

## **ANNEX 6 – AIDE MEMOIRE**

Répondre aux besoins des jeunes gens en matière de droits et de santé de la reproduction  
après la CIPD : La contribution du FNUAP et de l'IPPF

Mission d'évaluation au Burkina Faso

Aide Mémoire

Présenté le 26 mai 2003 aux représentants du ministère de la Santé (DSF), du FNUAP et de  
l'ABBEF

### **Contexte et objectifs**

Le ministère allemand de la Coopération et du développement économique (BMZ), le ministère danois des Affaires étrangères, le Département britannique pour le Développement international (DFID), le ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas et le ministère norvégien des Affaires étrangères ont d'un commun accord souhaité que soit réalisée une évaluation de la contribution du Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP) et de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) pour répondre aux besoins des jeunes – et surtout des adolescents – en matière de droits et de santé de la reproduction (SR) depuis la mise en œuvre du Programme d'Action (PA) élaboré suite à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) réunie au Caire en 1994.

La présente mission d'évaluation au Burkina Faso (BF) est l'une des 6 « études pays » prévues dans le cadre de cette évaluation conjointe (Etape 2). La mission d'évaluation en Tanzanie a été conduite du 9 au 28 mars 2003. Les 4 autres missions d'évaluation (Egypte, Vietnam, Bangladesh et Nicaragua) ont été réalisées simultanément à la présente mission. Les résultats de ces 6 « études pays » feront l'objet d'une synthèse (Etape 3) d'où devraient pouvoir être tirées des leçons qui serviront à la formulation de stratégies et de programmes reposant sur les meilleurs pratiques en matière de santé et de droits de la reproduction pour les jeunes (15-24 ans) et les adolescents (10-19 ans).

L'objectif général de ces évaluations pays était d'étudier comment le FNUAP d'une part, l'IPPF à travers les associations qu'elle soutient d'autre part, contribuent à la mise en œuvre des principaux aspects du PA de la CIPD, relatifs aux droits et à la santé sexuelle et reproductive (SSR) des jeunes. Le but de ces évaluations pays est de permettre une meilleure compréhension des problèmes rencontrés et des conditions susceptibles d'améliorer les pratiques en SSR chez les jeunes et les adolescents.

### **Déroulement de la mission au Burkina Faso**

L'objectif de la mission d'évaluation au Burkina Faso était d'évaluer les performances du bureau du FNUAP et de l'ABBEF pour traduire dans le contexte burkinabé les orientations et stratégies élaborées au Caire en 1994 en particulier celles destinées à améliorer la situation de la SSR des jeunes gens (10-24 ans).

L'équipe d'évaluation comprenait : le Dr Olivier Weil (Chef de mission), Mme Monique Munz (Consultante internationale) et Melle Lydia Tapsoba (Consultante nationale). L'équipe d'évaluation a séjourné au Burkina Faso du 9 au 26 mai 2003.

L'équipe d'évaluation a rencontré les principaux responsables du bureau du FNUAP et de l'ABBEF ainsi que des représentants du ministère de la Santé et des départements ministériels concernés par les interventions de ces deux organisations. Elle a également discuté avec les principaux partenaires (organismes de coopération bilatérale et multilatérale, ONGs internationales et nationales, experts et professionnels individuels) engagés depuis la CIPD dans des actions relatives aux droits et à la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Parallèlement, l'équipe d'évaluation a consulté une grande quantité de documents (documents de projets, études thématiques, documents de politiques et de stratégies, rapports d'évaluations, etc.) qui ont été mis à sa disposition tant par les autorités burkinabés que par le FNUAP et l'ABBEF. Enfin, en dépit de la brièveté de leur séjour dans le pays, les membres de l'équipe d'évaluation ont visité plusieurs des projets mis en œuvre et/ou soutenus par le FNUAP ou l'ABBEF ainsi que des structures publiques et privées impliquées dans des activités de SSR à Ouagadougou, Koudougou, Ouahigouya, Koupéla et dans la région de Fada.

L'équipe d'évaluation a été secondée par le Dr Bocar Kouyaté et ses collaborateurs du Centre de Recherche en Santé de Nouna (CRSN). Le CRSN a été chargé de l'ensemble de la logistique de la mission. En outre, trois de ses consultants avaient réalisé (avant le démarrage de la mission) des études rapides sur : (i) la situation du cadre législatif en matière de SSR, (ii) la revue des matériels d'IEC produits par les acteurs engagés dans la promotion de la SSR depuis la CIPD et (iii) les perceptions des jeunes dans le domaine de la SSR à travers une série de *focus groups* réalisés auprès de jeunes vivant en zone urbaine (Bobo-Dioulasso) ou rurale (Koupéla et Pouytenga). Enfin, le CRSN a assuré l'organisation et participé à l'animation (avec l'équipe d'évaluation) d'un atelier qui a réuni plus de 40 participants (représentants du Gouvernement, du FNUAP, de l'ABBEF ; représentants d'autres organismes nationaux et internationaux concernés par la SSR des jeunes ; membres et d'ONGs et d'associations ; jeunes volontaires) à Ouagadougou le 14 mai 2003.

