

Changer les attitudes, les croyances, les normes
et les intentions des jeunes filles en matière
de santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso :
**RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION
DU PROJET (RE)SOLVE**



CONTEXTE

A PROPOS DE (RE)SOLVE

Lancé en 2016, le projet (re)solve a été mené par Pathfinder International, en partenariat avec Camber Collective, The International Center for Research on Women (ICRW), et ideas42. Le consortium a utilisé les préférences des consommateurs, de la conception comportementale et de la santé publique pour découvrir ce qui empêche les femmes et les filles d'utiliser les moyens de contraception modernes même lorsqu'elles souhaitent éviter une grossesse.

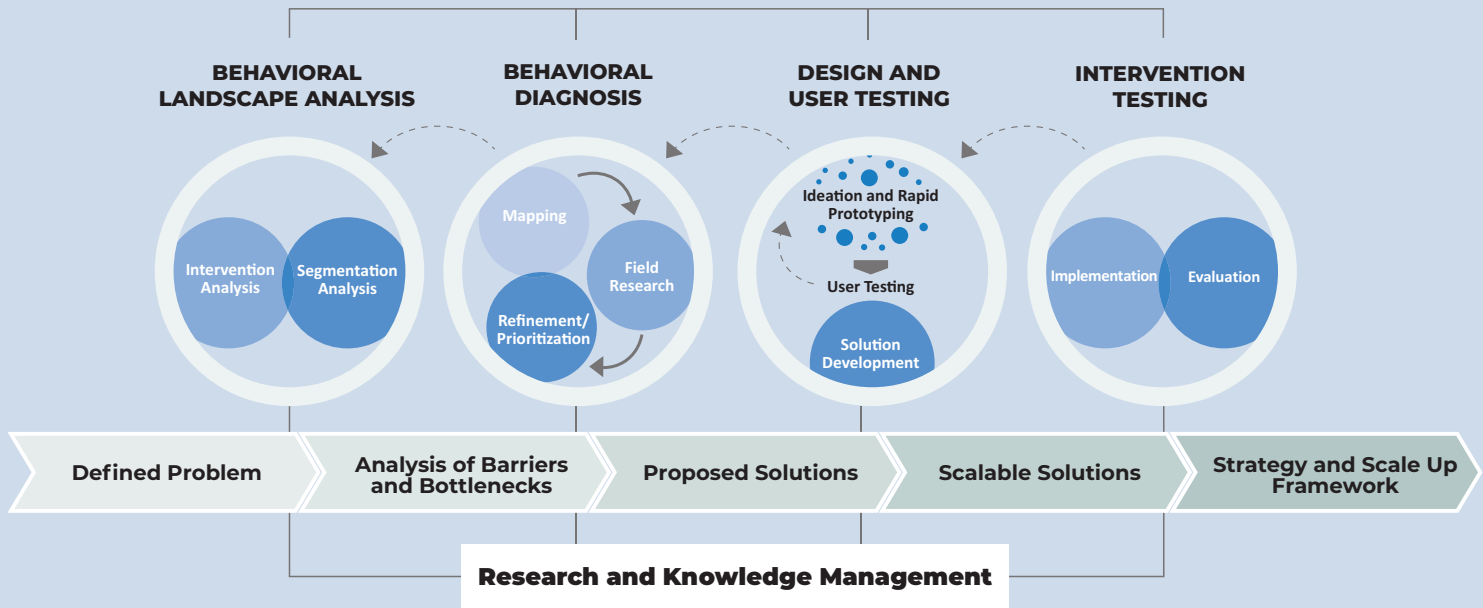
La conviction qu'il n'y a pas de solution unique pour toutes les femmes et jeunes filles est au cœur de (re)solve. (re)solve a conçu et personnalisé des solutions et des services fondés sur des données, pour répondre aux besoins, aux motivations et aux expériences vécues par les femmes et les filles au Burkina Faso, en Éthiopie et au Bangladesh.

LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTES AU BURKINA FASO

La moitié de la population du Burkina Faso a moins de 15 ans, et de nombreuses jeunes filles deviendront sexuellement actives et risqueront une grossesse non planifiée lors de l'adolescence. Au Burkina Faso, près d'une fille sur deux sera mariée, et une sur quatre sera enceinte, avant son 18e anniversaire. Parmi les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, 69 % ont eu des relations sexuelles et 38 % sont actuellement actives sexuellement. Cependant, 83 % des jeunes femmes de cette tranche d'âge n'ont jamais utilisé de méthode contraceptive moderne et 88 % n'en utilisent pas actuellement.¹

¹ Burkina Faso, EDS 2010

LE CADRE DE TRAVAIL DE (RE)SOLVE



Le cadre de travail de (re)solve

L'approche (re)solve comporte quatre phases : analyse du paysage des comportements, diagnostic comportemental, conception et tests sur les utilisatrices, et tests d'intervention.

PHASE I : ANALYSE DU PAYSAGE DES COMPORTEMENTS

L'analyse du paysage comportemental de (re)solve met en lumière les dynamiques qui ont influencé la non-utilisation des contraceptifs chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans au Burkina Faso. Nous avons utilisé la segmentation² pour classer cette population hétérogène en six catégories ou « segments » relativement homogènes basés sur des caractéristiques démographiques, les attitudes, les connaissances et d'autres caractéristiques communes. Les résultats de la segmentation ont aidé à établir un diagnostic comportemental, et à concevoir et développer l'intervention.

² Activité consistant à diviser une population plus importante en sous-groupes de personnes (appelés segments) sur la base d'un certain type de caractéristiques communes, telles que des besoins partagés, des intérêts communs, des modes de vie similaires ou même des profils démographiques similaires.



