personnes dont on veut modifier les conduites. En correspondance avec les indicateurs du module, les cibles primaires dans le focus de la stratégie de communication sont les adolescents et jeunes scolarisés et non scolarisés des deux sexes et les groupes vulnérables, comme les PVH ou les Batwa.

Il s'agit ici de déterminer les sous-groupes spécifiques en fonction de certains critères tels que l'âge, et la scolarisation. On part du principe à l'heure actuelle que les jeunes de 15-24 ans non scolarisés, qu'ils aient atteint ou non le secondaire, n'ont pas été exposés à un enseignement de qualité en matière de SSR car l'introduction de la SSR dans les curricula est relativement récente. On ne segmente donc pas en fonction du niveau scolaire atteint mais en fonction de si oui ou non, ils sont scolarisés et en fonction de leur âge. Dans le cadre de cette stratégie, un jeune non scolarisé est un jeune qui n'a jamais été à l'école ou qui est déscolarisé quel que soit le niveau d'étude atteint. L'intérêt étant d'identifier où (lieux d'intervention) et comment (canaux) cibler ces différentes catégories de jeunes.

Dans le groupe des jeunes scolarisés, on distingue entre autres les jeunes scolarisés au primaire (avant 7^{ème} année fondamentale) et les jeunes scolarisés au secondaire (à partir de 7^{ème} année fondamentale), en partant du principe que les jeunes scolarisés au primaire ont en majorité moins de 14 ans.

Dans le groupe des jeunes non scolarisés, une attention particulière est accordée aux mères célibataires, non seulement parce qu'une fois enceintes, elles sont exclues du système scolaire et de leur communauté, des actions spécifiques pour la promotion de leur santé sexuelle et reproductive sont donc nécessaires, mais aussi parce qu'elles peuvent jouer un rôle majeur en tant qu'acteur de changement.

Il est à noter que cette stratégie poursuit une approche inclusive : les PVH sont considérées comme des personnes qui font intégralement partie des autres groupes, notamment les jeunes scolarisés et non scolarisés, les mères célibataires et les Batwa. Il est conseillé de promouvoir une société où la PVH participe pleinement au développement communautaire, et contribue à la promotion des droits des PVH et leur inclusion dans la vie socioculturelle, économique et politique pour le développement intégral.

Les cibles secondaires, se compose des personnes qui vont faire passer les messages au public-cible primaire, dispenser les services, pour informer, sensibiliser ou/et pour créer un environnement favorable à la mise en œuvre des différents volets de la SR, les enseignants et/ou animateurs scolaires, les prestataires de santé dont les techniciens de la promotion de la santé (TPS) et agents de santé communautaire (ASC) et les autorités, le personnel des ONGs partenaires et les journalistes.

Les cibles tertiaires sont ceux ou/et celles qui peuvent faciliter le processus de communication et le processus de changement de comportement : les responsables politico-administratifs, mais aussi, plus près des jeunes, les parents et l'entourage familial, les leaders d'opinion.

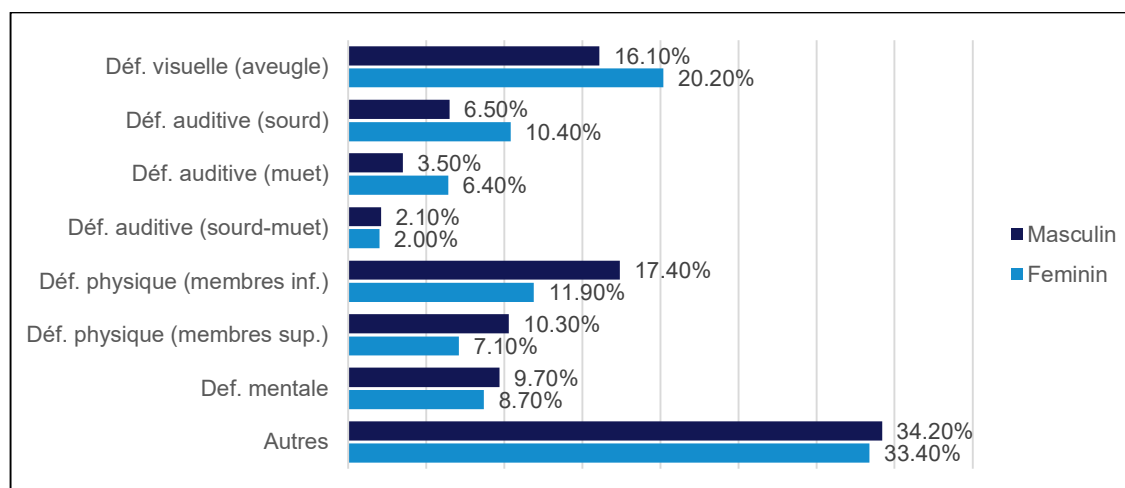
Les données issues du Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2008 (RGPH 2008) révèlent une population de 8.053.574 en 2008, dont 1.290.955 dans les provinces Gitega, Muramvya et Mwaro. Les projections réalisées par l'Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi (ISTEEBU) estiment la population totale 12.044.164 habitants en 2019, et pour les provinces de Gitega, Muramvya et Mwaro à 1.930.630. Basé sur cette projection et supposé que la proportion des jeunes soit égale à celle en 2008, il y a actuellement 654.484 jeunes dans les trois provinces du projet.

Tableau 1: Le nombre des cibles en besoin des services de SR par sous-groupes spécifiques

Sous-groupes de la population cible	Nombre	Source
Population de Gitega, Muramvya, Mwaro	1.930.630	Projection du RGPH, 2008
Jeunes (33,9% de la population)	654.792	
PVH (3,2% de la population)	64.033	Projection du RGPH 2008
Batwa (1% de la population)	19.306	Plan de développement des groupes vulnérables, 2012

Le recensement de 2008 a permis de dénombrer 287.046 PVH au Burundi, dont 42.817 dans les provinces Gitega, Muramvya et Mwaro. En extrapolant cette valeur à la projection de 2019, il y a actuellement 64.033 PVH dans ces trois provinces. Selon le RGPH 2008, la majorité des PVH ont des déficiences physiques (23,1%), suivi par ceux avec des déficiences visuelles (18,3%), les déficiences auditives (15,6%) et les déficiences mentales (9,2%).

Figure 1: Les types de handicap (PGPH, 2008)



Les Batwa constituent un groupe minoritaire et autochtone du Burundi. Selon le *Plan de développement des groupes vulnérables dont les Batwa* (2012), ils représentent environ 1% de la population nationale et sont répartis sur tout le territoire avec une plus grande concentration dans les provinces de Cibitoke, Gitega, Kayanza, Ngozi et Bujumbura rural. Prenant ces valeurs comme base, il y a environ 19.306 Batwa dans les trois provinces du projet.

4.5 Compréhension des groupes cibles

L'analyse des groupes cibles se base sur les documents stratégiques disponibles pour le Burundi, sur la documentation disponible d'autres projets similaires, les résultats de l'étude CAP menée en 2019 dans la zone d'intervention du projet sur un échantillon de 1.812 jeunes et adolescents, l'expérience tirée de l'implémentation du projet jusqu'à maintenant, ainsi que les résultats d'une évaluation à mi-parcours sur les connaissances des jeunes réalisée en janvier 2021. Pour précision, cette évaluation à mi-parcours, moins exhaustive que l'étude CAP, se concentrait spécifiquement sur les jeunes touchés par les interventions des réseaux sociocommunitaires et non pas tous les jeunes de la zone du projet, ce qui permet de mieux mesurer l'impact des interventions du CA2.

4.5.1 Groupes cibles primaires

4.5.1.1 Jeunes scolarisés et non scolarisés

De manière générale, on constate un **manque de connaissances en SSR** chez les jeunes quelque soit la tranche d'âge ou la scolarité. Selon l'étude CAP de 2019 et l'évaluation mi-parcours de 2021, il semble que l'enseignement apporté à l'heure actuelle en milieu scolaire selon le curriculum en vigueur ne permet pas aux jeunes de détenir l'information nécessaire à l'âge opportun, en particulier concernant le cycle menstruel, la gestion des menstruations (hygiène menstruelle), prévention des grossesses précoces, ainsi que les notions de Genre et VBG.

Prévention des Grossesses Précoces (*PGP*)/Planification familiale (*PF*)/MCM :

<u>10-14 ans</u>	97% des jeunes garçons et 84,3% des jeunes filles interrogés lors de l'étude CAP 2019 n'ont jamais entendu parler de menstruations . Le niveau de connaissance sur les menstruations est très faible quelque soit le niveau de scolarisation. Parmi ceux ayant déjà entendu parler de relations sexuelles, presque la moitié (44,7%) ignorent qu'un 1 ^{er} rapport sexuel peut entraîner une grossesse et 99,1% ne connaissent pas la période féconde du cycle menstruel. La quasi-totalité des jeunes de 10-14 ans interrogés lors de l'enquête CAP n'a jamais entendu parler de méthodes contraceptives qu'ils soient scolarisés ou pas. Ce point est confirmé par l'évaluation à mi-parcours, selon laquelle 8,5% seulement des jeunes de 10-14 ans ont de bonnes connaissances sur la PGP et 4,5% sur les MCM.
<u>15-19 ans</u>	52,9% des jeunes garçons interrogés n'ont toujours pas entendu parler de menstruations, contre 10,8% des jeunes filles de la même tranche d'âge (étude CAP 2019). Seulement 36,4% affirment avoir déjà entendu parler de MCM. En 2021, seulement 18,6% ont de bonnes connaissances sur la PGP et seulement 6,1% sur les MCM.
<u>20-24 ans</u>	Il reste encore 21,7% des jeunes hommes interrogés qui déclarent ne pas entendu parler de menstruations et 27,5% qui déclarent ne jamais avoir entendu parler de méthodes contraceptives

Les jeunes ayant un niveau de formation ne dépassant pas la 6^{ème} année n'ont encore rien appris à l'école en matière de SDRS car ce programme commence seulement à partir de la 7^{ème} avec les notions de puberté et les changements de l'organisme qui l'accompagnent. A titre d'illustration, 39,7 % de ceux qui ont le niveau inférieur à la 6^{ème} année (scolarisés et non scolarisés) ne savent pas qu'une fille peut tomber enceinte lorsqu'elle a des rapports sexuels pour la première fois.