## **Remerciements**

L'équipe d'évaluation tient à exprimer ses vifs remerciements à l'ensemble des personnes avec lesquelles elle a travaillé durant son séjour au Burkina Faso. Elle souhaite en particulier remercier les autorités burkinabés pour la qualité de leur accueil et témoigner sa reconnaissance aux professionnels du FNUAP et de l'ABBEF pour leur disponibilité et leur précieux soutien tout au long de la mission. Enfin, l'équipe souhaite rendre hommage aux très nombreuses personnes qui à Ouagadougou et lors des visites de terrain lui ont consacré du temps et ont accepté de partager leurs expériences.

## **Résultats préliminaires**

Un rapport de mission détaillé, élaboré selon le plan établi par le Coordonnateur de l'évaluation conjointe, sera remis au Groupement Euro Health Group, Options, Heidelberg University d'ici le 12 mai 2003.

Les éléments préliminaires présentés ci-après sous une forme délibérément télégraphiques ne prétendent en aucun cas constituer une synthèse ou un résumé de ce futur rapport de mission. Ils représentent les principaux points auxquels ont abouti les réflexions menées « à chaud » par l'équipe d'évaluation et sont destinés à servir de base de discussions lors de la réunion de debriefing du 26 mai 2003 qui doit réunir des représentants de la Direction de la Santé de la Famille (DSF) du ministère de la Santé, du bureau du FNUAP et de l'ABBEF.

Il convient de noter que les observations, remarques et commentaires exprimés dans le présent Aide Mémoire ne reflètent que les opinions de l'équipe d'évaluation et en aucun les

vues du Groupement chargé de l'évaluation conjointe ou des Pays européens pour le compte desquels elle est réalisée.

### 1. Éléments de contexte

La problématique de la SSR des adolescents et des jeunes au Burkina Faso ne peut être appréhendée de façon pertinente que replacée dans le contexte spécifique de ce pays dont les traits saillants sont rappelés ci-après :

- Le BF fait partie des pays les plus pauvres de la planète ; son fort endettement et les contraintes qui pèsent sur son économie ne laissent pas entrevoir d'amélioration significative à court et à moyen terme de cette situation (45% des Burkinabés vivent aujourd'hui au-dessous du seuil de pauvreté absolue).
- La population (12,6 millions d'habitants) est à 85% rurale et très majoritairement impliquée dans des activités agricoles et/ou de subsistance (plus de 90% des femmes) ; les religions sont dominées par l'Islam (52%), le christianisme (24,3%) et l'animisme (23,3%) ; il existe une soixantaine de groupes ethnolinguistiques (les Mossi qui parlent le mooré représentent près de la moitié de la population) ; le français (la langue officielle) n'est pas connu d'une part importante de la population rurale.
- L'Indice de Développement Humain établi par le PNUD place le BF au 169<sup>ème</sup> rang (0,325) et reflète les graves carences du secteur éducatif (78% des filles âgées de 15 à 19 ans ne sont pas scolarisées) et la précarité de la situation sanitaire (l'espérance de vie à la naissance n'est que de 46 ans et la mortalité infantile reste supérieure à 100 pour mille).
- La croissance démographique est de l'ordre de 3% par an, le taux brut de natalité est de 47 pour mille ; les mouvements de population sont importants et comprennent l'émigration vers les pays voisins (de l'ordre de 700 000 Burkinabés vivent en Côte d'Ivoire) et des phénomènes de migration urbaine.
- Si les connaissances des méthodes modernes de contraception semblent s'être améliorées (86% des garçons et 70% des filles âgés de 15 à 19 ans en connaissent au moins une) leur utilisation reste extrêmement faible (5% des femmes mariées).
- La fréquence des rapports sexuels commencés à un âge précoce, la persistance des mariages forcés de très jeunes filles et le faible accès aux services de Planification Familiale (PF) expliquent la fréquence des grossesses non désirées dont certaines aboutissent à des avortements clandestins ou réalisés dans les pays voisins où cette pratique n'est pas illégale.
- La mortalité maternelle élevée (484 pour 100 000 naissances vivantes) s'explique par un faible taux d'accouchements institutionnels ou assistés par des personnes réellement formées et par la part importante des besoins obstétricaux essentiels non couverts.
- Les performances du système de santé portent la marque du déficit de ressources (ressources humaines d'abord mais ressources financières également) et de la faiblesse des capacités de gestion tant au niveau central qu'aux niveaux intermédiaire et périphérique.
- Apparu en 1986, l'épidémie de VIH/SIDA semble actuellement entrer dans une phase de stabilisation (prévalence estimée à 7,3% de la population âgée de 19 à 45 ans en 1998 et à 6,5% en 2001). L'information de la population sur les mécanismes de transmission et les modes de prévention (préservatifs) a fait de considérables progrès qu'il convient de rapprocher de l'engagement des autorités burkinabés (en particulier depuis le début de la décennie actuelle) et du travail menés par les très nombreuses ONGs réparties dans tout le pays travaillant dans ce domaine. Le défi actuel est de parvenir à de véritables changements de comportement et à une adhésion plus marquée au dépistage (étape préalable indispensable au renforcement de la prise en charge socio-médicale des personnes vivant avec le VIH).
- La violence à l'égard des femmes est extrêmement commune et prend différentes formes : l'excision (en dépit de son interdiction et des campagnes de prévention dont elle

fait l'objet) reste quasi-généralisée ; le harcèlement, les violences conjugales et la polygamie sont des phénomènes très répandus ; le viol n'est pas exceptionnel.

