



Projet de Renforcement du Droit à la Promotion Sociale et à l'Etat
Civil des populations du Centre Nord, Nord et Sahel (PRODEC)
FOURNI AVEC LE SOUTIEN DE L'UNION EUROPEENNE



Association
Burkinabè pour le
Bien Être Familial
BURKINA FASO

EVALUATION FINALE

« PROJET DE RENFORCEMENT DU DROIT A
LA PROMOTION SOCIALE ET A L'ETAT CIVIL
DES POPULATIONS DU CENTRE NORD, DU
NORD ET DU SAHEL (PRODEC) »

RAPPORT FINAL

Rédigé par STAT DES-Burkina



Statistique.des@gmail.com

00226 25 43 17 20

EVALUATION FINALE

**« PROJET DE RENFORCEMENT DU DROIT A
LA PROMOTION SOCIALE ET A L'ETAT CIVIL
DES POPULATIONS DU CENTRE NORD, DU
NORD ET DU SAHEL (PRODEC) »**

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES.....	7
RESUME ANALYTIQUE.....	9
Synthèse méthodologique.....	9
Résumé des résultats	9
Recommandations	11
APPROCHES CONTEXTUELLE ET METHODOLOGIQUE.....	12
INTRODUCTION.....	13
1.1. Contexte général du projet PRODEC	13
1.2. Contexte de l'évaluation	13
1.3. Objectifs du projet	13
1.4. Site du Projet	14
1.5. Résultats attendus du projet.....	14
1.6. Les cibles du projet.....	14
1.7. Mise en œuvre théorique du PRODEC	15
1.7.1. Principe de coordination du PRODEC	15
1.7.2. Stratégie de coordination des partenaires	15
1.7.3. Rôle des partenaires du consortium dans la mise en œuvre des actions du PRODEC	16
1.8. Objectifs, résultats et critères d'évaluation.....	16
1.8.1. Objectif général de l'évaluation.....	16
1.8.2. Objectifs spécifiques de l'évaluation.....	16
1.9. METHODOLOGIE	17
1.9.1. Principales étapes de l'étude.....	17
1.9.1.1. La phase préparatoire	17
1.9.1.2. Revue documentaire.....	17
1.9.1.3. Élaboration du rapport de démarrage	17
1.9.1.4. Choix des structures rencontrées	17
1.9.1.5. Collecte de données.....	17
1.9.1.5.1. Méthode de collecte des données	18
1.9.1.5.2. Outils de collecte des données et cibles visées.....	18
1.9.1.5.3. Échantillonnage.....	19
1.9.2. Bilan des travaux de la collecte de données quantitatives	19
1.9.3. Bilan de la collecte qualitative.....	20
1.9.4. Processus de contrôle qualité des données.....	20
1.9.5. Traitement et analyse des données.....	21
1.9.6. Contraintes et difficultés rencontrées	21
1.9.7. Défis relevés et mesure de mitigation.....	21
□ Défis relevés face à l'indisponibilité de certaines cibles.....	21
□ Défis relevés face au refus de coopérer	21
1.9.8. Considérations éthiques et protection de l'enfance.....	22
1.9.8.1. Risques et bénéfices pour les participants (cibles)	22
1.9.8.2. Consentement éclairé	22
1.9.8.3. Assurance de la confidentialité.....	22
1.9.8.4. Protection de l'enfance	22
2.1. Collaboration, planification et coordination	24
2.1.1. Collaboration et communication entre Educo et ses partenaires	24
2.1.2. Collaboration et communication avec les structures et les communautés bénéficiaires	24
2.1.3. Aspects éthiques.....	24
2.2. Caractéristiques sociodémographiques des cibles	24
2.2.1. Analyse du consentement et de la situation sécuritaire	24
2.2.1.1. Analyse du consentement.....	24
2.2.1.2. Situation des zones inaccessibles et impact sur la collecte de données	25
2.2.2. Caractéristiques sociodémographiques des cibles de l'évaluation.....	25
2.2.2.1. Répartition des cibles par région.....	25
2.2.2.2. Répartition des cibles selon le sexe.....	25
2.2.2.3. Statut matrimonial des cibles enquêtées.....	26
2.2.2.4. Situation matrimoniale selon le sexe.....	26
2.2.2.5. Niveau d'instruction.....	26
2.2.2.6. Niveau d'instruction selon le sexe	27
2.3. CONSTATS ET ANALYSES PRÉLIMINAIRES	27
2.3.1. CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUE DES JEUNES ET ADOLESCENTS EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.....	27
2.3.1.1. Connaissance des SSR/PF chez les jeunes et adolescents 20-24 ans.....	27
2.3.1.2. Niveau de connaissance des méthodes contraceptives selon le sexe	27