On relève une **attitude négative vis-à-vis de l'usage des méthodes contraceptives**, indépendamment de l'âge, du sexe et de la scolarité et donc indépendamment de l'exposition actuelle aux informations et services de SSR y compris le PF. On note entre autres la **peur des effets secondaires** (évaluation à mi-parcours : 62,7% des jeunes pensent que les MCM provoquent des avortements et

peuvent disparaître dans le corps), l'attitude que les **MCM sont seulement pour les couples mariées** ou ceux qui ont déjà eu des enfants.

Quelle que soit la tranche d'âge et le niveau d'étude atteint, les jeunes interrogés sont peu nombreux à **connaître l'existence des CDS amis des jeunes** (21,1 %), et ils ont une perception négative de l'accueil par les prestataires de soins.

Peu ou pas de **dialogue avec les parents autour de la SSR** : Lors des focus groupes, les jeunes ont affirmé ne pas discuter des questions de SSR avec leurs parents. Mais l'évaluation à mi-parcours a montré que 77,8% des jeunes interrogés estiment que la discussion en famille des questions relatives à la sexualité ne va pas les pousser à s'intéresser au sexe.

Faible implication et **faible participation active des jeunes** pour des activités touchant à la SSR : Seuls 7,1% des jeunes de l'échantillon ont déjà entendu parler de méthodes contraceptives ont affirmé avoir été mobilisé dans une activité en rapport avec la contraception. On les sollicite comme bénéficiaires/réциpiendaires pour leur transmettre des informations mais on ne les implique pas en tant qu'acteurs dans la planification et la réalisation d'activités autour des questions de SSR.

IST :

Seuls 41,2% des jeunes interrogés lors de l'étude CAP 2019, ont de **bonnes connaissances sur les IST**. Les IST les plus connues sont le VIH, suivi de très loin par la blennorragie et la syphilis. Les jeunes et adolescents disposent en grande proportion de connaissances insuffisantes sur les IST. Selon l'évaluation à mi-parcours 32% des jeunes de 10-24 ans de l'échantillon ont de bonnes connaissances des ISTs, 25,9% des jeunes non scolarisés et 36% des jeunes.

Les 10-24 ans ayant plus de 6 ans de formation fondamentale sont les plus informés, ce qui montre que l'information parvient aux jeunes majoritairement en milieu scolaire et au cours du secondaire. Le peu de jeunes qui ont entendu parler d'IST reçoivent principalement l'information **à l'école**.

L'attitude stigmatisante envers les IST et le VIH est marquée mais diminue avec l'âge. Le stigma autour des IST semble plus fort que concernant le VIH/SIDA, mais dans un cas comme l'autre le risque d'exclusion sociale est élevé pour une personne infectée.

Les sources d'information citées sont principalement :

- L'école
- Les amis et les parents
- La radio/TV

Le CDS n'est pas cité parmi les sources principales d'information sur les IST

VIH/SIDA spécifiquement :

En termes de bonnes connaissances, les indicateurs sont très faibles selon l'étude CAP de 2019 avec seulement 16,7% des 10-24 ans ayant de bonnes connaissances, 25,4% des 15-19 ans et 36,7% des 20-24 ans.

Mais les résultats de l'évaluation à mi-parcours montrent des chiffres nettement meilleurs avec 46,9% des jeunes qui ont de bonnes connaissances sur le VIH/SIDA, et des proportions relativement proches pour les jeunes scolarisés (49,6%) et non scolarisés (42,6%). Les critères d'évaluation de ces connaissances sur le VIH étaient les mêmes pour l'étude CAP et l'évaluation mi-parcours, mais rappelons que l'échantillonnage de l'évaluation à mi-parcours a ciblé les jeunes touchés spécifiquement par les interventions de l'approche réseautage.

En terme de connaissance et d'utilisation des services CDV, selon l'étude CAP 2019, 52,4 % des jeunes interrogés affirment qu'il est possible de faire un test de dépistage du VIH dans leur localité et

qu'il est possible d'avoir un test confidentiel. Parmi ces derniers, 28,4% ont déjà fait un test du VIH pour la plupart volontaire. Parmi ceux qui ont fait le test, 98,1% sont aller chercher le résultat.

Comparativement à la contraception, au sujet de laquelle les pairs étaient cités comme interlocuteurs privilégiés, on constate ici que seulement 5,2% des jeunes interrogés demanderaient conseil aux ami(e)s.

L'animateur communautaire semble avoir une certaine importance dans les activités dans le cas du VIH. Il est cité par les répondants lors de l'étude CAP comme un relai entre les prestataires de soins et les utilisateurs des services.

Une observation basée sur les résultats de l'évaluation mi-parcours 2021 est que les proportions des jeunes ayant de bonnes connaissances du VIH/SIDA sont nettement plus élevées pour les jeunes déscolarisés au-delà de la 6^{ème} (70,8% chez les garçons et 49,6% chez les filles). La proportion pour les « jamais scolarisés » reste faible à 26,1% pour les garçons et 28,6% pour les filles. Ce qui montre que l'accès à l'information concernant le VIH/SIDA se fait principalement en milieu scolaire.

VSBG :

Par rapport aux VSBG, 6,8% des jeunes enquêtés lors de l'étude CAP affirment avoir vécu des gestes et paroles à caractère sexuel (4,2% des garçons, 9,0% des filles). Les violences subies sont principalement déclarées chez les parents, les enseignants et **la plupart des violences sont jugées banales et la victime préfère se taire**. Les obstacles principaux à l'utilisation des services de prise en charge de VSBG sont le **manque de connaissance et l'attitude négative des différents interlocuteurs** envers une victime de VSBG. Seulement 28,0% des jeunes de l'étude ont entendu parler de VSBG. Il convient toutefois de noter que la plupart des jeunes n'est **pas conscient du spectre des types de VSBG**. Pour la plupart, VSBG est synonyme de viol. 27,5% pensent qu'une femme est punissable quand elle commet des fautes. Et enfin, seuls **28,0 % des jeunes** de l'étude CAP **ont entendu parler de VSBG**¹¹

Parmi les jeunes ayant atteint le secondaire ou même terminé leurs études, seuls 22,4% citent deux exemples de VSBG.

Parmi les facteurs favorisant les VSBG sont cités les facteurs culturels, notamment :

- Une éducation basée sur des inégalités de genre et défavorable à l'émancipation des filles, **Le manque de communication parents-enfants**
- **L'utilisation mal encadrée des technologies de l'information et de la communication** (TIC) par les jeunes les exposant à des phénomènes néfastes tels que la commercialisation de la sexualité et la « consommation sexuelle » qui influencent potentiellement leur perception des normes sociales en matière de sexualité (hypersexualisation)

Un exemple illustrant les facteurs culturels liés aux inégalités de genre se trouve dans le fait que **27,5% des jeunes pensent qu'une femme est punissable physiquement en cas de faute**. Une étude a été menée par le projet en 2019¹² ayant conduit à l'identification de 3679 jeunes femmes mères célibataires et à l'analyse de leur profil, a mis en évidence que **76,1% d'entre elles avaient eu des rapports sexuels sans consentement**.

¹¹ Question 401 du questionnaire de l'enquête CAP. « Avez-vous déjà entendu parler de violences sexuelle et basées sur le genre ? » *Mwoba mumaze kumwa ivyerekeye amabi afatiye ku gitsina ?*

¹² Septembre 2019, **Rapport d'analyse du profil des mères célibataires identifiées dans les** aires de responsabilité des 29 CDS à réseau appuyés par la GIZ/SDSR

L'évaluation à mi-parcours montre des résultats peu satisfaisants avec seulement 14,3% des jeunes qui ont de bonnes connaissances sur les VSBG, les jeunes de 20-24 ans sont particulièrement peu nombreux à avoir de bonnes connaissances (9%), en comparaison des plus jeunes de 10-14 ans qui sont 25,4% à avoir de bonnes connaissances.

4.5.1.2 Personnes vivant avec un handicap

Les PVH font partie des jeunes scolarisés, des jeunes non scolarisés, des mères célibataires et des personnes de l'ethnie Batwa mais nécessitent une analyse particulière notamment de part leur vulnérabilité spécifiquement liée à leur handicap. Les résultats des études spécifiquement sur les PVH montrent des particularités qui guident la stratégie de communication. Selon le RGPH 2008, on constate que le taux d'analphabétisme est plus élevé chez les PVH (76,0%) comparés à la population générale (57,5%). Environ deux tiers (62,6%) des PVH n'ont aucune instruction. Beaucoup des familles cachent les PVH et surtout les enfants avec handicap chez eux. L'attitude négative de la population envers les PVH les rend spécifiquement vulnérables aux violences. Selon l'étude CAP sur les VSBG chez les PVH au Burundi réalisé par Handicap International en 2009, 48.7% des PVH ayant déjà subi des violences sont les personnes avec des déficients mentaux. Seulement 15.2% des PVH victimes de viols ont porté plainte et 9.5% ont contacté un centre hospitalier. Les obstacles principaux de ne pas fréquenter les services de SDSR, VIH, IST et VSBG dans les CDS sont les suivants :

- **discrimination et manque de prise en compte du handicap** dans les diverses politiques et plans de développement ;
- extrême pauvreté dû au fait que la majorité n'a pas accès à l'emploi. Les PVH continuent à s'investir massivement dans la mendicité, elles n'ont pas de vie autonome ou vivent en grande partie à la **dépendance des autres** ;
- **mauvaise accessibilité physique** dans les bâtiments publics et privés ;
- **manque d'accès aux informations** dû au faible niveau de scolarisation, surtout pour les sourds muets, qui n'ont pas accès à l'information orale donnée à travers les radios ou télévisions et pas de traductions des informations en langage gestuel, et les aveugles qui n'ont pas d'information en rapport avec les différents documents car ces derniers ne sont pas traduits en braille.

Du fait de leurs déficiences, une grande partie des PVH sont limitées dans leurs sources d'informations. La source la plus citée est la radio.

4.5.1.3 Batwa

Selon le *Plan de développement des groupes vulnérables dont les Batwa* (2012), les Batwa vivent dans un état d'extrême pauvreté et de grande discrimination. La plupart des Batwa qui ne possèdent pas de propriétés propres, sont caractérisés par des déplacements permanents liés à la recherche de moyens de subsistance. Le nomadisme ne leur permet pas d'être enregistrés à un bureau d'état civil pour obtenir des documents officiels, ou bien pour se faire établir une pièce d'identification donnant accès aux soins de santé. La **manque d'accès aux informations** dû au faible niveau de scolarisation combiné avec une **discrimination et stigmatisation** les rend spécifiquement vulnérables aux grossesses non désirés, aux IST/VIH et aux VSBG.