Photo: Sarah Lance/Pathfinder International

PHASE II : DIAGNOSTIC COMPORTEMENTAL

Pour comprendre l'intention d'utiliser la contraception, qui se situe entre la prise de décision et l'utilisation de la contraception, il faut examiner et surmonter les blocages comportementaux³ qui empêchent les jeunes d'utiliser la contraception. (re)solve a identifié les goulots d'étranglement qui influencent les filles à différents points de décision :

- + Décision de tomber enceinte (Les filles ne pensent pas explicitement aux conséquences des rapports sexuels.)
- + Décision d'utiliser des contraceptifs (Les filles ne pensent pas qu'elles doivent envisager d'utiliser des contraceptifs, car elles perçoivent un faible risque de grossesse.)
- + Décision de se rendre dans un centre de santé (Les filles ne se rendent pas dans un centre de santé par crainte que d'autres personnes découvrent qu'elles sont intéressées par les contraceptifs ou qu'elles en utilisent.)

L'équipe de (re)solve a évalué chaque goulot d'étranglement en fonction de sa pertinence par rapport au problème de la non-utilisation des contraceptifs, des preuves de son existence et de la possibilité de s'y attaquer. La cartographie des obstacles pour les différents segments a montré que les goulots d'étranglement touchaient principalement les filles non mariées ; par conséquent, nous avons concentré la phase suivante du projet sur les filles non mariées.

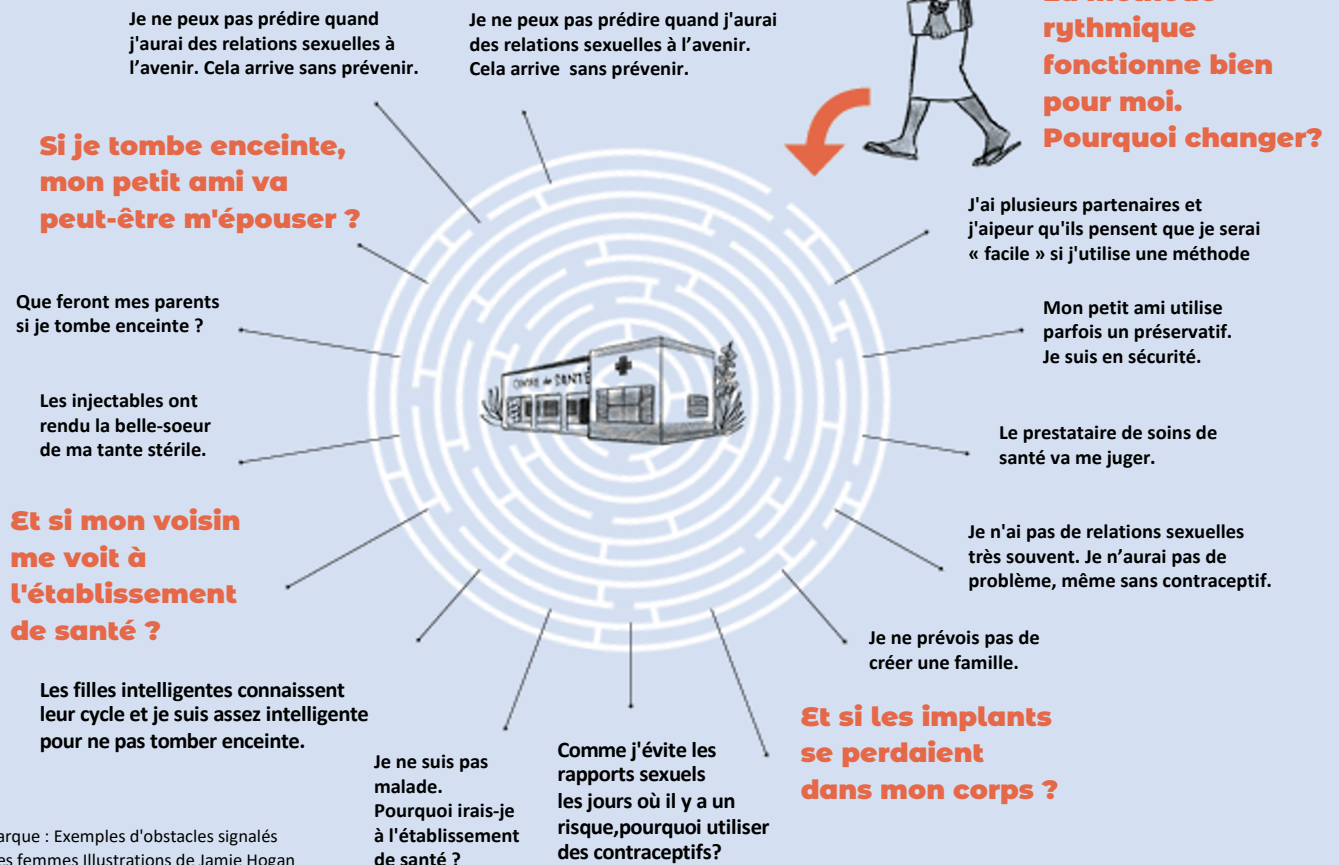
PHASE III : CONCEPTION ET TESTS SUR LES UTILISATRICES

La phase de conception et de test sur les utilisatrices du projet a comporté plusieurs étapes : idéation (au cours de laquelle l'équipe, les élèves (filles) et les prestataires de santé ont généré une myriade de solutions potentielles pour résoudre les goulots d'étranglement prioritaires), prototypage des idées les plus marquantes et tests sur les utilisatrices. Lors des tests sur les utilisatrices, nous avons organisé des ateliers avec le personnel de mise en œuvre, les filles et les prestataires de santé pour comprendre et affiner les prototypes en fonction des commentaires relatifs au contenu, à la convivialité, à la faisabilité et à l'efficacité perçue des options de conception. À la fin de cette phase, nous avons mis au point un ensemble de solutions à mettre en œuvre avec les élèves non mariées. Étant donné que l'engagement dans les solutions nécessitait la maîtrise du français, nous avons décidé de concentrer l'intervention sur les filles en 4^{ème} et en 3^{ème}, car les filles des classes inférieures ne maîtrisaient pas encore assez le français pour comprendre pleinement le contenu des cartes.