- Économiquement particulièrement vulnérables, les jeunes femmes (parfois dès 15 ans) sont très communément contraintes de se soumettre au commerce sexuel ; ce phénomène semble toucher tant les populations urbaines que rurales et n'épargne pas les jeunes filles scolarisées.
- Le cadre législatif en matière de SSR a considérablement évolué depuis 15 ans (Code des Personnes et de la Famille, interdiction de l'excision) mais ces dispositions sont encore très irrégulièrement appliquées et l'avortement volontaire reste illégal.

## 2. Stratégies développées

La mission d'évaluation s'est attachée à décrire et à analyser les stratégies d'intervention adoptées par le FNUAP et par l'ABBEF au cours des dix dernières années.

### **FNUAP**

- La SSR et les droits des jeunes gens ont été au centre des préoccupations du FNUAP au cours de ses trois derniers cycles de programme de coopération avec le gouvernement du BF (1992-1996, 1997-2000 et 2001-2005) et ce donc dès avant la CIPD.
- Cette attention particulière accordée aux jeunes de 10 à 24 ans s'est accentuée au cours de la période considérée et se traduit dans le cycle actuel (2001-2005) par plusieurs projets explicitement orientés vers les jeunes et les adolescents (Projets «Communication pour le Changement de Comportement des Adolescent(e)s et des Jeunes en matière de Santé Sexuelle et de la Reproduction» et «Renforcement des Services Sociaux et Sanitaires pour satisfaire les besoins en Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescentes» notamment).
- Parallèlement, les interventions du FNUAP sont progressivement passées d'une logique de projets basée sur la réalisation d'activités à une logique de programmes construits sur la base de cadres logiques répondant à des résultats à atteindre.
- Tant en matière de Population que de SR, la stratégie du FNUAP comporte des activités : (i) d'appui institutionnel et d'aide à l'élaboration de politiques, (ii) de renforcement des services de SR et (iii) d'IEC/CCC.
- D'autre part, le FNUAP a depuis 2001 calé sa stratégie d'intervention sur celle des autres agences du système des Nations Unies qui interviennent au BF en concentrant une part significative de leur action dans les régions de Fada, Tenkodogo et Dori. Le respect de ce cadre géographique l'a amené à limiter son soutien direct aux services de SR à un nombre relativement restreint de formations sanitaires (de l'ordre de 7% des Centres de Santé et de Protection Sociale (CSPS) du pays) ce qui tend à amoindrir la visibilité de ses actions aux yeux des autorités sanitaires burkinabés.
- Pendant toute la période étudiée, le FNUAP a adopté un cadre multi-sectoriel pour l'élaboration et la mise en œuvre de ses stratégies en matière de Population et de SSR. C'est ainsi qu'il a pu soutenir l'introduction de l'éducation sexuelle et en santé de la reproduction dans les enseignements primaires et secondaires (ministère de l'Éducation de Base et ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche) et permettre le développement d'activités d'IEC/CCC dans des structures d'accueil de jeunes gens dépendant du ministère du Travail de l'Emploi et de la Jeunesse, du ministère de l'Action sociale ou du ministère des Arts et de la Culture.
- Par ailleurs, le FNUAP a joué un rôle déterminant pour assurer un approvisionnement (presque) continu en contraceptifs pendant les dix dernières années. Jusqu'en 2001, en participant aux côtés de la Banque mondiale (BM) à l'achat des produits et, depuis la fermeture du crédit PPLS, en apportant au gouvernement son concours financier pour permettre le réapprovisionnement. Cette intervention a permis d'éviter une rupture de stock de contraceptifs au niveau national mais n'a pas empêché que des défauts dans la

gestion et la distribution des ces produits aboutissent à la péremption d'une partie importante des stocks et à la persistance d'une disponibilité irrégulière en contraceptifs en périphérie.

- Le FNUAP participe à plusieurs instances de dialogue et de coordination des partenaires du gouvernement du BF œuvrant dans les domaines de la Population et du Développement, de la SR et de la Santé. Cependant, l'action du FNUAP reste largement structurée comme un programme vertical et ne semble pas pour l'instant prendre en compte les efforts menés actuellement par les principaux bailleurs de fonds pour évoluer vers une approche sectorielle.
- L'une des principales faiblesses des interventions soutenues par le FNUAP est le peu de pérennité des résultats obtenus dans pratiquement tous les projets des 3 cycles de programmes examinés.