Tableau 2: synthèse groupe cible primaire

Catégories	Synthèse
Jeunes scolarisés et non sco- larisés	Généralités : - Manque de connaissances en SSR - Peu connaissent spécifiquement les CDSAJ mais utilisation modérée des services (30-50% des jeunes interrogés selon les districts) - Peu ou pas de dialogue avec les parents autour de la SSR - Faible implication et faible participation active des jeunes dans les activités et l'amélioration des services SSR - L'enseignement apporté à l'heure actuelle en milieu scolaire selon le curriculum en vigueur ne permet pas aux jeunes de détenir l'information nécessaire à l'âge opportun, en particulier concernant le cycle menstruel, la gestion des menstruations (hygiène menstruelle), prévention des grossesses précoces, ainsi que les notions de Genre et VBG
	PGP, MCM - Pas ou peu de connaissances sur menstruations, sur MCM, sur prévention des grossesses précoces - Attitude négative vis-à-vis de l'usage des méthodes contraceptives - Peur des effets secondaires - Abstinence est le moyen de prévention le plus courant
	IST - Environ 40% des jeunes ont des bonnes connaissances selon l'étude CAP 2019 - Le CDS n'est pas cité parmi les sources principales d'information sur les IST, ni pour les autres thèmes, l'école arrive loin devant les autres sources d'information - 25,9% des jeunes non scolarisés et 36% des jeunes scolarisés ont de bonnes connaissances
	VIH/SIDA - Evaluation mi-parcours : 46,9% des jeunes qui ont de bonnes connaissances sur le VIH/SIDA - Evaluation mim-parcours : L'accès à l'information concernant le VIH/SIDA se fait principalement en milieu scolaire - Agent communautaire considéré comme relai vers CDS
	VSBG - La plupart des violences sont jugées banales et la victime préfère se taire - Manque de connaissance et l'attitude négative des différents interlocuteurs - 76,1% des 3679 jeunes mères célibataires interrogées par l'équipe du projet avaient eu des rapports sexuels sans consentement - 14,3% des jeunes interrogés en janvier 2021 ont de bonnes connaissances sur les VSBG
PVH	- discrimination et manque de prise en compte du handicap - mauvaise accessibilité physique - manque d'accès aux informations
Batwa	- manque d'accès aux informations

	- discrimination et stigmatisation
--	------------------------------------

4.5.2 Groupes cibles secondaires et tertiaires

Catégorie	Points forts/potentiel	Points faibles/obstacles	Décision stratégique du projet SDSR
Cadres de santé et prestataires de soins	en général formés sur SSRAJ, pas de problème en termes de compétences techniques spécifiques	- Pas de compétences spécifiques en communication inclusive, notamment la communication adaptée aux PVH - Insuffisance voire manque d'espace et de supports de communication (supports existent mais non disponibles) - Faiblesse dans l'organisation des services (surcharge de travail) : problème de continuité des services et d'encadrement des jeunes (respect de l'horaire convenu) car dans la plupart des CDS un ou deux prestataires par CDS assurent l'animation des séances	Action possible en terme de renforcement des capacités (compétences spécifiques, appui à la planification)
Animateurs communautaires	- Formés sur le module CVC - Sont choisis parmi les structures existantes (GASC)	- Sont sollicités par plusieurs partenaires et programmes verticaux - Les services offerts aux jeunes ne sont pas tous contractualisés dans le cadre du PBF donc ne sont pas priorités par les prestataires - Les animateurs communautaires qui sont des ASC ne dépendent pas financièrement du système de santé car non rémunéré au titre de la fonction publique ; ils perçoivent des primes et sont totalement dépendant des bailleurs. Cela limite l'influence des réseaux socio-communautaires y compris du titulaire du CDS sur la planification de leurs activités. La situation de la GIZ (suspension partielle) et le peu d'influence possible sur les activités de ces ASC permettent une utilisation limitée et peu pérenne de ces acteurs	- Facteurs limitants sont hors de l'influence du projet : Utilisation limitée pour améliorer les connaissances en SSRAJ des jeunes non scolarisés à travers des séances ciblées sur certaines thématiques SSR et non pas en utilisant le manuel complet comme en milieu scolaire - Utilisation possible pour interventions de masse auprès des Batwas et pour appuyer la planification des séances au CDS - Utilisation pour détection et prise en charge communautaire des VSBG : rôle de relai

Directeurs d'école		- Problème d'implication des directeurs d'école dans les activités des animateurs donc problème de coordination et de complémentarité des différents thèmes abordés dans le cadre de l'ESC	- Action possible à travers l'implication dans les activités de coordination et plaidoyer
Enseignants/animateurs scolaires	- Formés sur le module MCM - Sont choisis parmi les structures existantes (Ecole)	- Problème de communication entre animateurs et comités des réseaux - Mobilité (Mutation ou promotion)	- Action possible à travers le projet en utilisant le manuel LMCPM
Parents		- Pas ou peu d'échange parents-enfants sur la SR - Culture burundaise considérant la sexualité comme tabou	- Action possible à travers les comités de parents (intervention par les animateurs scolaires avec les jeunes mères célibataires)
Leaders confessionnels	- Existence d'un outil adapté pour les jeunes des confessions religieuses « Jeunesse victorieuse » - Grande influence - Partenaire RCBIF assure les activités IEC/CCSC auprès des jeunes au sein des écoles sous convention et des clubs Ndemeshabuzima	- Faible coordination	- Action possible en utilisant les clubs Ndemeshabuzima en milieu scolaire et dans les églises

4.6 Besoins identifiés et actions prioritaires

Les interventions privilégiées jusque-là par le projet répondent à l'analyse des groupes cibles, présentée en chapitre 4.5. La majorité des efforts du projet s'investit aux activités en milieu scolaire, et une partie des activités s'adresse aux jeunes non scolarisés, aux PVH et aux membres de l'ethnie Batwa.

Suivant les entretiens menés avec les jeunes et les partenaires du projet, les interventions ci-dessous sont à mener ou à approfondir par le projet GIZ/SDSR:

Domaine d'intervention (et/ou groupe cible spécifique)	Besoins	Priorités
SSRAJ en général (ESC)	- Amélioration des connaissances en SSR chez les jeunes quelque soit la tranche d'âge ou la scolarité - Renforcement des compétences spécifiques des prestataires et interlocuteurs des jeunes en communication inclusive et animation de séances auprès des jeunes	- Poursuivre et améliorer la planification des séances de sensibilisation par les animateurs scolaires (avec pairs éducateurs non scolarisés comme les jeunes mères célibataires) sur les thématiques en SSRAJ en suivant le module LMCPM - Compétitions interscolaires (invitation des centres PVH) - Appui aux CDS à travers les réseaux sociocommunautaires à la planification des séances d'animation et au bon encadrement des jeunes - Atelier de formation sur les techniques de communication inclusive pour le personnel du projet et les partenaires
	- Recueil et prise en compte des doléances des jeunes, en tant qu'acteurs dans la planification et la réalisation d'activités autour des questions de SSR	- Amélioration de l'implication des jeunes dans la planification et la mise en œuvre d'activités autour de la SSRAJ ainsi que l'amélioration des services: conceptualisation et opérationnalisation d'un système d'écoute réactif du système de santé, centré autour du CDS
	- Appropriation et implication des directeurs d'école dans les activités des animateurs	- Ateliers d'échanges semestriels DCE-DPE-directeur
	- Encourager le dialogue avec les parents autour de la SSR	- Ateliers de sensibilisation des comités des parents pour une meilleure implication des parents aux thématiques SR (interventions lors des réunions des groupements de solidarité) - Séances de CCSC en faveur des parents sur la communication SR avec les jeunes de 10-14 ans
VSBG	- Amélioration des connaissances des jeunes sur les VSBG (diminuer la banalisation, comprendre tout le spectre des VSBG) - Favoriser une attitude positive chez les interlocuteurs adultes des jeunes (ASC, animateurs scolaires) -	- Formation des animateurs scolaires sur le Genre, VBG/VSBG et leur prévention et prise en charge (référence) - Formation et accompagnement de jeunes mères célibataires à l'approche témoignage pour agir comme acteurs de changement en collaboration avec les animateurs scolaires

Implémenté par



PVH	- Améliorer l'accès à l'information SSR - Faciliter l'accès des PVH aux CDS (accessibilité physique, accueil) - Diminuer la stigmatisation par le personnel du CDS -	- Adaptation de certains supports pédagogiques SSRAJ (braille, enregistrements audio, sous-titrage de films) - Former le personnel à l'identification, l'analyse des besoins des personnes handicapées et les méthodes inclusives en matière de la santé en général et SSRAJ en particulier - Identifier et former des encadreurs et des pairs éducateurs dans les centres pour personnes handicapées, associations et dans les écoles inclusives - Séances de CCSC par les encadreurs des centres spécialisés et les jeunes pairs éducateurs
Batwa	- Favoriser l'accès à l'information en SSR	- Séances de sensibilisation de masse sur PF et IST/VIH

5 STRATÉGIE DE COMMUNICATION

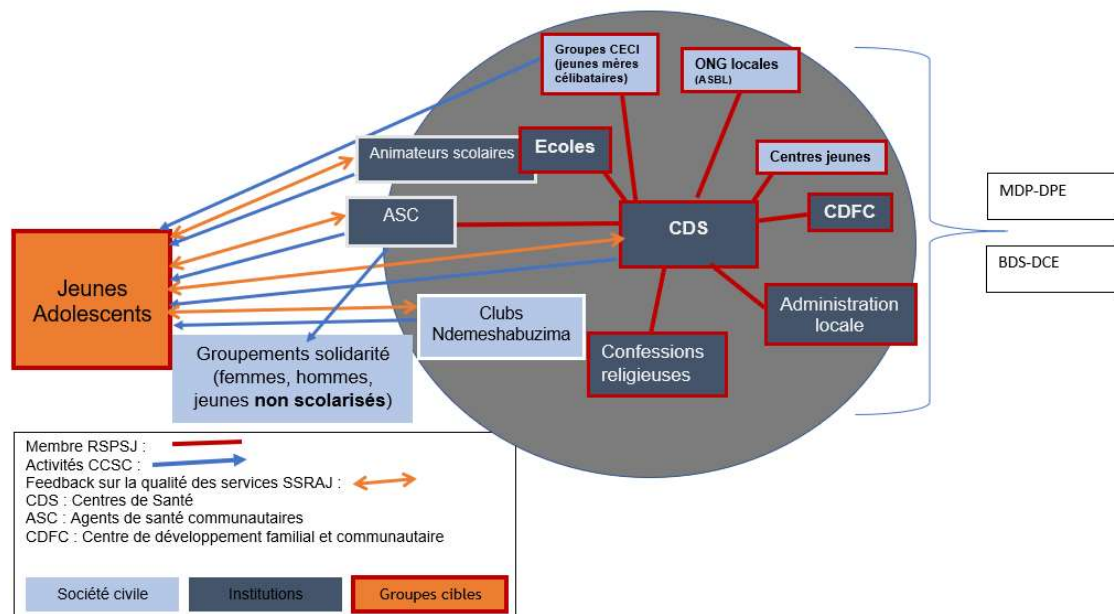
Sur base de l'analyse de la situation, la stratégie de communication prend en compte les groupes cibles, les mécanismes de communication, les messages clés, et les axes d'intervention.