2.3.1.3.	Nombre de méthodes contraceptives connu par les bénéficiaires de 15-49 ans	28
2.3.1.4.	Nombre de méthodes contraceptives connu par les bénéficiaires de 15-49 ans selon le sexe	28
2.3.1.5.	Pratique de la contraception	29
2.3.1.6.	Utilisation des méthodes contraceptives selon le sexe par catégorie de cibles	30
2.3.1.7.	Utilisation des méthodes contraceptives dans les trois régions	30
2.3.1.8.	Changement de méthode contraceptive.....	31
2.3.1.9.	Exposition aux sources d'information sur la PF.....	32
2.3.1.10.	Qualité et prestations des services de santé sexuelle et reproductive	33
2.3.2.	ANALYSE DES VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE DE LA ZONE DU PRODEC	33
2.3.2.1.	Connaissance des cas de VBG	33
2.3.2.2.	Existence d'un cadre de collaboration entre les réseaux de lutte contre les VBG	34
2.3.2.3.	Connaissance de la législation en vigueur dans le domaine de la lutte contre les VBG au Burkina Faso	35
2.3.2.4.	Utilisation des informations reçues pour la prise de décision en matière de lutte contre les VBG.....	35
2.3.2.5.	Engagement des populations à soutenir et protéger les femmes/jeunes filles contre les VBG	36
2.3.2.6.	Les propositions pour lutter contre les VBG.....	36
2.3.2.7.	La qualité des services de lutte contre les VBG.....	37
2.3.2.8.	L'appréciation des services de lutte contre les VBG.....	38
2.3.2.9.	Capacité d'utilisation de l'information par les usagers de l'état civil	38
2.3.2.10.	Satisfaction liée aux services d'état civil	39
2.3.2.11.	Niveau de connaissance des procédures d'enregistrement des naissances à l'état civil	39
2.3.2.12.	Forces et faiblesse du système d'enregistrement des faits d'état civil.....	40
2.3.2.12.1.	Forces	40
2.3.2.12.2.	Faiblesses.....	40
2.4.	EXAMEN DES RÉSULTATS ET DES CRITÈRES D'ÉVALUATION DU PRODEC	41
2.4.1.	Cohérence des éléments caractéristiques du projet.....	41
2.4.1.1.	Cohérence entre activités et moyens	41
2.4.1.2.	Cohérence des partenaires de mises en œuvre et valeur ajoutée	41
2.4.1.3.	Cohérence avec les autres acteurs et parties prenantes de l'action humanitaire	41
2.4.2.	PERTINENCE	42
2.4.2.1.	Pertinence du projet au regard du Plan National de Développement Économique et sociale.....	42
2.4.2.2.	Pertinence du projet au regard du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).....	42
2.4.2.3.	Pertinence du projet au regard de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale	42
2.4.2.4.	Pertinence au regard du plan de sécurisation des produits de la Santé Reproductive.....	43
2.4.2.5.	Pertinence du projet en lien avec les attentes et les besoins des bénéficiaires et des services techniques	43
2.4.3.	EFFICACITÉ DU PROJET	43
2.4.3.1.	ANALYSE DES INDICATEURS D'IMPACT.....	43
2.4.3.2.	EFFECTIVITÉ DES ACTIVITÉS INTERMÉDIAIRES ET NIVEAU DE PERFORMANCE DES INDICATEURS.....	47
	Résultat 1.1 : les CSPS ciblés disposent de stocks d'intrants stables et de personnels de santé formée en matière de PF et de prise en charge médicale des victimes de VBG	48
	Résultat 1.2 : Les capacités d'IEC, d'accompagnement psycho-social et juridico-administratif, et de coordination des services publics et centres d'accueil en charge des victimes de VBG sont renforcées	50
	Résultat 1.3 : les femmes en âge de procréer, et leur entourage influant, sont sensibilisés sur la PF/ VBG/les droits des femmes.....	50
	Résultat 2.1 : les CSPS ciblés disposent de personnels en charge de Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes (SSRAJ) formés et outillés.....	51
	Résultat 2.2 : les centres d'écoute communaux et établissements scolaires disposant d'un service social ou de conseillers d'éducation sont renforcés en matière de sensibilisation sur la SSRAJ	51
	Résultat 2.3 : les Adolescents et Jeunes non scolarisés sont sensibilisés sur les enjeux et pratiques liés à une bonne SSRAJ	52
	Résultat 3.1 : les centres d'état civil primaires et secondaires sont équipés et disposent de personnel formé, outillé et supervisé	53
	Résultat 3.2 : les tribunaux départementaux, les CVD et les écoles primaires sont accompagnés dans l'organisation d'audiences foraines.....	53
	Résultat 3.3 : Les femmes en situation de post-partum, les parents d'enfants de 0 à 18 ans, les leaders traditionnels et autorités locales comprennent et valorisent la procédure d'enregistrement des naissances qui sont mieux suivies et documentées	54
2.4.3.3.	FACTEURS DECISIFS QUI ONT INFLUENCE L'EXECUTION PHYSIQUE DES ACTIVITES	55
2.4.4.	EFFICIENCE.....	55
2.4.4.1.	Efficiences par rapport à l'utilisation des ressources financières.....	55
2.4.4.2.	Efficiences organisationnelles.....	55
2.4.4.3.	Efficiences par rapport à la gestion globale du projet.....	56
2.4.4.4.	Efficiences par rapport au dispositif de suivi évaluation	56
2.4.4.5.	Efficiences par rapport au partenariat	56
2.4.5.	LES EFFETS/IMPACTS DES ACTIONS DU PRODEC.....	56
2.4.5.1.	Perception des connaissances sur les services SSR.....	56