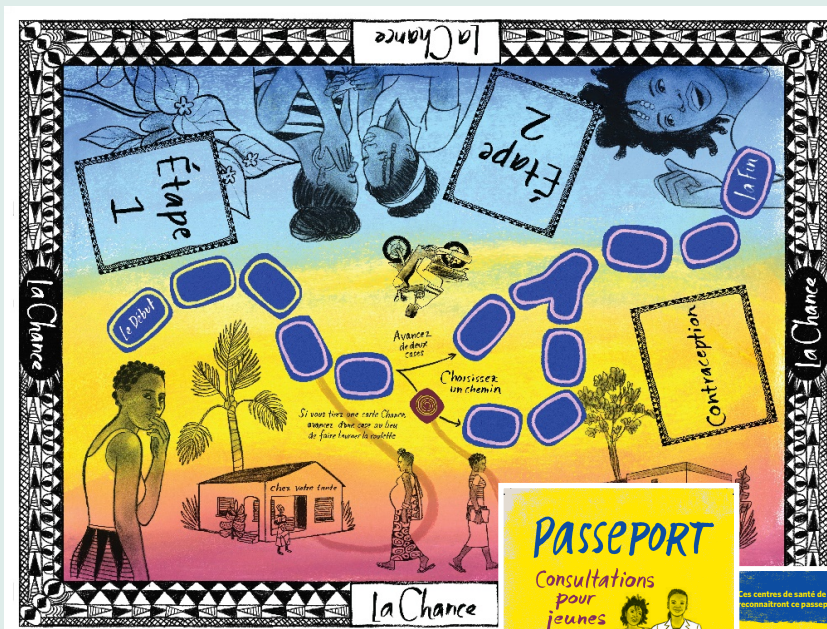
3 Obstacles qui empêchent une personne de prendre une décision ou une mesure qui répondrait autrement à ses besoins (par exemple, l'utilisation d'une méthode contraceptive pour éviter une grossesse non désirée).

MULTIPLES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT

Ils empêchent les filles de prendre des décisions en matière de grossesse et de recours à la contraception, et d'agir en conséquence*



Remarque : Exemples d'obstacles signalés par les femmes Illustrations de Jamie Hogan



LE JEU DE SOLUTIONS:
 Jeu de société *La Chance*
 avec toupies, passeport,
 affiche, badge



LE JEU DE SOLUTIONS DE (RE)SOLVE

L'ensemble de solutions comprenait trois éléments.

JEU DE SOCIÉTÉ : À l'école, les filles ont joué à un jeu de société appelé *La Chance*, dirigé par un animateur local formé. Les participantes se sont mises en compétition pour atteindre le bout du tableau pour gagner, en choisissant des cartes en cours de route et en choisissant un chemin avec ou sans contraceptifs.

Dans le cadre du jeu, les filles ont exploré des scénarios, pris des décisions et vécu les conséquences, répondu à des questions sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) et répondu à des questions incitatives qui leur demandaient de confronter des mythes et de donner des conseils. Ces activités ont permis de contrer les perceptions erronées sur les risques de grossesse, la fécondité et les contraceptifs, de mettre les filles à l'aise avec des sujets sensibles et de les encourager à se rendre dans les centres de santé.

PASSEPORT DE SANTÉ : Après le jeu, l'animateur a donné à chaque fille trois passeports de 8 cm x 10,5 cm – un pour elle-même et deux pour des amies – qui indiquent les centres de santé sites du projet. Lorsqu'une jeune fille arrive dans un centre de santé, elle montre son passeport à un prestataire de santé qualifié, qui le reconnaît et fournit des conseils ou des services de santé sexuelle et reproductive rapides et discrets à la détentrice de la carte.

FORMATION SUR LES SERVICES ADAPTÉS AUX JEUNES, AFFICHE ET BADGE : Le personnel administratif et les prestataires de soins de santé des centres participants ont reçu une formation sur les services adaptés aux jeunes en matière

de fourniture de services de santé sexuelle et reproductive complets, de haute qualité et impartiaux aux jeunes. Les prestataires de services adaptés aux jeunes formés portaient des badges d'identification pour se faire connaître. Dans les écoles et les centres de santé sont collés des affiches faisant de la publicité sur d'autres services de SSR que la contraception. Les affiches des centres de santé normalisaient la présence des filles et leur donnaient des excuses si quelqu'un les reconnaissait ou leur demandait le but de leur visite.

PHASE IV: TESTS D'INTERVENTION

MISE EN ŒUVRE

Les Directions régionales et provinciales de la santé et enseignement post-primaire et secondaire ont facilité l'introduction des solutions de (re)solve dans les centres de santé et les écoles. Dix-neuf centres de santé – neuf à Bobo-Dioulasso et 10 à Ouagadougou – y ont participé. En plus de la formation adaptée aux animateurs menée entre septembre et novembre 2019, le personnel de (re)solve a orienté les prestataires sur le projet et la solution.

La solution a été mise en œuvre dans 16 écoles post-primaires: huit à Bobo-Dioulasso et huit à Ouagadougou. Les écoles se sont vu attribuer deux animateurs qui jouaient chacun un ou deux jeux par jour. (re)solve a orienté des membres de chaque direction, les associations des parents d'élèves, des enseignants et des parents d'élèves sur le jeu et a répondu aux questions et préoccupations. Plus de 3 000 filles ont joué à *La Chance*, et les animateurs ont distribué plus de 11 000 passeports entre décembre 2019 et la mi-mars 2020, date à laquelle les écoles ont fermé à la suite de la pandémie de COVID-19.

Évaluation

MÉTHODES

L'hypothèse principale de l'évaluation d'impact était que les filles de 4^{ème} et 3^{ème} qui ont été exposées au jeu de société et qui ont reçu un passeport de santé pour faciliter le suivi dans un centre de santé seraient plus susceptibles de rapporter des perceptions précises sur le sexe et la contraception, de former des intentions qui correspondent à leur statut de risque - comme l'intention d'utiliser une contraception - et de rechercher davantage d'informations et/ou des services de contraception dans un centre de santé, par rapport à des filles similaires qui n'ont pas été exposées à cette solution.