5.1 Les mécanismes de communication

La combinaison de plusieurs approches et plusieurs canaux permet d'aligner les messages aux individus et groupes cibles et garantir l'atteinte des objectifs, à savoir l'augmentation du nombre de CAP, l'augmentation des bonnes connaissances sur les IST/VIH et les VSBG. En effet un individu dans sa vie personnelle et dans sa vie sociale enchaîne plusieurs rôles : il est à la fois et parallèlement élève, fils, ami, auditeur, téléspectateur, membre d'association, etc. Dans chacun de ces rôles la communication peut atteindre cet individu par des canaux différents et appropriés. Pour assurer une complémentarité entre la communication de proximité et la communication par les médias, une exposition prolongée, répétée et variées à des messages-clés est pertinente.

Le schéma suivant illustre les différents canaux de CCSE et comment les acteurs interviennent au niveau scolaire et communautaire, afin d'augmenter les connaissances des groupes cibles sur les IST, le VIH/SIDA et les VSBG, et les motiver à consulter les prestataires de soin. Les interventions de CCSC seront coordonnées par les comités des réseaux.

Figure 2: Les canaux CCSC coordonnés par les RSPSJ



Dans le cadre du projet SDSR, et tenant compte des interventions d'autres partenaires (chapitre 4.2), le cœur de la stratégie de communication est l'amélioration de la communication entre les jeunes et le système de santé local que ce soit lors des consultations, lors des séances de CCSC mais également pour la planification et l'amélioration des services de soins. Le moteur de cette stratégie est le RSPSJ autour du CDS, et les activités phares sont la mise en place d'un système d'écoute réactif, les séances de CCSC en milieu scolaire et compétitions interscolaires à travers les animateurs et pairs éducateurs dans les écoles, et au sein de la communauté à travers les animateurs communautaires

auprès des groupements et associations. Ces interventions seront accompagnées par le renforcement des capacités des acteurs clés, tels que les prestataires, les membres des comités des réseaux, les animateurs communautaires, scolaires et les pairs éducateurs dont les jeunes mères célibataires. Afin d'atteindre particulièrement certains groupes ayant des besoins spécifiques en SSR, des activités de CCSC dans les communautés Batwa et dans les centres de prise en charge des PVH seront organisées.

5.2 Les objectifs de communication et messages clés

Les messages-clés à transférer aux cibles doivent faire référence aux objectifs de communication, déterminés sur base du modèle de résultats du projet qui vise à promouvoir l'augmentation des connaissances sur la SR et l'augmentation de la demande des services de SR. Le message devrait toujours être centré sur le déterminant identifié significatif pour le comportement souhaité. Dans le cas de ce projet, les connaissances sur les cibles ont été acquises en premier lieu à travers l'expérience du projet, les documents stratégiques du Burundi pour le secteur santé, les résultats de l'étude CAP, et ceux d'études menées par d'autres partenaires.

Quand on écrit un message clé, idéalement, il devrait avoir deux composantes :

- un appel clair à l'action, et
- un bénéfice promis pour l'exécution de cette action.

Dans le cadre du projet SDSR et en référence aux données existantes sur les cibles, les messages clé suivants ont été sélectionnés de la banque des messages, les manuels *Le Monde Commence Par Moi*, *Compétences à la Vie Courante* (guide de formation des jeunes animateurs communautaires) et étant appropriés et adaptés aux connaissances, croyances et attitudes des cibles qui les encouragera à demander des services de SR.

Tableau 3: Messages clés par thématique

Thèmes clés	Barrières en matière de connaissances et attitudes	Thèmes à traiter/Objectifs de communication	Messages clés ¹³
Grossesse et prévention de la grossesse (PF)	• manque de connaissances sur le cycle menstruel, les MCM, et la gestion des effets secondaires ; • manque de connaissance sur l'existence des CDS amis des jeunes ; • perception négative de l'accueil par les prestataires de soins ; • perception que les MCM sont seulement pour les mariées ou ceux qui ont déjà eu des enfants ; • la menace qu'ils perçoivent de beaucoup d'enfants par ménage, associés aux besoins alimentaires et vestimentaires, à l'héritage et aux frais scolaires ; • Peu ou pas de dialogue avec les parents autour de la SSR	<u>Thèmes à traiter</u> : puberté ; cycle menstruel/Reproduction, principales caractéristiques de la grossesse ; PF/MCM <u>Objectifs de communication jeunes</u> : • Etre capable de comprendre les changements de son corps lié à la puberté. • Etre capable de savoir ce qui différencie physiquement une femme d'un homme. • Connaître les mécanismes de la reproduction. • Adopter un comportement responsable pour éviter une grossesse précoce et non désirée. • Connaître les risques et les conséquences d'une grossesse précoce physiquement et psychologiquement. • Etre capable de dialoguer et trouver les informations justes à propos de la sexualité humaine. • Comprendre les relations entre sexualité, intimité et amour. • Etre capable de formuler les risques liés à la sexualité. • Etre capable d'identifier les moyens et ressources pour limiter les risques liés aux rapports sexuels. • Connaître les méthodes d'utilisation des différents moyens de contraception (féminin et masculin).	<u>Messages-clés</u> : • « Pendant la puberté, l'organisme de la fille et du garçon subit des changements morphologiques » • « La sexualité est une partie naturelle de la vie » • « La sexualité, ce n'est pas la même chose que les rapports sexuels » • « L'éducation sexuelle prépare les adolescents et jeunes à une vie sexuelle responsable. » • « L'amour, ce n'est pas la même chose que le rapport sexuel. » • « Tu ne dois avoir de rapport sexuel que lorsque tu seras marié en couple engagé, prêt et consentant et que c'est sans risque. » • « La sexualité responsable ne doit jamais être forcée, sous la pression ou la contrainte. » • « Pour avoir des informations utiles sur la sexualité, fréquentons les centres de santé » • « Décider la PF, c'est mon droit » ; • « Les grossesses non désirées limitent les succès scolaires des jeunes filles » ; • « C'est agréable pour une famille d'avoir des enfants propres, en bonne santé, scolarisés et qui mangent à satiété » ;

¹³ Sources : banque de messages du PNSR, LMCPM, manuel de formation des jeunes animateurs en CVC, Une Jeunesse Victorieuse

		• Connaître les effets secondaires des différents moyens de contraception. • Comprendre l'intérêt de la contraception. Eviter les rapports sexuels non protégés.	
		<u>Objectifs de communication parents :</u> • Apprendre les moyens de communication au sein de la famille. • Savoir quoi dire et à quel âge à ses enfants en matière de sexualité. • Comprendre les bienfaits du dialogue sur la santé des jeunes. • Etre capable d'ouvrir le dialogue avec ses enfants sur la santé sexuelle et reproductive.	<u>Messages-clés parents :</u> • « L'éducation sexuelle contribue à produire des adultes sexuellement sains, qui peuvent vivre leur intimité de façon responsable et convenable » ; • « Elle aide également les adolescents à passer à l'âge adulte en toute sécurité, sans IST, VIH ou grossesses précoces » ; • « L'éducation sexuelle ne pousse pas aux rapports sexuels et n'en augmente pas la fréquence » ; • « L'éducation sexuelle n'enseigne pas les mécanismes des rapports sexuels » ; • « Est adaptée à l'âge des enfants qui la reçoivent » ; • « Renforce l'idée que toute personne a de la dignité et de la valeur » ; • « Le gouvernement du Burundi (Cfr Politique Nationale de Santé de la Reproduction) soutient le droit d'avoir des informations sur la santé sexuelle et reproductive » ;
IST/VIH	Manque de connaissances sur les IST et les 3 modes de transmission du VIH	<u>Thèmes à traiter :</u> Informations sur les IST : <u>Objectifs de communication:</u> • Connaître les IST les plus courantes • Etre capable de comprendre et parler du VIH/Sida	<u>Messages-clés :</u> • « Le préservatif protège à la fois contre les grossesses non désirées, le VIH/SIDA et les autres IST » ;

		• Connaître les différents moyens de transmission du Vih sida et des IST • Savoir pourquoi et comment se protéger lors d'un rapport sexuel • Connaître les effets du VIH Sida sur son corps • Etre capable d'identifier les signes d'IST • Recourir aux soins à temps et être capable de prendre un traitement médical adapté • Etre capable de prévenir les risques de transmission du VIH/Sida parents-enfants.	• « Les 3 modes de prévention des IST, y compris le VIH sont l'abstinence, fidélité ou condom » ;
VSBG	• manque de connaissance sur le spectre des types de VSBG ; • attitude négative envers une victime de VSBG	<u>Thème à traiter</u> : Droits sexuels, spectre des types de VSBG, leur prévention et structures de prise en charge : <u>Objectifs de communication</u> : • Apporter un soutien psychologique et social aux victimes de violences basées sur le genre. • Etre capable d'identifier les raisons et les conséquences des violences basées sur le genre pour les prévenir. • Adopter un comportement masculin positif envers le sexe opposé. • Identifier les formes de violences et s'en protéger.	• « Garçons, il n'y a aucune honte à aider vos femmes, vos mères, vos files et vos sœurs dans le ménage. Au contraire, c'est même une preuve d'amour » ; • « Partenaire, amoureuse, femme, mère : Oui ! Objet sexuel : NON ! » ; • « Autonomie financière de la femme = famille épanouie. » ; • « En cas de VSBG, tu es capable de te défendre, brise le silence ! » ; • « Tes droits t'appartiennent, tant que tu n'empiètes pas sur les droits des autres ! » ; • « Le rapport sexuel responsable n'a pas besoin d'impliquer d'argent ou de cadeaux. »