2.4.5.2.	Implication des leaders communautaires	57
2.4.5.3.	Attitudes et comportements des ASBC	57
2.4.5.4.	Qualité des services offerts aux femmes en âge de procréer	58
2.4.5.5.	Impact de l'implication des époux sur le changement social qualitatif	58
2.4.5.6.	Effet indirect du projet	58
2.4.5.7.	La qualité de la mise en œuvre du projet.....	59
2.4.6.	DURABILITÉ.....	60
2.4.7.	MECANISME DE REDEVABILITE MISE EN PLACE.....	61
2.4.8.	LEÇONS APPRISES ET SOLUTIONS PROPOSEES PAR LES BENEFICIAIRES.....	61
2.4.8.1.	Leçons apprises.....	61
2.4.8.2.	Solutions proposées par les bénéficiaires pour pérenniser les actions du projet.....	62
2.4.8.2.1.	Les acquis du projet PRODEC.....	62
2.4.8.2.2.	Meilleures pratiques et les pratiques innovantes	62
2.4.9.	GENRE, DROITS HUMAINS ET EQUITÉ.....	63
2.4.10.	CONSTRAINTES DE PERFORMANCE DU PRODEC	63
2.4.10.1.	Pandémie de Covid-19	63
2.4.10.2.	L'insécurité	64
2.4.11.	FORCES DU PROJET.....	64
2.4.12.	FAIBLESSES DU PROJET.....	64
2.4.13.	MENACES DU PROJET PRODEPS	65
2.4.14.	DEFIS ET LIMITES DU PROJET	65
2.4.14.1.	Défis du projet	65
2.4.14.2.	Les difficultés	65
2.4.15.	LES PRINCIPALES ACTIONS A CAPITALISER	66
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....		67
Conclusion		67
Recommandations		67
BIBLIOGRAPHIE		68