Compte tenu de ces éléments, la mission recommande :

- Ø Que la concentration des activités de soutien aux services de SR et des activités d'IEC dans les trois régions cibles du système de NU ne se développe pas aux dépens d'interventions de portée nationale (appui institutionnel, renforcement des capacités, modernisation des cadres réglementaires et stratégiques) pour lesquelles le FNUAP est, et doit rester, le partenaire privilégié du gouvernement.
- Ø Que le FNUAP s'engage aux côtés du gouvernement dans la définition d'une stratégie d'approvisionnement pérenne en contraceptifs et d'un programme visant à améliorer la gestion et la distribution de ces produits.
- Ø Que le FNUAP tire les leçons de ses succès mais aussi de ses échecs passés pour concevoir dans le prochain cycle de programme (2006-2010) des mécanismes réalistes assurant la pérennité des actions entreprises.
- Ø Que le FNUAP use de son influence auprès du gouvernement pour assurer au sous-secteur de la SR, et en particulier aux besoins des jeunes gens dans ce domaine, une part suffisante des ressources financières qui viendront alimenter le *common basket* lors de la mise en œuvre effective de l'approche sectorielle. Cette nouvelle approche devra évidemment être prise en compte lors de l'élaboration du prochain cycle de programme.

## **ABBEF**

- Depuis sa création en 1979, l'ABBEF joue un rôle pionnier dans l'amélioration du statut et la SSR des jeunes au BF (la volonté de lutter contre l'exclusion des écoles des jeunes filles enceintes et la conviction que la prévention des grossesses indésirées passerait par la légalisation de la contraception sont à l'origine de la création de l'association).
- Jusqu'à la fin des années 80, l'action de l'ABBEF consistait principalement en la sensibilisation des jeunes, des décideurs et des professionnels (éducation et santé) à la situation des jeunes en matière de SR et à l'importance de l'espacement des naissances.
- A partir de 1986 (légalisation de la contraception), l'ABBEF a contribué de façon très volontaire à la formation des professionnels de santé aux techniques et pratiques contraceptives et a étendu ses activités de sensibilisation des jeunes dans le domaine de la planification familiale.
- Dès 1992, l'ABBEF a mis sur pied deux centres d'accueil, de conseils et de soins destinés aux jeunes gens dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Des centres basés sur le même principe ont ensuite été ouverts à Koudougou (1996) et à Koupéla (1997). Ces structures ont été conçues pour répondre aux attentes et aux besoins de jeunes en matière de SSR et ont incontestablement ouvert la voie à la mise en place par d'autres intervenants (gouvernement, partenaires au développement et ONGs) de structures destinées spécifiquement aux jeunes. Depuis lors, elles servent de modèles pour les nouvelles initiatives de SSR en direction des jeunes et de terrain de

stages pour les professionnels qui souhaitent se former aux spécificités de cette approche.

- Devenu un opérateur reconnu dans le domaine de la SSR, l'ABBEF a été impliqué dans la mise en œuvre de nombreux projets sur des thèmes de SR intéressant les jeunes financés par diverses organisations bilatérales et multilatérales (dont le FNUAP, la GTZ, l'Ambassade du Danemark et celle des Pays Bas).
- L'ABBEF a de tout temps participé aux instances de coordination des intervenants dans le domaine de la SSR mises en place à l'initiative du gouvernement ou des organismes internationaux spécialisés.
- L'ABBEF semble consciente de la nécessité de prévoir les conditions de la pérennité des actions entreprises. Pour ce faire les initiatives suivantes ont été prises : forte implication des communautés et mobilisation des jeunes dès la conception des projets (qui deviennent souvent des pairs éducateurs), stratégies visant à l'adhésion de nouveaux membres, mise en place d'un système de recouvrement des coût (tarification des services cliniques et des activités de loisirs), intégration des services dans les structures de l'Etat ou des communes (terrains, bâtiments, équipements), négociations avec le gouvernement pour obtenir des personnels détachés et réflexions actuelles sur la contractualisation (le ministère de la Santé octroie déjà à l'ABBEF de l'ordre de 1 million de CFA pour l'ensemble de ses activités). Cependant, le financement des activités de l'ABBEF reste fortement dépendant des financements externes directement liés à des projets qui répondent souvent plus aux contraintes des organismes donateurs qu'aux besoins de l'association.

Sur ce dernier point, la mission recommande :

- Ø Que soit instaurée une concertation des organismes susceptibles de financer des projets de l'ABBEF de façon à progressivement limiter l'atomisation des financements apportés et à permettre une évolution vers un mécanisme de mise en commun des ressources (*common basket*). L'IPPF pourrait, avec le soutien du ministère de la Santé, jouer un rôle moteur dans ce processus duquel dépendra *in fine* (par le jeu de la contractualisation et de l'accroissement attendu des ressources du secteur) la stabilisation du financement de l'ensemble des structures de l'ABBEF.

### 3. Organisation et capacités institutionnelles

Les deux organisations sont par nature très différentes l'une de l'autre et disposent de moyens difficilement comparables. Elles doivent cependant faire face à des défis communs.