5.3 Les axes d'intervention

Pour répondre aux objectifs de la stratégie de communication, les axes d'intervention suivants ont été identifiés :

- **Axe 1:** Renforcement des capacités du personnel du projet GIZ SDSR, des partenaires et des prestataires des CDS
- **Axe 2:** Renforcement des capacités et communication pour le changement de comportement en faveur des jeunes en milieu scolaire
- **Axe 3:** Renforcement des capacités et communication pour le changement de comportement au sein de la communauté

5.3.1 Axe 1: Renforcement des capacités du personnel du projet GIZ SDSR, des partenaires et des prestataires des CDS

Etat des lieux (octobre 2020)

Il n'existe pratiquement pas de canal qui permettrait de faire remonter les feedbacks positifs ou négatifs des jeunes vers les centres de santé tout comme, il n'y a pas de recherche active d'informations de la part des structures de soins sur la satisfaction des jeunes quant aux services de SSRAJ. La mise en œuvre de la 3ème phase du projet SDSR, a décliné deux finalités populationnelles suivantes : « le pouvoir d'agir des jeunes et des femmes renforcé » et « la prise de conscience accrue sur les besoins en santé ». C'est dans cette optique que le projet SDSR, au cours de la phase 2 et le début de la phase 3, a donné un appui à la restructuration et au renouvellement des comités des 29 réseaux sociocommunautaires. À travers les ASBL partenaires, les 29 réseaux ont été supportés dans l'élaboration des Plan d'Action Annuel (PAA) et le suivi technique et financier de leurs activités. Des animateurs et des prestataires des CDS ont été formés sur les thématiques PF, IST/VIH et la prise en charge communautaire et intégrée des VSBG. Le projet a prévu de former au moins 2 prestataires de soins par CDS (pour les 90 CDS participants) aux thèmes SSRAJ, IST, VSBG et CPNR. Il y a eu une orientation du personnel non soignant sur la SR dans les services fréquentés par les couple mère-enfant. A ce jour, dans le cadre du Concours Qualité, 180 prestataires ont été formés sur les thèmes pré-cités, et 90 sur la CPNR.

Activités prévues

Mise en place d'un système d'écoute réactif

S'appuyant sur les RSPSJ fonctionnels, il est prévu la mise en place d'un système d'écoute réactif qui favoriserait la remontée d'information des jeunes vers les prestataires des CDS et la rétro-information des CDS vers les jeunes. Il s'agit d'identifier les canaux à travers lesquelles le centre de santé en collaboration avec les réseaux sociocommunautaires, peuvent récolter des informations sur les besoins des jeunes et leur satisfaction quant à la qualité des services de SSRAJ, utiliser cette information pour réagir, notamment en adaptant leur fonctionnement (planification des activités de CCSC, formation de personnel, adaptation de leurs services...etc.).

Ce système reposera sur les structures déjà existantes et les canaux fonctionnels et sera dans un premier temps mis en place au niveau des 29 CDS à réseaux, bien qu'il soit applicable à tout centre de santé et puisse être utilisé au niveau des CDS sans réseaux appuyés par le projet.

L'élaboration de ce concept et sa mise en application seront conduites par l'équipe du SDSR ensemble avec ses partenaires au sein des réseaux sociocommunautaires qui comprennent notamment les équipes cadre de district, prestataires, représentants des jeunes. Ce processus sera participatif et comprendra des **séances de travail** en groupe restreint, des **ateliers de réflexion** et de validation et des missions terrain en accompagnement aux réseaux.

Des mesures accompagnantes pour améliorer l'interface entre la structures de soins et les utilisateurs seront mises en place. Des **pictogrammes** à l'intérieur du centre de santé, en indiquant les services offerts et les toilettes, aident à orienter des personnes analphabètes. Il est prévu de produire des **affiches** informant sur les services offerts et les horaires spécifiques, ainsi que les contacts téléphoniques de certains prestataires clés (titulaire, TPS/point focal jeunes, point focal PVH le cas échéant...etc.), et afficher dans les salles d'attentes des CDS, les écoles et les centres de prise en charge des PVH. D'autres supports déjà produits par les partenaires sont à reproduire et distribuer dans les CDS et les écoles selon les besoins identifiés par les réseaux.

Formation des prestataires des CDS aux thèmes SSRAJ et production et multiplication des matériels éducatifs et informatifs

Il est prévu de former 90 prestataires de soins sur la CPNR.

La stratégie de communication prévoit la production et multiplication des matériels éducatifs et informatifs en fonction des besoins des cibles. Le module de formation des prestataires de soins en SSRAJ sera adapté en **fiches pratiques** pour faciliter l'application des standards et des recommandations du module par les prestataires des CDS. Ce guide pratique SSRAJ sera multiplié et mis à disposition dans les 90 CDS appuyés par le projet et une formation sur la communication adaptée aux jeunes, visant la bonne utilisation de ces fiches pratiques, sera organisée auprès du personnel du projet et certains partenaires ainsi que 90 prestataires et 90 TPS. Ce guide pratique et ces formations amélioreront l'accueil de tous les utilisateurs y inclus les jeunes, et personnes ayant des besoins spécifiques.

Des **schéma de counseling** seront conçus et multipliés à l'intention de certains groupes amenés à conseiller leurs pairs comme les jeunes PVH et les jeunes mères célibataires, ainsi que dans certaines structures membres des réseaux (CDS, écoles). Chaque schéma de counseling traite d'un problème typique en SSR auquel pourrait être confronté un jeune (refus de préservatif par le ou la petite ami(e), suspicion de grossesse, abus sexuel,...etc.). Ces thèmes ont été identifiés lors d'interviews conduites auprès de jeunes mères célibataires qui ont entre autres expliqué lors de ces interviews à quels problèmes elles avaient ou étaient confrontées. Pour chaque thème, différents volets de décision sont présentés sous forme d'arbres décisionnels, qui conduisent à certains messages donnés par le communicateur.

Amélioration de la prise en compte par les prestataires des besoins spécifiques des personnes handicapées

Pour améliorer encore l'accès aux services de SSRAJ de certains groupes vulnérables tels que les personnes handicapés, une collaboration avec des centres et associations pour personnes handicapées est prévue à travers l'union nationale des personnes handicapées du Burundi (UPHB). Parmi les interventions clés, il est prévu de renforcer les capacités d'acteurs clés que sont certains cadres du PNSR, des équipes cadres des district et du personnel de santé de certains CDS à l'identification, l'analyse des besoins des personnes handicapées et les méthodes inclusives en matière de la santé en général et SSRAJ en particulier, pour une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des jeunes handicapés et favoriser la communication entre les jeunes PVH et le personnel des structures de soin.

La stratégie de communication prévoit l'organisation d'un atelier de formation pour le **personnel du projet** GIZ Santé, les **partenaires** étatiques et les **ASBL** partenaires sur l'approche inclusive appliquée aux services de santé. appropriées aux PVH, et les techniques de communication inclusives appropriées aux PVH. Ces techniques de communication inclusive, appropriées aux PVH tiennent en compte :

- Une parole simple et claire, surtout pour les personnes avec des déficiences mentales ;
- Un langage corporel et des gestes qui soutiennent et correspondent à la parole, surtout pour les personnes avec des déficiences auditives, p.ex. langue des signes
- Des images, photos, graphiques et symboles qui soutiennent la parole et l'écrit, surtout pour les personnes avec des déficiences auditives, p.ex. des boîtes à image, des vidéos sous-titrées, des pictogrammes ;
- L'écriture en braille, surtout pour les personnes avec des déficiences visuelles ;
- Des matériels radiophoniques qui soutiennent et correspondent aux images, surtout pour les personnes avec des déficiences visuelles, p.ex. des sketches ou feuillets radiophoniques ;
- Des approches interactives pour les personnes ayant des troubles d'apprentissage.

Il est prévu de sous-titrer trois **vidéos** sur les trois thématiques PF, IST/VIH et VSBG à montrer dans les salles d'attente des CDS pour permettre la compréhension des personnes malentendantes.

5.3.2 Axe 2: Renforcement des capacités et communication pour le changement social et comportemental en milieu scolaire

Le cœur de la stratégie de communication sont des interventions de CCSC dans des écoles fondamentales à partir de la 5^{ème} année, et post-fondamentales, à travers des animateurs scolaires et des pairs éducateurs.

Etat des lieux (octobre 2020) :

- 441 animateurs scolaires dans 243 écoles ont été formés sur les thématiques de la SDSR.
- 411 animateurs scolaires dans 243 écoles vont être formés sur le Genre, la prévention et prise en charge des VSBG en milieu scolaire.
- 1760 séances de sensibilisation/éducation pour les jeunes scolarisés avec 29828 jeunes (12044 garçons et 17784 filles) (décembre 2019- octobre 2020)
- 24 Compétitions interscolaires
- Multiplication de supports IEC/CCC : " le monde commence par moi "

Activités prévues

Ateliers d'échanges semestriels DCE-DPE-Directeurs d'école

L'implication active des directeurs d'école est impérative dans la planification et le suivi des activités menées par les animateurs scolaires, ainsi qu'un appui managérial à surmonter certains obstacles tels que les difficultés de coordination, le suivi des recommandations, le dialogue avec les parents d'élève. Pour améliorer cette implication qui a jusqu'à présent fait souvent défaut, le projet prévoit l'organisation d'ateliers d'échange semestriels qui réunissent la DCE, la DPE et les directeurs d'école. Les restrictions dues aux mesures préventives liées au Covid 19 nécessiteront une adaptation du nombre de participants, ces ateliers seront fort probablement organisés par district sanitaire.

Sensibilisation des comités des parents et séances de sensibilisation des parents

La tradition burundaise et les coutumes n'offrent pas un espace de dialogue entre les parents et les enfants sur des sujets en rapport avec la SR. Aussi, les parents constituent quelques fois un frein au développement des séances de sensibilisation de leurs enfants sur des sujets de la SR.