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition des outils selon les cibles	18
Tableau 2: Répartition de l'échantillon	19
Tableau 3: Bilan de la collecte de données terrain	19
Tableau 4: Répartition échantillon qualitatif	20
Tableau 5: Répartition des cibles par région	25
Tableau 6: Répartition des bénéficiaires selon le sexe	26
Tableau 7: Répartition selon leur situation matrimoniale	26
Tableau 8: répartition de la situation matrimoniale selon le sexe	26
Tableau 9: Répartition (%) des bénéficiaires selon leur niveau d'instruction	26
Tableau 10: Niveau d'instruction selon le sexe	27
Tableau 11: Niveau de connaissance des méthodes contraceptives	27
Tableau 12: Niveau de connaissance des méthodes contraceptives selon le sexe	28
Tableau 13: Nombre de types de méthodes contraceptives connus	28
Tableau 14: Nombre de méthodes contraceptives les plus connues selon le sexe	28
Tableau 15: Utilisation des méthodes contraceptives selon le sexe	30
Tableau 16: Type de méthodes utilisées par les bénéficiaires	31
Tableau 17: Répartition suivant le canal d'information des SSR, PF	32
Tableau 18: Répartition selon la qualité des services par région	33
Tableau 19: Répartition selon l'efficacité des produits SSR et PF	33
Tableau 20: Appréciation des services de lutte contre les VBG	38
Tableau 21: Niveau de satisfaction des services d'état civil	39
Tableau 22: Niveau de satisfaction des victimes VBG sur la qualité de prise en charge offerte par les structures étatiques et centres d'accueil	44
Tableau 23: Utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer	45
Tableau 24: jeunes qui ne sont pas en union de 20 à 24 ans sexuellement actifs utilisant des méthodes contraceptives modernes	46
Tableau 25: Pourcentage des jeunes de 20 à 24 ans utilisant des méthodes contraceptives modernes	46
Tableau 26: Taux d'enregistrement des naissances	47
Tableau 24: CSPS n'ayant pas connu de rupture de stock de contraceptifs	49
Tableau 25: Personnels formés sur la prise en charge sanitaire des femmes et des filles	49

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Taux de prévalence de la contraception chez les adolescents	29
Figure 2: Taux de prévalence contraceptive selon les caractéristiques des cibles	29
Figure 3: Changement de méthode contraceptive	31
Figure 4: Niveau de connaissance des cas de VBG	34
Figure 5: Existence d'un cadre de collaboration entre les réseaux de lutte contre les VBG	34
Figure 6: Connaissance de la législation en vigueur dans le domaine de la lutte contre la VBG	35
Figure 7: Capacité d'utilisation des informations reçues dans le cadre de lutte contre les VBG	36
Figure 8: Engagement des populations à soutenir et protéger les femmes/jeunes filles contre les VBG	36
Figure 10 : Propositions pour lutter contre les VBG	37
Figure 9: Propositions pour lutter contre les VBG suivant le sexe	37
Figure 11: Qualité des services de lutte contre les VBG	37
Figure 12: Capacité d'utilisation de l'information par les usagers de l'état civil par sexe	38
Figure 13: répartition par région du niveau de connaissance des procédures d'enregistrement des naissances à l'état civil	39
Figure 14: Utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en union	43
Figure 15: Pourcentage d'adolescentes de 15 à 19 ans utilisant des méthodes contraceptives modernes	45
Figure 16: Taux de possession d'extrait de naissance ou de jugement supplétif des enfants de 0 à 5 ans	47

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

ABBEF	Association Burkinabé pour le Bien-être Familiale
AIS	Agent Itinérant de Santé
ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire
AMBF	Association des Municipalités du Burkina
CB	Children Believe
CEC	Centre d'Etat Civil
CGCT	Code Général des Collectivités Territoriales
CMA	Centre Médicale avec antenne chirurgicale
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
CVD	Conseil Villageois de Développement
DGESS	Direction générale des études et des statistiques sectorielles
DGMEC	Direction générale de la modernisation de l'état civil
DPES	Direction de la promotion de l'éducation pour la santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
DSF	Direction de la santé de la famille
EC	Etat Civil
EDUCO	Fundación Educación y Cooperación
EMDS	Enquête Modulaire Démographique de Santé
ESS	Entretien Semi-Structuré individuel
FA	Femme Allaitante
FAP	Femme en Age de procréer
FG	Focus Groups
FP	Family Planning
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC	Informatio Education Communication
INSD	Institut National des Statistiques et de la Démographie
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MAMA	Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel
MATDCS	Ministère de l'Administration Territoriale, de la Décentralisation et de la Cohésion Sociale
MCD	Médecin Chef du District
MFSNF	Ministère de la femme, de la solidarité nationale et de la famille
ODD	Objectifs du Développement Durables
ODK	Open Data Kits
ONG	Organisation non gouvernementale
PF	Planification familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PRODEC	Projet de renforcement du droit à la promotion sociale et a l'état civil des populations du centre nord, du nord et du sahel
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive

SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
STAT DES	bureau d'analyse Statistique pour le Développement Economique et Sociale
TDH	Terre des Hommes
TDR	Terme De Référence
TGI	Tribunal de Grande Instance
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
UE	Union Européen
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Education et l'Enfance
UNFPA	Fond des Nation unies pour la Population
VBG	Violence Basée sur le Genre
VVBG	Victimes des Violences Basées sur le Genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME ANALYTIQUE

La présente mission est une évaluation finale commanditée par l'ONG Educo et ses partenaires dans le cadre de la mise en œuvre du Projet « *renforcement du droit à la promotion sociale et à l'état civil des populations du centre nord, du nord et du sahel (PRODEC)* ». Le Projet PRODEC vise à maîtriser les dynamiques démographiques dans les régions du Centre Nord, du Nord, et du Sahel au Burkina Faso. Il est mis en œuvre en collaboration avec trois (03) ONG codemandeurs (CB, Tdh ; et ABBEF) et un associé (AMBF) et financé par financé par l'Union Européenne (UE).

Synthèse méthodologique

Le présent rapport, résultat d'un travail participatif, répond à la nécessité de fournir un état des lieux des indicateurs du cadre de performance du projet PRODEC dans les trois (03) régions d'intervention du projet.

Dans le cadre de l'exécution de l'étude, l'approche mixte (en deux volets) a été utilisée par le consultant. Le premier volet (quantitatif) a consisté à mesurer le niveau des indicateurs à prendre en compte dans le cadre de performance du projet. Ce volet a été exécuté à l'aide d'un questionnaire à trois (03) volets administrés en fonction des cibles. Ce questionnaire a été adressé aux femmes, hommes de plus de 25 ans et jeunes et adolescents de 20-24 ans. Dans ce premier volet, l'échantillon a couvert un total de 2 513 cibles (hommes, garçons, filles, femmes) et 2 750 enfants dans 118 villages/secteurs parcourus dans les trois (03) régions de la zone du projet.

Le deuxième volet (qualitatif) avait pour objectif de recueillir les opinions et les perceptions des cibles (les femmes, les hommes, les leaders administratifs, religieux, informateurs clés, etc.) du projet PRODEC. Des focus groups ainsi que des entretiens individuels ont été réalisés dans le but de disposer de toutes les informations nécessaires pour compléter la collecte quantitative. Les focus groups ont concerné les femmes, les jeunes et les hommes de plus de 25 ans.

Résumé des résultats

Taux d'utilisation des méthodes contraceptives des femmes en union

L'analyse des données indique que la proportion des femmes en union qui utilisent les méthodes contraceptives est satisfaisante. L'évaluation constate que les objectifs sont atteints dans les trois régions avec des évolutions positives de plus 20 points de pourcentage dans toutes les régions. Au Nord, cette proportion est passée de 32,60% à l'étude de base à 65,70% en fin de projet. Ce taux est plus élevé dans la région du Centre Nord (72,9% contre 32,9% à l'étude de base). Pour ce qui est du Sahel 62,5% des femmes en union utilisent les méthodes contraceptives contre 24,5%.

Niveau de satisfaction des victimes VBG sur la qualité de prise en charge offerte par les structures étatiques et centres d'accueil

Les données de l'évaluation montrent que la plupart des victimes ont une bonne satisfaction (61,0%) sur la qualité de la prise en charge offerte par les structures étatiques et centres d'accueil avec 72,5% dans le Centre Nord, 53,1% dans le Nord et 38,3% dans le Sahel. Celles qui sont passablement satisfaites ont un taux de 23,2% avec 43,2% pour le Sahel, 27,6% pour Nord et 15,4% pour le Centre Nord. Seulement 12,1% des victimes ont une très bonne satisfaction sur les qualités de prise en charge des structures étatiques et des centres d'accueil. Désagréé par région, le Sahel ressort avec un taux de 16,0%, 12,1% pour le Nord et 11,4% pour le Centre Nord. Cependant, 3,7% des victimes n'ont pas du tout une bonne

satisfaction sur la qualité de la prise en charge par les structures étatiques et les centres d'accueil soit 7,2% pour le Nord, 2,4% pour le Sahel et 0,7% pour le Centre Nord.