Pour répondre à nos objectifs de recherche, nous avons utilisé une méthode mixte par groupes d'essai contrôlé randomisé (ECR). Plus précisément, nous avons utilisé les méthodes suivantes :

- + Enquêtes quantitatives longitudinales de base/intermédiaires/finales avec une cohorte de filles de 14 à 18 ans en 4^{ème} et 3^{ème} dans les écoles d'intervention et enquêtes quantitatives longitudinales de référence/intermédiaires/finales avec la même population dans les écoles témoins ;
- + Entretiens qualitatifs longitudinaux en profondeur comparant les données de référence initiales et les données obtenues à l'issue de la mise en œuvre avec des filles de 14 à 18 ans en 4^{ème} et en 3^{ème} dans les écoles d'intervention ;
- + Entretiens qualitatifs avec le personnel chargé de la mise en œuvre à l'issue de la mise en œuvre ; et
- + Entretiens avec les informateurs clés (EIC) avec les experts et les autorités à l'issue de la mise en œuvre.

Nous avons utilisé une conception en grappe à plusieurs étapes pour l'évaluation. Pour atteindre un échantillon de 2 400 filles non mariées avec l'enquête quantitative, nous avons sélectionné 32 écoles (16 à Bobo-Dioulasso, 16 à Ouagadougou). La moitié des écoles de chaque ville a été désignée sélectionnée au hasard pour recevoir l'intervention de (re)solve ; les autres ont été sélectionnées comme écoles témoins.⁴ Pour les entretiens qualitatifs, nous avons sélectionné au hasard des filles au départ parmi celles qui ont accepté de participer à (re)solve et ont exprimé leur intérêt à participer à la recherche. Toutes les autres participantes à l'étude qualitative ont été sélectionnées à dessein.

L'équipe de recherche de (re)solve a recueilli des données initiales de base en personne entre novembre 2019 et janvier 2020. La collecte des données de fin d'enquête devait commencer fin mars 2020, mais, en raison de la pandémie de COVID-19, l'équipe a collecté toutes les données finales par téléphone en juillet 2020.

Le Conseil d'examen institutionnel de l'ICRW (Washington, É.-U.) et le Comité d'Éthique Institutionnel pour la Recherche en Science de la Santé (CEIRSS) (Burkina Faso) ont approuvé la recherche. L'équipe de recherche a obtenu le consentement des parents pour toutes les filles de moins de 20 ans.

CONCLUSIONS

Nous avons mené 2 372 enquêtes quantitatives au début de la mise en œuvre et 2 072 à la fin (taux de rétention de 87,4 %) (Tableau 1) ; 48 entretiens avec des filles au début et 41 à la fin ; 35 entretiens à la fin avec des membres du personnel d'exécution ; et 14 EIC à la fin. Au départ, notre échantillon était bien équilibré en ce qui concerne les principales caractéristiques démographiques (TABLEAU 1).

EXPÉRIENCE AVEC (RE)SOLVE (À LA FIN DE LA MISE EN ŒUVRE)

Parmi les filles ayant participé à la recherche et à la programmation de (re)solve - ci-après dénommée les filles des écoles d'intervention (N=1 013) - 96,2 % (N=947) ont déclaré avoir déjà joué au jeu, et 96,7 % (N=950) ont reçu un passeport. La majorité a reçu soit deux passeports (97,2 %, N=803), soit plus de deux passeports (14,1 %, N=143) pour les donner à d'autres filles, comme prévu. La majorité des filles (41,9 %) ont déclaré avoir donné au moins un passeport à un camarade d'une autre école, de même qu'à un membre plus âgé de la famille (29,9 %). Seules 7,7 % des filles ne partageaient pas leur passeport avec quelqu'un.

Cent quatre-vingt-quatorze filles (19,2 % du total) ont déclaré s'être rendues dans un centre de santé au cours des sept derniers mois (pendant la mise en œuvre de (re)solve) pour obtenir des informations ou des services en matière de contraception : 14,5 % à Ouagadougou (N=75) et 23,9 % à Bobo-Dioulasso (N=119) (TABLEAU 2).

Le projet (re)solve a été bien accueilli par les répondantes. La plupart des filles ont déclaré qu'elles aimeraient jouer au jeu, apprendre par le jeu et avoir des interactions avec les animateurs. Une jeune fille de 16 ans en 4^{ème} à Ouagadougou a déclaré : « *Ce que j'ai aimé dans ce jeu, c'est la façon dont les animateurs étaient à notre disposition, ils étaient courtois, ils nous écoutaient et nous donnaient de bons conseils. Ils nous ont montré ce qu'il fallait faire pour éviter une grossesse* ». Des personnes interrogées ont même demandé à jouer à nouveau au jeu.

De nombreux animateurs ont noté le fort engagement des filles et le fait qu'elles ont elles-mêmes apprécié la possibilité d'agir en tant que mentors. Un animateur de Bobo-Dioulasso a déclaré : « *J'ai pu établir de bonnes relations avec les filles. J'ai également apprécié l'organisation et la collaboration avec les autres animateurs.* »

Plusieurs animateurs ont recommandé d'étendre l'intervention à d'autres niveaux scolaires et aux garçons, et de jouer au jeu plus d'une fois. Un animateur de Ouagadougou a noté : « *Ce qui aurait pu être fait différemment, à mon avis, aurait été d'étendre le jeu tout au long du projet à une tranche d'âge inférieure à celle que nous avons ciblée, par exemple [cinquième] parce qu'il y a une tranche d'âge à ce niveau qui expérimente déjà [sexuellement].* » Un autre animateur de Bobo-Dioulasso a recommandé : « *Considérez les garçons, parce qu'ils veulent jouer. Ce sera vraiment bien pour eux d'avoir les mêmes informations que les filles.* »

⁴ Le processus d'échantillonnage a été utilisé pour définir quels centres de santé et quelles écoles seraient inclus dans la mise en œuvre et l'évaluation de (re)solve. Dans un premier temps, l'équipe a sélectionné à dessein des centres de santé à partir d'une liste de centres éligibles dans les deux villes. Ensuite, l'équipe a sélectionné au hasard des écoles dans les zones des services par ces centres. Dans la phase finale, les élèves ont été sélectionnés au hasard pour participer à l'évaluation.