Pourtant, les avantages apportés par les échanges parents-enfants sur la sexualité et la santé reproductive sont nombreux et sont entre autres la limitation de la désinformation et de la manipulation, l'accroissement des connaissances pertinentes en matière de SSRAJ, la clarification et le renforcement des valeurs et des attitudes positives, le développement de la capacité à prendre des décisions éclairées et à s'y conformer et l'amélioration de la perception des normes des pairs et de la société. Il sera question d'organiser des ateliers de sensibilisation en faveur des comités des parents des écoles membres des réseaux. Pour chaque réseau, un atelier où dans chaque école membre du réseau autour du CDS sera représentée par un directeur d'école et des membres du comité des parents. Cet atelier va permettre de les conscientiser sur le rôle des parents dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents. Les représentants des comités des parents ainsi que les directeurs diffuseront les messages à leur tour à l'endroit des parents pour assurer leur compréhension de l'importance de la promotion de la SR. En plus de ces ateliers, le sujet de la communication parents-enfants fera l'objet de séances de CCSC par les animateurs communautaires dans les groupements de solidarité.

Séances d'éducation par les animateurs scolaires (avec pairs éducateurs non scolarisés) sur les thématiques en SSRAJ

Les 441 **animateurs scolaires**, formés sur les thématiques de la SSR ainsi que sur le Genre, la prévention et prise en charge des VSBG en milieu scolaire, organiseront de leur côté des séances d'éducation sur les thématiques de la SDSR dans les classes en utilisant le module Le Monde Commence Par Moi pour les écoles publiques et le module Une Jeunesse Victorieuse pour les écoles sous convention. Le projet équipera les animateurs scolaires, les jeunes leaders et les pairs éducateurs avec des radios stéréo portables et rechargeables pour pouvoir faire écouter aux jeunes des sketches radio et en discuter dans le groupe des élèves. Une fois par an les écoles organisent des **compétitions interscolaires** « Zéro Grossesses ». L'idée est de réaliser au premier tour des compétitions entre les classes d'une même école et en deuxième tour la classe gagnante d'une école participera aux compétitions interscolaires d'un même réseau. Les compétitions interscolaires seront facilitées et accompagnées par les animateurs scolaires, les jeunes leaders et les pairs-éducateurs¹⁴ formés. L'activité encouragera les jeunes à s'exprimer et visualiser les sujets de la SDSR de manière théâtrale, musicale ou artistique, par exemple avec les dessins ou des jeux concours. Pour motiver et préparer les jeunes aux compétitions, le projet appuiera des clubs culturels de jeunes dans la réalisation des sketch théâtraux et vidéographiques.

Il est à préciser qu'un renforcement du suivi et de la coordination des animateurs avec les comités des réseaux est prévu, à travers des réunions trimestrielles. Des mesures de mitigation de la déperdition des animateurs sont prévues à savoir la documentation des changements de poste, la restitution des formations par les animateurs auprès de leurs collègues enseignants et le coaching des nouveaux animateurs par les experts du projet SDSR.

Parmi les matériels de communication à utiliser au niveau scolaire la stratégie de communication prévoit de multiplier certains contenus déjà existants dont des boîtes à images. Des **cartes questions/réponses**, produites par CARE et ABUBEF, seront multipliées et distribuées pour être utilisées par les animateurs scolaires et par les animateurs communautaires au cours des interventions de masse. Le projet multipliera au moins trois **sketch radiophonique**, produit par le PNSR, à utiliser par les animateurs scolaires, les pairs éducateurs et les jeunes leaders dans les classes. Il sera aussi utilisé par les journalistes de radio AGASHI pour diffusion. Il est prévu de reproduire et multiplier les **dépliants**, produit par PNSR, ABUBEF et PSI, sur les trois thématiques de la SDSR et à distribuer au

¹⁴ Les jeunes leaders des clubs Ndemeshabuzima et comme pairs-éducateurs principalement les jeunes mères célibataires identifiées et formées

cours des interventions dans les collines et par les prestataires de santé dans les CDS. Il est prévu de produire une brochure sur les témoignages des mères célibataires.

5.3.3 Axe 3: Renforcement des capacités en communication pour le changement social et comportemental au niveau de la communauté

Compte tenu de l'expérience tirée de la collaboration avec les ASBL partenaires dans les province, et de la difficulté de rassembler les jeunes non scolarisés, car il s'agit d'un groupe hétérogène dans lequel chaque individu est pris par ses activités génératrices de revenus. Il est donc prévu à travers les réseaux d'aider les animateurs communautaires à toucher les jeunes via les groupes de jeunes non scolarisés organisés. Il s'agit notamment des jeunes organisés en clubs confessionnels, associations ou groupes de solidarité.

Etat des lieux :

- 198 animateurs communautaires dans 138 collines ont été formés sur les thématiques de la SDSR avec comme support le module CVC durant des ateliers de 4 jours
- 224 jeunes formés comme pairs éducateurs ont initié des clubs Ndemeshabuzima (104 des confessions religieuses et 120 des écoles sous conventions). Les clubs Ndemeshabuzima sont implantés dans les 30 écoles sous conventions et dans les 20 centres confessionnels des 13 communes d'interventions.
- En collaboration avec les chefs religieux, les jeunes formés sur le guide "Une jeunesse victorieuse", sont regroupés dans les écoles sous convention et autour des confessions religieuses de leur ressort par commune, par province et selon l'aire de responsabilité du centre de santé. Les comités communaux et provinciaux assurent le suivi de ces clubs en collaboration avec les éducateurs au niveau de chaque paroisse, église et succursale.
- 585 séances pour les jeunes non scolarisés (avec 8826 Jeunes (3730 masculins et 5096 féminins) Avant décembre 2019- octobre 2020)
- 142 séances pour les groupes vulnérables (Avant décembre 2019- octobre 2020)
- Multiplication de supports IEC/CCC : le livret "la compétence à la vie courante"

Activités prévues :

Formation de 50 Encadreurs des clubs Ndemeshabuzima sur les techniques d'animation et d'encadrement des séances SSR

Des comités provinciaux et communaux, structures décentralisées du RCBIF et garants de la mise en œuvre et du monitoring des activités menées dans leurs provinces respectives, formeront des encadreurs dont la plupart sont nouveaux. Ils seront formés sur le guide « Jeunesse Victorieuse » et sur le système d'encadrement et de monitoring des clubs des jeunes.

Formation/recyclage de 224 jeunes Leaders des clubs Ndemeshabuzima sur l'utilisation du guide "Une jeunesse victorieuse"

Lors des missions de suivi et encadrement des clubs, le constat est que les jeunes formés, n'exploitent pas systématiquement et de la même façon tous les thématiques contenus dans l'outil. Certains sujets ne sont pas bien maîtrisés. En plus, la forte mobilité des jeunes fait que les pairs éducateurs soient remplacés par les membres des clubs qui n'ont pas subi la formation sur la pair-éducation. Ces formations se feront sous la forme d'ateliers d'échange d'expérience dans lesquels participeront des leaders ayant déjà un peu d'expérience de pair-éducation et des jeunes nouvellement désignés comme leaders.

Séances de CCSC à travers les clubs Ndemeshabuzima

Les séances d'animation éducative à l'endroit des jeunes sur la santé sexuelle et procréative seront organisées au niveau des confessions religieuses à travers les cadres de rencontres existantes qui regroupent les jeunes de différents apostolats (mouvements d'action catholiques, chorales, groupes bibliques, fraternités, etc.) pour mener des sensibilisations sur l'éducation sexuelle des jeunes. Les séances sont animées les jours de rencontres habituelles par les jeunes leaders en collaboration avec les encadreurs formés sur le guide " Une jeunesse victorieuse".

Organisation de 6 ateliers de plaidoyer pour un plus grand engagement des acteurs communautaires et des responsables des églises en faveur des thématiques SR.

Le projet appuiera les réseaux sociocommunautaires d'organiser des ateliers de plaidoyer pour motiver 138 **leaders communautaires** et des **responsables des églises** de se prononcer et s'engager en faveur des thématiques SDSR.

Des ateliers de dialogue des membres des comités provinciaux et communaux, des responsables des églises, les représentants de l'administration, du secteur de la santé et de l'éducation seront organisés dans chaque province. Cette activité consiste à organiser des ateliers d'échange et de plaidoyer pour une compréhension commune des interventions en santé procréative auprès des jeunes. Etant donné que les confessions religieuses et le secteur de la santé ne partagent pas la façon de faire pour la maîtrise de la démographie, l'objectif est aussi d'échanger sur les défis liés au dividende démographique, les actions prioritaires et le renforcement de la collaboration entre les différents acteurs.

Diffusion des contenus SSR dans les CDS

Les interventions seront accompagnées d'une mise à disposition de contenus SSRAJ dans les CDS pour utilisation par les prestataires et les animateurs communautaires, et tout acteurs chargé de la promotion de la SSRAJ au sein des réseaux. Tous les contenus étant répertoriés par BSF et stocké par leurs soins, il suffira d'identifier les besoins spécifiques de chaque réseau et de multiplier le contenu nécessaire, ou de le mettre à disposition sur des clés usb pour les supports audio et vidéos. Une distribution de supports sous forme de paquets numériques sur clés usb et imprimés (livres, brochures) sera effectuée dans toutes les structures partenaires du projet (90 CDS, écoles membres des réseaux, clubs Ndemeshabuzima, groupements de mères célibataires).

Par ailleurs, la mise en place de 5 Ideas Cubes est prévue dans 5 CDS à sélectionner dans la zone du projet pour améliorer la fréquentation des CDS par les jeunes et faciliter l'animation des séances CCSC par les CDS.

Séances de CCSC à travers les groupements de solidarité, associations et CR section jeunesse

Chaque réseau sociocommunautaire avec l'appui des ASBL partenaires, sera chargé d'identifier les groupes/associations les plus dynamiques et les plus rassembleurs. Le nombre de groupements à travers lesquels pourront intervenir les animateurs communautaires dépendra de leur capacité et des besoins spécifiques identifiés avec les groupes, l'essentiel étant d'assurer la continuité des rencontres et suffisamment de séances pour couvrir les thèmes SSR du projet.

Les animateurs communautaires utilisent pour l'instant le module CVC selon les chapitres traitant des thèmes ciblés (chapitres 1 à 4). Il sera nécessaire d'adapter le temps et la méthodologie proposée dans le module CVC selon le temps disponible lors des rencontres avec les groupements qui ne dépasse généralement pas 45 minutes à 1h. Une analyse de la qualité des séances CCSC est prévue en septembre 2021 pour réajuster les modalités des séances CCSC en milieu communautaire.