#### **FNUAP**

- L'organisation du bureau et le profil des personnes qui y travaillent sont adaptés au portfolio des projets et au rôle spécifique du bureau (appui technique au gouvernement).
- En dépit du soutien régulier apporté par les experts du bureau régional de Dakar, les ressources humaines dont dispose le bureau sont insuffisantes, et pas toujours suffisamment préparées, pour accomplir l'ensemble des tâches qui leur incombent (d'autant plus qu'elles doivent pallier un certain nombre de faiblesses des structures burkinabés sur lesquelles elles s'appuient). Le bureau est conscient de cette situation et a élaboré un plan de restructuration et de renforcement de ses capacités en matière de gestion et de suivi des projets.
- Depuis 1994, le budget d'intervention du FNUAP a totalisé près de 18 millions de \$ US. Ce budget a présenté une évolution à la hausse sur la période et la part consacrée aux activités répondant spécifiquement aux besoins des jeunes gens a elle aussi augmenté (pour atteindre 20% actuellement).
- Le dispositif de monitoring et d'évaluation des projets semble théoriquement bien conçu mais n'est pas toujours correctement appliqué (un certain nombre de projets n'ont pas

été évalués et les recommandations des évaluations lorsqu'elles existent n'entraînent pas toujours les modifications attendues).

- Le bureau travaille effectivement en étroite collaboration avec le gouvernement et avec les autres partenaires au développement ainsi qu'avec la société civile (en particulier les ONGs et associations actives dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA).

En conséquence la mission recommande :

- Ø Que le plan de renforcement de l'équipe projet du bureau soit mis en œuvre dans les plus brefs délais et qu'une évaluation soit entreprise pour s'assurer que les moyens humains supplémentaires sont suffisants et adaptés aux besoins.
- Ø Que les procédures de monitoring et évaluation soit effectivement appliquées (et adaptées au contexte actuel si nécessaire).

## **ABBEF**

- Créée en 1979, l'ABBEF est devenue un membre à part entière de l'IPPF en 1989 et a été reconnue association d'utilité publique par le gouvernement du BF en 1994.
- L'association est structurée en sections (au moins 30 volontaires) et en antennes (au moins 3 sections) réparties sur tout le territoire national. A chacun de ces niveaux et au niveau national un bureau (constitué de membres élus) est chargé des orientations et du pilotage des activités de l'association. Par ailleurs, des personnels professionnels (travaillant au siège et dans les structures périphériques) sont recrutés et payés par l'association pour permettre la mise en œuvre des activités.
- L'ABBEF dispose actuellement d'un budget annuel de plus de 450 millions de CFA. Ce budget a eu tendance à augmenter pendant la période étudiée. La contribution de l'IPPF à ce budget (stable en valeur absolue) a diminué pour passer de 63% en 1996 à 41% en 2002. La part des ressources propres (cotisations et recouvrement des coûts) a sensiblement augmenté (passant de 7,4% à 10,3% dans la même période) mais reste modeste. En conséquence, la dépendance de l'ABBEF aux financements obtenus dans le cadre de projets (par nature aléatoires et de durée limitée) ne cesse de s'amplifier.
- Outre le soutien financier l'IPPF fournit à l'ABBEF du matériel, des consommables (contraceptifs), un soutien technique ponctuel (conception, mise en œuvre ou évaluation) ainsi qu'un label qui renforce certainement la position de l'association au BF.
- L'ABBEF a mis en place un système de monitoring et d'évaluation performant basé sur un reporting régulier (mensuels, trimestriels et annuels, mi-terme et finaux), sur des missions de supervision et sur l'utilisation de cadres logiques de projets (*logical framework* et *benchmarks*). A ces rapports d'activités et financiers s'ajoutent la réalisation d'audits externes chaque année.
- Les compétences de l'ABBEF sont parfaitement reconnues par le gouvernement et par les partenaires au développement intervenant dans le secteur de la SR. L'expérience de ses volontaires est régulièrement sollicitée dans les ateliers et autres rencontres destinées à la conception de nouvelles stratégies ou initiatives.
- L'équilibre entre les sexes semble respecté parmi les volontaires (y compris parmi les membres élus des bureaux) et parmi les professionnels travaillant à l'ABBEF. Des actions de formation sur la SSR des jeunes et des adolescents sont prévues pour l'ensemble des personnes impliquées dans les projets de l'association. Les salaires des professionnels de l'ABBEF sont sensiblement supérieurs à ceux de la fonction publique mais inférieurs à ceux offerts par les ONGs et les organisations internationales présentes dans le pays. Dans l'ensemble, tant les personnels que les volontaires semblent compétents et motivés. Ils ont pour la plupart des années d'expériences dans le domaine de la SR ou des jeunes.
- Dans l'ensemble des activités de l'association, une attention est portée sur tous les groupes de jeunes, y compris les plus défavorisés.

Compte tenu de ces observations, la mission recommande :

- Ø Qu'une solution soit trouvée pour assurer un financement moins irrégulier et plus stable (voir § 2 et 5).