TABLEAU 1. Données démographiques des participantes à l'enquête quantitative (au début de la mise en œuvre du projet)

		TÉMOIN [N=1 200] (N, %)	INTERVENTION [N=1 172] (N, %)	TOTAL [N=2 372] (N, %)
Ville	Ouagadougou	600 (50.0%)	572 (48.8%)	1,172 (49.4%)
	Bobo-Dioulasso	600 (50.0%)	600 (51.2%)	1,200 (50.6%)
École	Secteur privé	900 (75.0%)	872 (74.4%)	1,772 (74.7%)
	Secteur public	300 (25.0%)	300 (25.6%)	600 (25.3%)
Note**	4ème	587 (48.9%)	505 (43.1%)	1,092 (46.0%)
	3ème	613 (51.1%)	667 (56.9%)	1,280 (54.0%)
Âge	14	206 (17.2%)	247 (21.1%)	453 (19.1%)
	15	279 (23.3%)	281 (24.0%)	560 (23.6%)
	16	269 (22.4%)	275 (23.5%)	544 (22.9%)
	17	232 (19.3%)	197 (16.8%)	429 (18.1%)
	18	214 (17.8%)	172 (14.7%)	386 (16.3%)
Currently sexually active		96 (8.0%)	97 (8.3%)	193 (8.1%)

Statistiquement significatif à * p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Non montré : Aucune différence statistiquement significative sur l'« intention d'utiliser des contraceptifs » entre les écoles d'intervention et les écoles témoins.

TABLEAU 2. L'expérience des filles dans les centres de santé dans le cadre du projet (re)solve

CATÉGORIE D'EXPÉRIENCE	RÉPONSES	TOTAL (N,%)
A vu des affiches au centre de santé (N=194)		178 (91,8 %)
Méthode reçue au centre de santé, telle que rapportée par les filles (N=194)	Méthode moderne ^a	36 (18,6 %)
	Préservatifs ^b	13 (6,7 %)
	Abstinence	58 (29,9 %)
	Autre ou préfère ne pas répondre ^c	87 (44,8 %)
Raisons pour lesquelles les filles ne se sont pas rendues au centre de santé pour obtenir des informations ou des services sur la contraception (PARMI LES N=809 FILLES QUI N'Y SONT PAS ALLÉES)	Pas sexuellement active	331 (40,9 %)
	Utilise déjà une méthode	15 (1,9 %)
	Pas intéressée	66 (8,1 %)
	Intéressée, mais occupée par l'école	210 (25,9 %)
	Intéressée, mais COVID-19	89 (11,0 %)
	Intéressée, mais (autres raisons) ^d	66 (8,1 %)
	Autre, ne sait pas ou préfère ne pas répondre	32 (4,0 %)

a Les méthodes modernes comprennent toutes les méthodes hormonales et la contraception d'urgence.

b Les préservatifs comprennent les préservatifs masculins et féminins.

c Les autres méthodes comprennent 67 filles qui déclarent « préférer ne pas répondre ».

d Les autres raisons sont le manque de moyens, de transport et de soutien.

ATTITUDES, NORMES, CROYANCES ET INTENTIONS EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION

L'évaluation a examiné les attitudes, les normes, les croyances et les intentions en matière de SSR chez les filles au fil du temps, et elle a comparé le groupe d'intervention et le groupe témoin.

ATTITUDES À L'ÉGARD DE LA CONTRACEPTION

Dans l'ensemble, nous avons constaté des tendances positives dans les attitudes envers la contraception des filles des écoles d'intervention. Entre le début et la fin de l'étude, le pourcentage de jeunes filles des écoles d'intervention qui **sont d'accord que la contraception est une cause d'infécondité a diminué** de 81,8 % à 77,6 % (FIGURE 1). De même, le pourcentage de filles des écoles d'intervention qui **sont d'accord que « la contraception est la meilleure option pour moi » est passé** de 72,7 % à 83,6 % (FIGURE 2). À la fin, nous avons observé des différences statistiquement significatives entre le groupe d'intervention et le groupe témoin en ce qui concerne le niveau d'accord avec les deux énoncés (tous deux $p < 0,001$).

Les résultats qualitatifs suggèrent que les solutions ont remis en question les idées fausses des filles et leur ont appris comment et où obtenir des informations médicalement exactes. « *Je pense que les filles commencent à comprendre, elles y adhèrent* », a déclaré un prestataire de santé à Bobo-Dioulasso. « *Surtout celles qui ont suffisamment d'informations sur la contraception, elles n'hésitent pas à se soumettre à une méthode.* »

Une jeune fille de 19 ans, en 3ème à Ouagadougou, a déclaré : « *Je pensais que [la contraception] n'était pas une bonne chose et que ce que les gens disaient à ce sujet n'était pas la vérité. Je pensais que les contraceptifs n'étaient pas sûrs pour éviter de tomber enceinte. Mais après le jeu, cela a changé.* »

Cependant, la désinformation et la peur, notamment d'un lien entre la contraception et une infécondité permanente, étaient encore couramment rapportées par les filles des écoles d'intervention. Une jeune fille de 17 ans en 4ème à Ouagadougou a déclaré : « *J'ai peur... d'utiliser la contraception, parce que plus tard je ne pourrai plus avoir d'enfants.* »

FIGURE 1. Filles qui sont d'accord pour dire que la contraception est une cause d'infécondité (N=1,986)