En complément, et pour renforcer l'assiduité des membres des groupements lors des séances, des sensibilisations de masse vont être organisées dans chaque réseau sous forme de compétitions sportives. Des prix individuels aux gagnants sont prévus pour chaque réseau. Ces sensibilisations seront organisées par les ASBL partenaires du projet SDSR, en collaboration avec les membres des comités des réseaux avec appui technique du superviseur du district Gitega et de l'expert du projet. Des prix seront donnés aux meilleurs répondants aux questions sur la SSR.

Ateliers de formation pour les jeunes mères célibataires

Il est prévu de collaborer avec 485 jeunes **mères célibataires leader**, identifiés en 2019, pour leur dispenser une formation en matière SDSR et les techniques de communication inclusive. Les jeunes femmes formeront des associations locales, leur permettant de se soutenir mutuellement et conseiller en matière de santé sexuelle et reproductive dans la communauté et ses écoles et notamment aux individus. Le témoignage personnel des mères célibataires sur les conséquences de leur grossesse non désirée est la clé de leur succès. Il établit un climat de confiance et teinte les messages d'un impact émotionnel de sorte que ces derniers sont entendus et pris à cœur. Chaque mère célibataire est encouragée à commencer dans sa propre famille en parlant à ses sœurs et à d'autres jeunes femmes de la famille, et en les aidant à éviter de tomber dans les mêmes pièges qu'elle. Puis, elle est encouragée à venir en aide aux jeunes femmes dans son voisinage immédiat et à intervenir dans les églises, groupes de sport, de jeunesse ou autres auxquels elle appartient. Les mères célibataires partagent leurs expériences en intervenant lorsqu'elles assistent à des réunions d'association régulières. Parmi ces jeunes femmes, certaines, sur base de leur motivation et de leurs compétences en communication interpersonnelle, pourront participer aux interventions en milieu scolaire à travers des témoignages de vie, pendant des émissions radiophoniques ou sur une grande scène au cours des événements spéciaux.

Etant donné le rôle prépondérant de ces jeunes mères célibataires comme acteurs de changement, des témoignages seront recueillis pour être utilisés comme outils de plaidoyer, un document d'orientation sur l'inclusion des jeunes mères célibataires (groupements) dans les RSPJ et une brochure sur l'implication des jeunes mères célibataires dans le cadre de la promotion de la SSRAJ sera conçue comme support de capitalisation à destination des partenaires étatiques burundais et des PTF.

Séances de CCSC dans les communautés Batwas

La communauté Batwa représente un groupe souvent négligé par le reste de la communauté et n'a pas facilement accès à l'information correcte en matière de la santé en général et de la SSR en particulier. Aussi, les réseaux sociocommunautaires ont planifié des séances de sensibilisation sur la PF dans les communautés Batwa, pour augmenter le nombre d'utilisatrices dans cette communauté. La stratégie de communication met un accent particulier sur la sensibilisation de la communauté Batwa pour promouvoir les bonnes pratiques sur la SSR au sein de leur communauté. La séance sera animée par les animateurs du réseau en collaboration avec le comité. Ainsi, le comité du réseau avec l'appui du consultant local de l'ASBL partenaire du réseau concerné va choisir 3 animateurs (dont celui de la communauté batwa) et 3 de ses membres pour la préparation technique et matérielle de l'activité. Pendant cette activité, les femmes et hommes de la communauté batwa ayant adhéré aux méthodes contraceptives vont témoigner afin de montrer aux autres les bienfaits de la planification familiale et le rôle du prestataire dans son adhésion. Des prix divers d'encouragement seront distribués à la population Batwa qui aura participé.

Séances de CCSC dans les centres de prise en charge et les associations des PVH

Identifier et former des pairs éducateurs dans les centres pour personnes handicapées, associations et dans les écoles inclusives

Outre les mesures de formation sur l'approche inclusive à l'intention des prestataires de soin, dans le cadre du partenariat avec UPHB, le projet identifiera environ 30 **encadreurs et pair éducateurs** PVH dans les centres de prise en charge et les associations de PVH et les formera sur les thématiques SDSR et les techniques de communication inclusive. Avec l'appui des encadreurs des Centres, écoles et associations de personnes handicapées, les jeunes handicapés seront identifiés pour jouer le rôle de pairs éducateurs et suivront une formation avec leurs encadreurs sur la SSRAJ et seront appelés à restituer les connaissances acquises à ces pairs et favoriser l'acquisition de connaissances en SSRAJ.

Le rôle des enseignants des centres de prise en charge sera d'intégrer les sujets de la SDSR dans le curriculum des centres et organiser des séances de CCSC sur les thématiques de la SDSR. Le rôle des pair éducateurs est de faciliter l'acceptation du sujet par les PVH. Le projet équipera les animateurs PVH et les pair éducateur PVH avec des radios stéréo portables et rechargeable pour pouvoir faire écouter aux PVH et leurs familles des sketches radio et en discuter dans le groupe.

Tableau 4: Centres et associations PVH identifiés pour les interventions

DS	Nom du centre ou de l'association	Commune
KIBUMBU	Association TUBEHAMWE	BISORO
KIBUMBU	Association TUREMESHANYE	KAYOKWE
FOTA	Association TWUNGURUZANYE	RUSAKA
Muramvya	Association REMA	MURAMVYA
Muramvya	« TWIYUNGE »	MURAMVYA
Kiganda	Association des personnes handicapées de Rutegama " APHR-TUREME »	RUTEGAMA
Kiganda	Association de soutiens aux personnes handicapées de Kiganda	KIGANDA
Kiganda	Centre des personnes handicapées de kiganda	Kiganda
Gitega	Association pour la solidarité au développement des handicapés visuels „ASDHV“	GITEGA
Kibuye	Association « MPORE URI NKABANDI »	MAKEBUKO
Gitega	Centre des déficients intellectuels demutwenzi	GITEGA
Gitega	Centre d'éducation spécialisée pour les déficients auditifs notre Dame de la persévérance	GITEGA
Gitega	Centre pour personnes handicapées Etoile du matin	GITEGA
Gitega	Centre pour les aveugles « RUMURI »	GITEGA

6 PLAN DE COMMUNICATION

Le Plan de communication présente les activités considérées pertinentes pour la mise en œuvre de la stratégie de communication en matière d'augmentation des connaissances, de la demande des

services de SDSR et des CAP. Les activités sont divisées en fonction des quatre axes de la stratégie (voir Annexe 4).

7 CONCLUSION

La présente stratégie de communication du projet spécifique pour les jeunes et les adolescents de 10-24 ans, les PVH et les Batwa vise à contribuer à l'augmentation de la demande des services en matière de la SDSR. La combinaison de plusieurs approches et plusieurs canaux permet d'aligner les messages aux individus et groupes cibles et garantir l'atteinte des objectifs, à savoir l'augmentation du nombre de CAP, l'augmentation des bonnes connaissances sur les IST/VIH et les VSBG. Pour assurer une complémentarité entre la communication de proximité et la communication par les médias, une exposition prolongée et répétée à des mêmes messages est pertinent.

La mise en œuvre de ce document de stratégie de communication participe à la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé du MSPLS. Il est donc important que ce document bénéficie de la haute sollicitude et de l'appui de tous les acteurs impliqués dans le renforcement des structures de santé dans le domaine de la planification familiale et de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Ceci devrait se traduire par une volonté et un engagement de tous les acteurs à participer à la mise en œuvre de toutes les activités prévues. Par ailleurs, l'allocation des ressources humaines, matérielles et financières adéquate est une condition essentielle pour l'atteinte des objectifs de la stratégie de communication.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Liste des personnes rencontrées et structures visitées

N°	Nom	Structure/Organisation	Position	Contact
1	Sadique NIYONKURU	PNSR, Service IEC	Directeur service IEC au PNSR	sadiquen9@gmail.com
	Philbert SINZI	PNSR, Service IEC		philsinzi@gmail.com
2	Vianney KIRAJAGARAYE	Union des Personnes Handicapés au Burundi (UPHB)	Directeur du Centre de services	kiravian201@yahoo.fr
3	Mme Donavine UWIMANA	ABUBEF		
5	Dr Jacqueline NINTUNZE	CARE	SRHR TEAM LEADER	
7		Population Services International		

ANNEXE 2 : Liste des participants de l'atelier d'échange

N°	Nom	Structure/Organisation	Position	Contact
1	Sadique NIYONKURU	PNSR, Service IEC		sadiquen9@gmail.com
2	Vianney KIRAJAGARAYE	Union des Personnes Handicapés au Burundi (UPHB)	Directeur du Centre de services	kiravian201@yahoo.fr
3	Mme Donavine UWIMANA	ABUBEF		
4	Nadine DUSENGE	Bibliothèque sans frontières		nadine.dusenge@biblio-sansfrontieres.org
5	Dr Jacqueline NINTUNZE	CARE	SRHR TEAM LEADER	
6	Christine BIZIMANA	RCBIF		
7		Population Services International		

ANNEXE 3 : Guide de discussion des focus groupes

Collecte d'information sur la stimulation de la demande des services de PF, prévention et prise en charge des IST/VIH et VSBG pour les jeunes et les adolescents dans les provinces de Gitega, Muramvya et Mwaro

Présentation et consigne :

Je m'appelle..... Je travaille pour le compte du Ministère de la Santé et de Lutte contre le SIDA. Dans le cadre du projet de « Renforcement des Structures de Santé dans le domaine de la planification familiale et de la Santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) » mise en œuvre avec l'appui de GIZ, nous menons une collecte d'information sur la stimulation de demande des services de PF, prévention et prise en charge des IST/VIH et VSBG en particulier pour les jeunes et les adolescents dans les provinces de Gitega, Muramvya et Mwaro. Ces informations sont complémentaires à celles de l'étude CAP qui vient de se dérouler. Elles constitueront une base pour une stratégie de communication efficace avec les jeunes sur les thèmes mentionnés.

C'est dans ce cadre que nous sollicitons votre contribution dans une discussion de 40 à 50 min. Les informations que vous voudrez bien nous fournir resteront confidentielles.

La participation à cette étude ne donne droit à aucun avantage matériel. En acceptant de répondre à nos questions, vous aurez contribué à l'amélioration du bien-être de la jeunesse de votre localité.