#### 4. Plaidoyer et rôle dans l'élaboration des politiques

Le cadre réglementaire et législatif relatif aux droits des femmes et des jeunes gens en matière de SSR a sensiblement évolué au cours des deux dernières décennies : révision du Code des Personnes et de la Famille et en particulier des droits et devoirs des époux, abrogation de la loi prohibant la contraception, adoption d'une loi interdisant la pratique de l'excision, léger assouplissement de la loi interdisant l'avortement (qui reste cependant, sauf cas exceptionnels, interdit). L'ABBEF de part son rôle pionnier dans le domaine de la planification familiale et du droits des femmes depuis plus de vingt ans a joué un rôle constant et de tout premier plan dans ces évolutions positives. Le FNUAP y a également contribué par ses actions de plaidoyer auprès des autorités et par son soutien à la mise sur pied d'instances de lobbying et de sensibilisation (groupes parlementaires, Conseil National de Lutte et de Prévention de l'Excision par exemple). Par ailleurs, le FNUAP a apporté un soutien déterminant à la DSF pour l'élaboration de normes et de protocoles en matière de SR, notamment en direction des jeunes et des adolescents (Documents Politiques Normes et Protocoles (PNP)).

Le FNUAP est le partenaire du gouvernement du BF dans les domaines de la population et de la planification familiale. Son rôle a été déterminant pour la mise en place de la Commission Nationale de la Population (CONAPO) et pour la révision (en 1991) de la Politique Nationale de Population qui fait depuis lors mention explicite des besoins et spécificités des jeunes gens scolarisés et non scolarisés. Il a également grandement contribué à introduire l'éducation sexuelle et en SR dans l'enseignement secondaire et, plus récemment, dans l'enseignement primaire (Direction de l'Éducation en matière de Population). Par ailleurs, le FNUAP a été associé à la définition d'une nouvelle Politique Nationale de Santé (2000) ainsi qu'à l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2001-2010) et du Plan Triennal de mise en œuvre pour la période 2003-2005. Ses interventions ont contribué à ce que la SSR soit correctement prise en compte dans le PNDS mais n'ont pour l'heure pas permis d'élaborer la Stratégie de Santé des Jeunes dont la définition et la mise en œuvre sont pourtant prévues dans le PNDS. Enfin, le FNUAP a participé aux côtés des autres agences spécialisées du système des Nations Unies au groupe thématique HIV/SIDA coordonné par l'ONUSIDA. En revanche, le FNUAP ne semble pas suffisamment présent dans la dynamique actuelle impulsée par la Banque mondiale (BM), l'Union européenne (UE) et l'Ambassade des Pays-Bas et qui devrait aboutir dans les prochaines années à l'adoption d'une approche sectorielle par la majorité des partenaires au développement intervenant dans le secteur de la santé.

Bien qu'agissant à un tout autre niveau, l'ABBEF a joué un rôle d'aiguillon et de catalyseur qui a indéniablement contribué aux réformes des politiques en matière de population et de santé reproductive. Son influence dans le débat politique sur ces questions est d'autant plus forte que d'une part les projets « pilotes » de l'ABBEF sont connus de l'ensemble des intervenants en SSR et que, d'autre part, nombre de volontaires ou d'ex-professionnels de l'ABBEF occupent actuellement des fonctions dans les instances (gouvernementales ou internationales) qui sont chargées de l'élaboration des nouvelles politiques.

Possibles recommandations :

- Ø Que soit mis en place à l'échelon national une procédure de suivi de l'application de la loi interdisant l'excision de façon à mesurer son impact en terme de pratiques (diminution du nombre d'excisions et/ou apparition de pratiques clandestines).

- Ø Poursuivre le plaidoyer et trouver des solutions concrètes pour : (i) renforcer l'application des lois visant à interdire les différentes formes de violence et de harcèlement sexuels à l'encontre des jeunes filles et (ii) faire évoluer la législation en matière d'avortement.
- Ø Que le FNUAP et l'ABBEF intensifient leurs activités de plaidoyer pour renforcer la place de la prévention de la mortalité maternelle dans l'agenda politique des autorités sanitaires burkinabés.

## 5. Renforcement des services de SR

Le FNUAP et l'ABBEF ont chacun été engagés dans des projets destinés à développer les services de SR destinés aux jeunes et aux adolescents. Dans ce domaine, leurs approches ont été sensiblement différentes et les résultats obtenus sont contrastés.