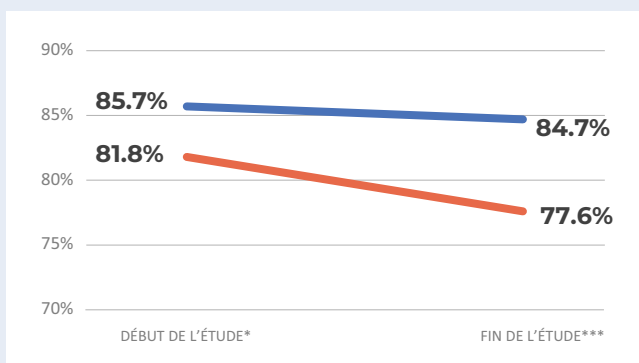


FIGURE 2. Filles qui sont d'accord pour dire que la contraception est la meilleure option pour elles (N=2 044)

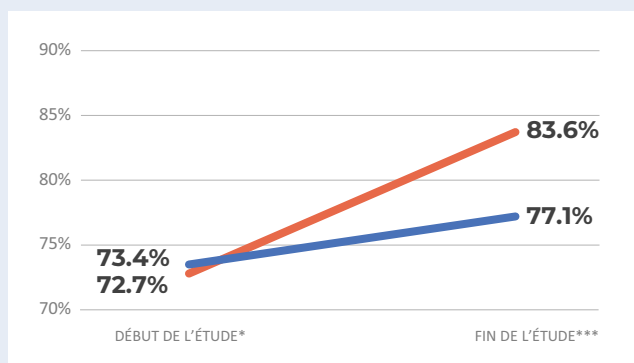


FIGURE 3. Filles qui sont d'accord pour dire qu'elles ont la confiance nécessaire pour obtenir et utiliser des méthodes de contraception si elles le souhaitent (N=2 072)

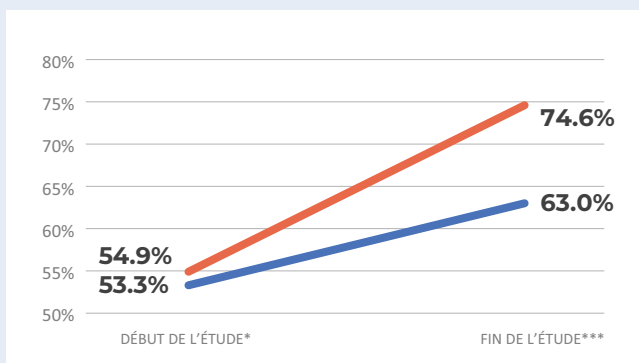
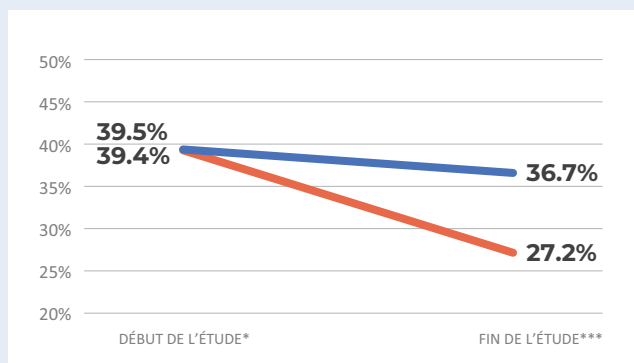


FIGURE 4. Filles qui sont d'accord pour dire que les prestataires de santé n'aiment pas donner des conseils en matière de contraception aux filles non mariées (N=1 988)



— GROUPE D'INTERVENTION — GROUPE TÉMOIN

Statistiquement significatif à * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ On considère que les filles sont d'accord avec l'affirmation si elles ont répondu « d'accord » ou « tout à fait d'accord »



Photo: Arthur Abga/Pathfinder International

AUTO-EFFICACITÉ DES CONTRACEPTIFS

Nous avons également constaté une **augmentation de l'auto-efficacité des filles à obtenir et à utiliser des méthodes de contraception**. Le pourcentage de filles des écoles d'intervention qui déclarent avoir confiance en elles-mêmes pour obtenir et utiliser une méthode de contraception est passé de 54,9 % à 74,6 %. À la fin de l'étude, une proportion statistiquement significative de filles du groupe d'intervention ont déclaré avoir confiance dans l'obtention et l'utilisation d'une méthode de contraception, par rapport aux filles du groupe témoin (74,6 % contre 63,0 %, $P < 0,001$) (**FIGURE 3**).

De même, la proportion des filles des écoles d'intervention qui sont d'accord avec l'énoncé **que les prestataires de santé n'aiment pas donner de conseils en matière de contraception aux filles non mariées, a diminué** de 39,4 % à 27,2 %. À la fin de l'étude, une proportion statistiquement significative plus faible de filles du groupe d'intervention ont déclaré être d'accord avec l'énoncé, par rapport aux filles du groupe témoin (27,2 % contre 36,7 %, $P < 0,001$) (**FIGURE 4**).

Les filles interrogées dans le cadre des entretiens approfondis qui se sont rendues dans un centre de santé après avoir joué au jeu ont presque toutes fait état d'expériences positives : elles se sont senties accueillies et ont reçu les conseils ou les réponses qu'elles cherchaient. Une jeune fille de 16 ans en 3ème à Bobo-Dioulasso a déclaré : « Les prestataires de santé m'ont accueillie dès que je leur ai présenté mon passeport. Ils m'ont donné une place... J'étais à l'aise, car toutes les questions étaient confidentielles. Je me suis sentie satisfaite. »

De nombreux répondants de tous types ont indiqué qu'un obstacle majeur à la visite des centres de santé était la crainte des filles d'être vues ainsi que le risque que leur intérêt ou leur emploi de la contraception soit découvert par leur famille. Cependant, l'anonymat et la confidentialité associés aux passeports semblent contrer ces craintes, tout comme l'attitude des prestataires de santé, qui mettent les jeunes filles à l'aise. Un prestataire de santé de Bobo-Dioulasso

a déclaré : « Quand [les filles] viennent avec la carte [passeport], elles n'ont pas besoin de trop parler. Comme la plupart de nos prestataires ont reçu une formation à cet effet, donc quand nous voyons une fille avec une carte, nous nous approchons rapidement d'elle pour la guider facilement. »

Le pourcentage de filles signalant des normes sociales concernant la non-utilisation de la contraception par les filles non mariées a diminué (non indiqué). Entre le début et la fin de l'étude, le pourcentage de filles dans le groupe d'intervention qui ont convenu qu'il n'est pas normatif pour les filles non mariées d'utiliser la contraception a diminué de 32,1 % à 17,7 %. À la fin de l'étude, une proportion statistiquement significative plus faible de filles du groupe d'intervention ont déclaré être d'accord avec le fait que l'utilisation de la contraception pour les filles non mariées n'est pas normative, par rapport aux filles du groupe témoin (17,7 % contre 28,4 %, $P < 0,001$).