Un appareil enregistreur sera utilisé pour garder toutes les informations que vous allez nous donner. Dès que vous nous aurez donné votre accord, nous commencerons à enregistrer.

Date de l'entretien: ____/____/____/ **Site :**

Entretien et Focus groupes (par province) :

Entretiens (y compris nombre de personnes à interviewer)	Nombre d'entretiens
Entretien individuel avec le Directeur du Bureaux Provinciaux de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MDPS) (voir annexe 1 et 2)	3 (1 par province)
Focus group avec des agents de santé dans deux districts du projet (annexe 1 et 2) • 2 Prestataires de centre de santé • 2 Technicien de Promotion de la Santé (TPS) • 1 Président de Groupements d'Agents de Santé Communautaire (GASC) • 1 Agent de Santé Communautaires (ASC)	3 (1 par province)
Focus group avec le comité d'un réseau (annexe 1 et 2) : • Le comité d'un réseau (leaders communautaires, responsable centre de jeunes, président Groupements d'Agents de Santé Communautaire (GASC), enseignants, responsable des Centres de Développement Familial et Communautaire (CDFC), membres des ONGs locales (SYM, Nturingaho, FVS et RCBIF)	3 (1 par province)
Focus group avec les jeunes scolarisés , y compris les jeunes Batwa et les jeunes vivants avec handicap : • 1 fille et 1 garçon scolarise 10-14 ans • 1 fille et 1 garçon scolarise 15-19 ans	3 (1 par province)

• 1 fille et 1 garçon scolarisé 20-24 ans • 1 fille et 1 garçon scolarisé Batwa • 1 fille et 1 garçon scolarisé avec handicap (différents handicaps)	
Focus group avec les jeunes non scolarisés, y compris les jeunes Batwa et les jeunes vivant avec handicap : • 1 fille et 1 garçon non-scolarisé 10-24 ans (abandonné l'enseignement primaire, 1^{er}-6^{ème}), différents âges en différents districts • 1 fille et 1 garçon non-scolarisé 15-24 ans (finalisé l'enseignement secondaire général, 7^{ème}-9^{ème}), différents âges en différents districts • 1 fille et 1 garçon non scolarisé Batwa, 10-24 ans • 1 fille et 1 garçon non scolarisé avec handicap (différents handicaps), 10-24 ans	3 (1 par province)

Guide de discussion avec le directeur de la DPS, les agents de santé, et les comités des réseaux

Veuillez imprimer Annexe 1 (DinA4) et visualiser Annexe 2 (au moins DinA1) pour le focus avec les jeunes scolarisés / Annexe 4 pour le focus avec les jeunes non scolarisés

Introduction (10 min)

Nous voulons parler avec vous sur la demande des services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans dans votre province, plus spécifiquement le planning familial, les IST et le VIH, et les violences sexuelles et basées sur le genre. Veuillez regarder le tableau présentant l'offre des services de SSRAJ et les caractéristiques des jeunes (annexe 1).

Travail en groupe (30 min)

Veuillez-vous regrouper dans des groupes homogènes de 2-4 personnes (p.ex. prestataires de santé, leader communautaires) et discuter sur les interventions de communication pour le changement de comportements déjà réalisés et nécessaires en faveur des jeunes scolarisés et non scolarisés, y compris les jeunes Batwa et les jeunes vivant avec handicap, et visualiser dans la forme du tableau suivant (Annexe 2). Veuillez considérer l'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-25 ans), le sexe (filles, garçons), les jeunes vulnérables (Batwa, avec handicap) et le domaine de SR (PF, IST/VIH, VSBG) et répondre aux questions suivantes :

1. Dans votre province, comment appréciez-vous l'utilisation des services de SSRAJ disponibles (PF, IST/VIH, VSBG) chez ces jeunes ?
2. Quelles sont les interventions déjà mise en place pour stimuler la demande des services chez les jeunes? Ne référez-vous pas seulement aux différents groupes de jeunes, mais aussi aux personnes qui les influencent (p.ex. partenaire, amis, parents, prestataire de santé, leader communautaires, etc.). Quelles sont vos expériences avec l'efficacité de ces interventions ?
3. A votre avis, quels doivent être les groupes de jeunes prioritaires à plus prendre en considération ?
4. Quels interventions suggérez-vous de réaliser pour mieux stimuler la demande des services chez les jeunes et les personnes qui les influencent ? Pensez aux activités sociales de ces jeunes et des personnes qui les influencent.
5. Est-ce qu'il y a (avez-vous) les outils nécessaires pour promouvoir la demande des services de contraception ?
6. Quel message clé recommandez-vous de transmettre pour motiver les jeunes d'utiliser les services?

Présentation et discussion sur les résultats (20 min)

Veuillez nous présenter vos résultats des groupes pour en discuter avec tout le monde.

Guide de discussion avec les jeunes scolarisés et non scolarisés

Veuillez imprimer Annexe 1 (DinA4) et visualiser Annexe 3 pour le focus groupe avec les jeunes scolarisés / Annexe 4 pour le focus groupe avec les jeunes non scolarisés (au moins DinA1)

Introduction (10 min)

Nous voulons parler avec vous sur la demande des services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans dans votre province, plus spécifiquement le planning familial, les IST et le VIH, et les violences sexuelles et basées sur le genre. Veuillez regarder le tableau présentant l'offre des services de SSRAJ et les caractéristiques des jeunes (annexe 1).

1. Que pensez-vous ou votre famille et amis sur l'utilisation des services de SSRAJ (PF, IST/VIH, VSBG)?

Travail en 2-4 groupes (30 min)

Veuillez-vous regrouper dans deux groupes, les filles et les garçons, et discuter le tableau suivant (Annexe 3/4). Veuillez considérer l'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-25 ans), le sexe (filles, garçons), les jeunes vulnérables (Batwa, avec handicap) et le domaine de SR (PF, IST/VIH, VSBG) et répondre aux questions suivantes :

2. Quelles sont vos activités sociales ?
3. Veuillez citer 1-2 valeurs qui affectent votre vie.
4. Veuillez citer 1-2 aspirations pour votre future ?
5. De par quelle source d'information avez-vous eu la connaissance sur l'existence et l'importance de ces services ? Lesquelles vous ont convaincu d'utiliser les services ? Pensez aux média, enseignants, amis, parents, prestataire de santé, leader communautaires, activités sociales, etc.
6. A votre avis, quelles sont les motivations et obstacles des jeunes d'utiliser les différents services? (Demandez l'avis sur les obstacles identifiés dans la revue de la documentation. Pensez aux aspirations et valeurs)
7. Quelles sont vos suggestions pour mieux stimuler la demande des services chez les jeunes ? Pensez aux média, enseignants, amis, parents, prestataire de santé, leader communautaires, activités sociales, etc.
8. Quel message clé recommandez-vous de transmettre pour motiver les jeunes d'utiliser les services?

Présentation et discussion sur les résultats (20 min)

Veuillez nous présenter vos résultats des groupes pour en discuter avec tout le monde.

9. A votre avis, quels doivent être les groupes de jeunes prioritaires à plus prendre en considération ?

Programme

Date	DS taire	Sani- taire	Groupe concerné	Heure
Mardi le 05/11/2019			PS de Muramvya	

Date	DS Sani- taire	Groupe concerné	Heure
	BPS Muram- vya	Entretien avec le MDPS	10 :00- 11 :00
	DS de Mu- ramvya : Réseau du CDS Muram- vya	Focus Groupe avec des agents de santé pour le ré- seau Muramvya	11 :15- 12 :15
		Focus avec le comité du réseau et l'ASBL SYM	12 :30- 13 :30
		Pause	13 :30- 14 :30
		Focus groupe avec les jeunes scolarisés y compris les jeunes Batwa et jeunes vivant avec handicap : une des écoles du réseau Muramvya	14 :45- 15 :45
	DS Kiganda : CDS Kaniga	Focus groupe avec le comité du réseau Kaniga	16 :15- 17 :15
DS Gitega : CDS MUSHASHA		Focus groupe avec les jeunes non scolarisés y com- pris les jeunes Batwa et jeunes vivant avec handi- cap du réseau Kaniga	8 :30-9 :30
		Focus Groupe avec des agents de santé pour le ré- seau Kaniga	9 :45-10 :45
	Voyage vers Gitega		10 :45- 11 :30
	Province sanitaire de Gitega		
	BPS Gitega	Entretien avec le MDPS Gitega	11 :45- 12 :45
	Pause		12 :45- 13 :30
		Focus groupe avec les jeunes scolarisés y compris les jeunes Batwa et jeunes vivant avec handicap : une des écoles du réseau Mushash	13:45- 14 :45
		Focus avec le comité du réseau Mushasha	15 :00- 16 :00
Jeudi le 07/11/2019		Focus Groupe avec des agents de santé pour le ré- seau Mushasha	8 :30-9 :30
		Focus groupe avec les jeunes non scolarisés y com- pris les jeunes Batwa et jeunes vivant avec handi- cap du réseau Mushasha	9 :45-10 :45
	Voyage de Gitega vers Mwaro		10 :45- 11 :45

Date	DS Sani- taire	Groupe concerné	Heure
	BPS Mwaro	Entretien avec le MDPS	12:00- 13 :00
	Pause		13 :00- 13 :45
	DS Kibumbu : Réseau Croix Rouge	Focus groupe avec les jeunes scolarisés y compris les jeunes Batwa et jeunes vivant avec handicap du réseau Croix Rouge	14 :00- 15 :00
		Focus avec le comité du réseau Croix Rouge et l'ASBL Nturengaho Kibumbu	15 :15- 16 :15
		Focus groupe avec les jeunes non scolarisés y compris les jeunes Batwa et jeunes vivant avec handicap : une des écoles du réseau Croix Rouge	8 :00 :9 :00
Vendredi le 09/11/2019	Voyage vers Fota		9 :00-9 :30
	DS FOTA	Focus Groupe avec des agents de santé pour le réseau Fota	9 :45 :10 :45
		Focus groupe avec les jeunes non scolarisés y compris les jeunes Batwa et jeunes vivant avec handicap du réseau Fota	11 :00- 12 :00
		Focus avec le comité du réseau Fota et Nturengaho DS Fota	12 :15- 13 :15
		Focus groupe avec les jeunes scolarisés y compris les jeunes Batwa et jeunes vivant avec handicap : une des écoles du réseau Fota	13 :30- 15 :30
	Départ vers Buja		15 :30- 17 :30

Implémenté par



[illegible]