### **FNUAP**

- Mise en place en 1996 (dans le cadre du cycle 1992-1996) de 2 centres pilotes pour jeunes à Ouidi (Ouagadougou) et Bobo-Dioulasso qui devait être suivie de la création de 8 autres centres situés dans les principales localités du pays. Pour des raisons qui tiennent à la fois aux changements intervenus dans les ministères partenaires (Santé et Action sociale) et à une réorientation de l'intervention du FNUAP dans ce domaine, ces deux centres ont été dévolus au ministère de la Santé dès 1998 (sans aucun support du FNUAP ultérieur) et les 8 autres centres n'ont jamais vu le jour. Faute de moyens et d'une réelle volonté de les faire fonctionner, le centre de Bobo-Dioulasso a fermé ses portes et celui de Ouidi n'a plus qu'une activité marginale.
- A partir de 2001 (5<sup>ème</sup> cycle), le FNUAP a adopté une approche plus intégrée visant non plus à créer de nouvelles structures mais à introduire la SSR dans des structures d'accueil de jeunes existantes (dépendantes du ministère de l'Action sociale et de celui du Travail, de l'Emploi et de la Jeunesse) et à renforcer les services de SR dans les CSPS (ministère de la Santé). Parallèlement, l'intervention du FNUAP s'est concentrée dans les trois zones où interviennent les autres agences des NU (Fada, Tenkodogo et Dori) ainsi qu'à Kombisiri. Bien que cette nouvelle approche n'ait pas encore été évaluée, les difficultés observées (gestion problématique de certains projets entraînant une allocation irrégulière et souvent très retardée des ressources prévues, mauvais état des équipements fournis, absence de mécanismes permettant d'espérer une pérennité du financement, et très faible fréquentation des CSPS par les jeunes) laissent présager que son impact en terme d'accessibilité des jeunes à des services de SSR de qualité restera très limité.
- Par ailleurs le FNUAP a apporté son soutien à l'élaboration par l'ONG « Santé Familiale et Prévention du SIDA » (SFPS) d'un programme (« Sympa ») destiné adapter les services aux besoins spécifiques des jeunes dans une dizaine de formations sanitaires de Ouagadougou. Il a également participé aux formations organisées par la DSF et destinées à sensibiliser les professionnels de santé à la SR des jeunes et des adolescents. De la même façon, le FNUAP a apporté son assistance technique à la DSF pour l'élaboration d'un certain nombre d'outils et de documents (normes, check-list, etc.) devant servir de support à la réalisation des activités de SR notamment en direction des jeunes.
- L'impact de ces initiatives reste fortement obéré par le très faible niveau de fréquentation des CSPS par les jeunes pour les activités de SR et par les difficultés « structurelles » auxquelles sont confrontés les services publics de santé (personnels en nombre insuffisant, incomplètement formés et souvent démotivés, manque de moyens financiers, irrégularité de l'approvisionnement en médicaments et consommables, absence de maintenance et sous-dotation en équipements, infrastructures délabrées) que les interventions du FNUAP actuelles ne permettront pas de résoudre.

Compte tenu de ces observations, la mission recommande :

- Ø Que soit réalisée avec le soutien technique du FNUAP une analyse plus approfondie des freins à l'utilisation des services de SR par les jeunes qui devra déboucher sur l'identification de stratégies concrètes et réalistes (les expériences de certaines ONGs devront être prises en compte) d'amélioration des services qui leur sont proposés.
- Ø Que soient repensés (dans le sens d'une meilleure accessibilité et d'une plus grande fluidité) les mécanismes de références depuis les structures d'accueil des jeunes vers les formations sanitaires où doivent leur être délivrés les services de SR.
- Ø Que soit intégrée aux prochaines interventions du FNUAP une véritable stratégie de pérennisation comprenant des étapes clairement définies (*benchmarks*) pour encadrer le désengagement et permettre aux autorités burkinabés de prévoir et de mobiliser les moyens nécessaires à la reprise en main des structures. L'appui de l'équipe d'experts du bureau régional de Dakar pourra être utile pour alimenter la réflexion avec des exemples d'initiatives réussies dans les autres pays de la sous-région (*Study tours*).
- Ø Que le FNUAP use de ses capacités de plaidoyer pour obtenir du gouvernement qu'une part significative des financements extérieurs additionnels (Fonds Global, Initiative Pays Pauvres Très Endettés) soit consacrée au renforcement et au financement des infrastructures sanitaires sur lesquelles reposent les services de SR.
- Ø Que le FNUAP, en relation étroite avec le groupe thématique coordonné par ONUSIDA et avec le CNLS, identifie les possibles stratégies de mise en œuvre de la prévention de la transmission materno-fœtale du VIH/SIDA.

### **ABBEF**

- Mise en place dès 1992 de 2 centres spécialisés dans l'accueil et les services de SSR pour jeunes, l'un à Ouagadougou l'autre à Bobo-Dioulasso. Ouverture d'un centre similaire à Koudougou en 1996 et à Koupéla en 1997.
- Ces centres reposent sur les principes suivants : (i) permettre un accès facile des jeunes en mettant en avant les activités éducatives et de loisirs, (ii) proposer des services cliniques en SSR adaptés aux besoins et aux possibilités (notamment financières) des jeunes, et (iii) s'appuyer sur les pairs éducateurs pour sensibiliser les jeunes et faire connaître le centre.
- L'analyse de l'activité clinique de ces structures au cours des dix dernières années montre que le nombre de jeunes qui les fréquentent ne cesse d'augmenter et que la gamme des services qui leur sont offerts s'est progressivement étendue à la PF, gynécologie (y compris IST), suivi des grossesses, soutien psycho-social, counselling et dépistage du VIH/SIDA.
- Le soutien direct de l'ABBEF permet d'assurer un fonctionnement régulier et relativement satisfaisant (sauf Koupéla) des centres et de maintenir une forte motivation des personnels et des volontaires.
- Depuis 1999, l'ABBEF a entamé dans la région de Ouahigouya un programme de recherche action portant sur l'offre de services/conseils de SSR destinés aux jeunes de 10 à 24 ans vivant en zones rurales. Sur la base des résultats d'un diagnostic initial (réalisé dans une dizaine de villages), un projet pilote de sensibilisation a été mis en œuvre (Octobre 2000-Mars 2001). Puis, grâce à un financement de la Fondation Rockefeller, un programme triennal (2002-2005) d'appui à 5 villages a été lancé. Celui-ci comprends des activités d'IEC/CCC impliquant des pairs éducateurs et le soutien des CSPS (matériels et équipements, approvisionnement en médicaments pour la prise en charge des IST et des infections opportunistes, formation des personnels aux besoins spécifiques de jeunes en matière de SSR). Il est trop tôt pour dire si cette intervention conduira à une augmentation de la fréquentation de ces centres par les jeunes gens.