Même lorsque les filles ne veulent pas utiliser de contraception et préfèrent s'abstenir de tout rapport sexuel jusqu'au mariage, les résultats qualitatifs obtenus à la fin de l'étude suggèrent que leur attitude générale à l'égard de la contraception est plus positive qu'au départ. Une répondante de 19 ans en 3ème à Ouagadougou a réfléchi à la question « La contraception ! C'est pour toutes les filles. C'est un choix. Si vous voulez, vous pouvez continuer à l'utiliser, et si vous ne voulez pas, vous le laissez. Sinon, c'est pour chaque fille... Cela dépend de ce que vous voulez. »

Les adultes ont répondu de la même manière ; beaucoup d'entre eux seraient favorables à l'utilisation de moyens contraceptifs par leurs filles ou d'autres jeunes filles, surtout si l'alternative était une grossesse non désirée ou un avortement dangereux.

« Aujourd'hui, les adultes ont compris [ce qu'est la contraception] », a déclaré un prestataire de santé de Ouagadougou. « Mieux vaut adopter un moyen de contraception que d'avoir une grossesse non désirée et de se faire avorter au risque de perdre la vie. »

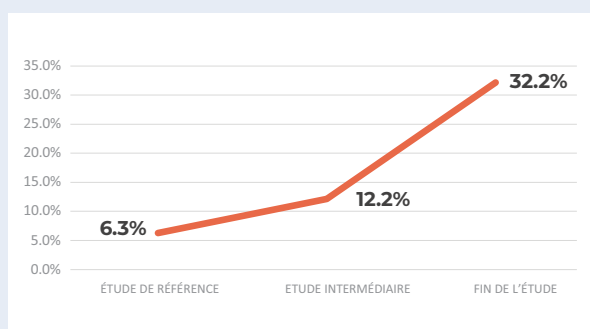
INTENTION DE RECOURIR À LA CONTRACEPTION

Les principaux résultats de notre analyse par équations d'estimation généralisées (GEE) montrent que (re)solve a eu un impact positif sur l'intention d'utiliser la contraception mais n'a pas atteint une signification statistique dans aucun des modèles de risque ajustés, ou lors de la stratification par activité sexuelle. Les filles des écoles d'intervention avaient plus de chances de déclarer une intention de recourir à la contraception au cours des trois prochains mois que les filles des écoles de contrôle (aOR=1,59, 95 % IC 0,97-2,61).

Alors que de nombreuses filles étaient en couple, rares sont celles qui ont déclaré être alors actives sexuellement. La plupart semblaient naïves en ce qui concerne le sexe et la contraception. En conséquence, beaucoup ont indiqué que la contraception, bien que n'étant pas mauvaise en soi, ne les concernait tout simplement pas à ce moment. Lorsqu'on lui a demandé si elle se voyait utiliser une méthode contraceptive à un moment donné, une jeune fille de 15 ans en 4ème à Ouagadougou a répondu : « Non, pas vraiment... parce que je n'ai pas l'intention d'avoir une relation. »

De nombreuses filles ont exprimé leur intention de recourir à la planification familiale à l'avenir – lorsqu'elles seront mariées ou qu'elles auront terminé leurs études, par exemple. Une jeune fille de 16 ans de Bobo-Dioulasso en 3ème a déclaré : « [Je vais utiliser la contraception à l'avenir], parce qu'à un moment donné, j'aurai des rapports sexuels, et je devrai me protéger pour éviter les grossesses non désirées. »

FIGURE 5. Pourcentage de filles des écoles d'intervention qui ont déjà visité un établissement de santé pour obtenir des informations ou des services de santé sexuelle et reproductive (N=999)***



VISITES DANS DES CENTRES DE SANTÉ POUR OBTENIR DES INFORMATIONS ET DES SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Parmi les filles des écoles d'intervention, nous avons noté une **augmentation** statistiquement significative du **pourcentage de celles qui ont déclaré s'être déjà rendues dans un centre de santé pour des raisons liées à la santé** sexuelle et reproductive, de 6,3 % à 32,2 % (P<0,001). Pendant le jeu et lors des conversations qui ont suivi avec les animateurs, les filles ont posé des questions sur la contraception, les

menstruations et la santé sexuelle. Certaines filles ont acquis suffisamment d'assurance pour se rendre dans des centres de santé et poser des questions de suivi. Une jeune fille de 16 ans de Ouagadougou en 4ème a déclaré : « Je suis allée [au centre de santé] pour déterminer si ce qu'on nous a dit à l'école est la même chose [que] ce que j'entendrai au centre de santé pour connaître la méthode de contraception. »

Les passeports ont permis aux filles de savoir à quoi s'attendre à leur arrivée au centre, ce qui les a rendues plus à l'aise pour y aller. Un prestataire de santé de Bobo-Dioulasso a observé : « Le jeu divertit [les filles] et les rend curieuses sur la sexualité, sur la contraception, et souvent il les amène aussi [au centre de santé]. De plus, avec les cartes dont elles disposent, cela leur facilite l'accès et l'obtention de conseils. » Les filles n'ont peut-être pas élaboré un plan clair pour obtenir et utiliser immédiatement un moyen de contraception, mais le jeu a semé les graines de la connaissance et a piqué la curiosité et le désir des filles d'en savoir plus.

Discussion

(re)solve a été bien accueilli par les parties prenantes et a montré des résultats prometteurs en termes de changement des attitudes, des croyances, des normes et des comportements en matière de SSR chez les élèves célibataires de Bobo-Dioulasso et de Ouagadougou. Les filles, les animateurs de jeux, les prestataires de santé, les acteurs de l'éducation et le personnel de Pathfinder ont déclaré avoir apprécié les activités du programme et avoir perçu un impact positif. Le jeu a éveillé la curiosité et remis en question les mythes sur l'utilisation des contraceptifs, encourageant les filles à entamer des conversations avec les animateurs pour en savoir plus. Ces conversations ont contribué à réduire les idées fausses et les craintes, notamment celles selon laquelle la contraception peut provoquer l'infécondité. Les filles des écoles d'intervention ont développé des attitudes plus positives à l'égard de l'utilisation des contraceptifs et ont acquis la confiance nécessaire pour obtenir et utiliser une méthode de leur choix.

Environ une répondante sur cinq a utilisé son passeport (re)solve pour chercher des informations dans un centre de santé. Ces filles ont déclaré avoir reçu des réponses à des questions personnelles importantes sur leur corps et leur santé sexuelle et reproductive. Les visites de certaines filles les ont même amenées à se procurer une méthode contraceptive. Bien que nous n'ayons pas observé de changement statistiquement significatif dans l'intention des filles des écoles d'intervention d'utiliser la contraception, cela est probablement dû en partie au fait que les répondantes étaient jeunes, pas encore sexuellement actives, et qu'elles ne percevaient pas encore la contraception comme un besoin immédiat. Toutefois, le fait qu'à ce jeune âge et à ce niveau de naïveté sexuelle, les filles commencent à poser des questions importantes, à obtenir des informations factuelles et à remettre en question les idées fausses et les attitudes négatives qui prévalaient auparavant sur l'utilisation des contraceptifs par les adolescentes suggère qu'elles pourraient être prêtes à adopter une méthode lorsqu'elles seront prêtes à devenir sexuellement actives.

«JE PENSAIS QUE [LA CONTRACEPTION] N'ÉTAIT PAS UNE BONNE CHOSE... Je pensais que les contraceptifs n'étaient pas sûrs pour éviter de tomber enceinte. Mais après le jeu, cela a changé. » (Jeune fille, 19 ans, en 3ème à Ouagadougou)

« LE JEU ... DIVERTIT [LES FILLES] ET LES REND CURIUSES sur la sexualité, sur la contraception, et souvent il les amène aussi [au centre de santé]. De plus, avec les cartes dont elles disposent, cela leur facilite l'accès et l'obtention de conseils. » (Prestataire de santé, Bobo-Dioulasso)

En outre, 45,0 % des filles des écoles d'intervention ont déclaré qu'elles avaient l'intention de se rendre dans un centre de santé pour obtenir des informations ou des services sur la contraception, mais qu'elles n'y étaient pas encore allées pour des raisons scolaires, à cause de la pandémie de COVID-19 ou pour d'autres raisons. Cette intention déclarée montre que les filles sont intéressées et désireuses d'en savoir plus.

Recommandations

Sur la base des premiers indicateurs de succès, nous pensons qu'il est possible d'étendre les solutions de (re)solve à d'autres écoles et à de nouveaux publics, tels que les filles plus âgées et plus jeunes, les filles non scolarisées et les garçons. Les participantes au programme se sont fait l'écho d'appels similaires en faveur de la réplication et de l'expansion du programme. L'intervention devra être davantage contextualisée et adaptée aux besoins de chaque nouveau groupe, et une recherche formative supplémentaire peut être nécessaire. Le jeu de société, le passeport et les affiches devront peut-être être repensés pour refléter les goulets d'étranglement comportementaux auxquels les nouveaux publics sont confrontés. De futures évaluations seront nécessaires pour comprendre comment l'intervention affecte différemment ces divers groupes.

Bien que l'intervention soit prometteuse, des questions restent en suspens car nous ne savons pas si le fait de jouer au jeu plus d'une fois pourrait amplifier les effets. Nous ne savons pas non plus si et comment les fermetures d'écoles et les restrictions de mouvement liées à la pandémie de COVID-19 ont affecté la capacité des filles à accéder aux centres de santé et comment la pandémie a pu modifier les comportements et les risques en matière de santé sexuelle et reproductive.

Enfin, la mise en œuvre de solutions de (re)solve à l'échelle nécessitera une coordination étroite entre les ministères de la Santé et de l'Éducation, et une supervision de ces derniers afin de garantir une intégration et une mise en œuvre réussies. Les solutions comportementales telles que le jeu, le passeport santé et l'affiche peuvent compléter les interventions existantes de création de la demande et mettre les filles en contact avec des établissements de santé adaptés aux jeunes afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées qui leur soient bénéfiques.

(re)solve place les femmes et les filles au centre de notre travail. Cette évaluation de l'intervention (re)solve pour les élèves du Burkina Faso ajoute des compléments à la base de connaissances sur des approches amusantes, participatives et réalisables pour motiver les filles non mariées à rechercher des méthodes de contraception et à agir sur la base d'informations précises sur la SSR et la contraception.

resolve@pathfinder.org
www.pathfinder.org/projects/resolve

Photo de couverture par Madeline Kau

The (re)solve Project. (2020). Shifting Young Girls' Sexual and Reproductive Health Attitudes, Beliefs, Norms, and Intentions in Burkina Faso: Evaluation Results from the (re)solve Project. Pathfinder International.

Cette publication est basée sur des recherches financées par la Bill & Melinda Gates Foundation. Les résultats et conclusions qui y figurent sont ceux de les auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions ou les politiques de la Bill & Melinda Gates Foundation.

Pour le rapport d'évaluation complet, veuillez consulter le site web de (re)solve : www.pathfinder.org/resolve-burkina-faso-project-evaluation