- La pérennité de ces centres et la possibilité d'en créer d'autres dans les régions où l'ABBEF est implantée dépend de la capacité de l'association à mobiliser des financements extérieurs.

En conséquence, la mission recommande que :

- Ø l'ABBEF parvienne à obtenir de ses partenaires que le soutien qu'ils lui apportent prenne la forme d'un appui financier régulier et global plutôt que de passer par les multiples projets ponctuels dont elle bénéficie actuellement. Le ministère de la Santé pourrait d'ailleurs jouer un rôle dans cette évolution (et contribuer de façon plus importante au soutien de l'ABBEF) en appliquant le principe de la contractualisation des services prévu dans le cadre du PNDS.
- Ø L'ABBEF n'oublie pas de disséminer les résultats du programme de recherche action mené à Ouahigouya à l'ensemble des partenaires impliqués dans la SSR des jeunes au BF.

## 6. IEC/CCC

Le FNUAP (en apportant son appui technique à la DSF) et l'ABBEF ont produit une quantité importante de matériels d'IEC concernant la SSR des jeunes gens. Pour l'élaboration de certains d'entre eux, ils ont travaillé ensemble. De plus, la plupart de ces matériels sont destinés tant aux structures gouvernementales qu'à celles des ONGs et associations. De ce fait, il est difficile de décrire séparément leurs interventions dans ce domaine.

- Les matériels d'IEC produits portent sur les thématiques suivantes : grossesses indésirées et PF, sexualité, prévention des IST et du VIH/SIDA, communication entre sexes et avec les parents, etc.) Ces thématiques correspondent aux besoins exprimés par les jeunes (qui ont été systématiquement impliqués dans leur élaboration) et au cadre réglementaire actuel.
- La multiplication des acteurs engagés dans des activités d'IEC/CCC en SSR et produisant chacun leurs propres matériels conduit à une duplication des efforts alors que certains aspects ne sont pas couverts (prévention de la mortalité maternelle chez les jeunes, prévention de la Transmission materno-infantile du VIH).
- L'attention portée à l'adéquation culturelle et linguistique des messages aux publics cibles n'a pas toujours été suffisante. Ainsi, la plupart des brochures réalisées nécessitent pour être comprises un niveau minimum d'éducation et de la maîtrise de la langue française.
- Bien qu'il n'y ait pas de contradictions flagrantes entre les messages, certains d'entre eux (portant notamment sur les relations sexuelles précoces ou sur les moyens de limiter ses risques d'IST ou de VIH/SIDA) comportent des considérations morales qui dépassent les strictes nécessités de la santé publique.
- Paradoxalement, ces très nombreux supports d'IEC ne sont le plus souvent pas disponibles dans les structures (en particulier publiques) dans lesquelles ils devraient être distribués aux jeunes. Cette situation est à rapprocher de faiblesses observées dans la gestion et la distribution de matériels et de consommables tant au niveau central que dans les services déconcentrés (régions et districts) du ministère de la Santé.
- L'ABBEF et le FNUAP soutiennent une approche de l'IEC/CCC basée sur l'implication de pairs éducateurs (« jeunes pour jeunes »). Le soutien apporté par l'ABBEF aux volontaires qu'elle mobilise pour ces activités (rémunération des causeries, suivi étroit, implication dans les autres activités des centres) explique une motivation et une dynamisme que l'on ne retrouve pas toujours parmi les volontaires participants aux programmes d'IEC/CCC mis en place par les structures gouvernementales.
- L'impact de ces activités d'IEC/CCC est difficile à évaluer. De l'avis des principaux interlocuteurs rencontrés, les mentalités évolueraient et l'information sur un certain nombre de sujets (préservatifs, VIH/SIDA, contraceptions, interdiction de l'excision) se

serait améliorée. Cependant, la pression sociale et religieuse reste forte (en particulier dans certaines régions rurales) et la sexualité est encore un sujet tabou entre les générations. Aucun élément objectif (enquêtes) ne permet de s'assurer que les comportements ont effectivement évolués.

En conséquence, la mission recommande :

- Ø Que soient élaborés des messages sur les thématiques non couvertes à l'heure actuelle (prévention de la mortalité maternelle chez les jeunes, prévention de la transmission materno-infantile du VIH).
- Ø Que soient développés des messages et matériels compréhensibles par des jeunes non alphabétisés.
- Ø Que soit réalisées des études sur la réception des messages et du matériel d'IEC par les jeunes.
- Ø Que soient identifiés les obstacles à la bonne distribution/diffusion des matériels d'IEC et que des solutions soient apportées à ces difficultés.
- Ø Que soit mis en place (par exemple sous l'égide de la DSF) un mécanisme de coordination pour éviter les duplications et l'élaboration itérative de matériels similaires.