Taux d'utilisation des méthodes contraceptives des femmes en âge de procréer

L'analyse des données indique une évolution du niveau d'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en Âge de procréer (FAP) dans la zone du projet. Ainsi on constate une augmentation d'environ 5 points de pourcentage par rapport à l'étude de base soit une proportion de 32,6% des FAP qui utilise une méthode contraceptive, contre 27,5% à l'étude de base. Cependant les taux d'utilisation des méthodes contraceptive restent faibles chez les FA (13,7%). La répartition par région indique de faibles disparités, avec des taux d'utilisation des méthodes contraceptives chez les FAP de 31,9% dans le centre nord ; 34,6% dans le nord et 27,2% dans le Sahel. Chez les femmes allaitantes (FA) on constate des faibles taux selon la distribution par région (Centre-nord : 16,2% ; Nord : 11,9% et Sahel : 10,4%).

Pourcentage d'adolescentes de 15 à 19 ans utilisant des méthodes contraceptives modernes

L'analyse des données montre que 35,3% des jeunes garçons affirment utiliser des méthodes contraceptives modernes contre 15% des garçons des données de l'étude de base et 19,4% des filles estiment qu'elles utilisent les méthodes contraceptives modernes contre 11% en début de projet. L'analyse des données par région montre que les jeunes garçons de la région du Centre-Nord enregistrent la meilleure performance avec un taux de 36,4%. Ce score est de 34,7% dans la région du Nord et 25,9% dans le Sahel.

Pourcentage des jeunes qui ne sont pas en union de 20 à 24 ans sexuellement actifs utilisant des méthodes contraceptives modernes

Les données indiquent que l'utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes âgés de 20 à 24 ans qui ne sont pas en union a connu une évolution considérable au cours de l'évaluation finale (45,4%), contre une cible visée de 30% en fin de projet soit un dépassement de la cible de 15 points en pourcentage. Dans l'ensemble des différentes régions, on retient que les jeunes filles utilisent plus les méthodes contraceptives modernes que les jeunes garçons. En effet, dans le Centre Nord, 52,0% des jeunes filles utilisent les méthodes contraceptives modernes contre 47,0% pour les jeunes garçons. Ensuite une utilisation de 46,7% pour les jeunes filles contre 38,6% chez les garçons pour la région du Nord. Enfin, au niveau du Sahel 33,3% des jeunes filles qui ne sont pas en union utilisent les méthodes contraceptives modernes contre (25,0%) pour les jeunes garçons.

Pourcentage de jeunes de 20 à 24 ans utilisant des méthodes contraceptives modernes

L'analyse indique une évolution de la proportion des jeunes de 20 à 24 ans utilisant des méthodes contraceptives modernes. En effet, on note une augmentation de près de 20 points de pourcentage par rapport à l'étude de base (30% en 2019 contre 49,6% pour les filles et 50,2% pour les garçons). La répartition par région indique de faibles disparités. En effet, on note qu'il y a plus de jeunes filles qui utilisent des méthodes contraceptives modernes dans la région du Nord (53,3%) que dans les autres régions (Centre- Nord 46,4% et Sahel 50%).

Taux d'enregistrement des d'enfants de 0 à 2 mois et de 0-59 mois

D'une manière générale, dans la zone du projet, 95,3% des enfants de 0-59 mois ont été enregistrés à l'état civil dans les délais légaux. Ce taux est au-dessus de la cible attendue de 80,73%, soit un niveau d'atteinte de 118,05%. La répartition par région indique que le Centre Nord vient en tête avec 97,1% suivie de celle du Nord (95,8%) et le Sahel (85,6%). Mais en ce qui concerne les enfants de 0-2 mois, 96,4% des enfants ont été enregistrés à l'état civil dans les délais légaux. La région du Centre Nord vient en tête avec 98,4% suivie de celle du Nord (97,3%) et le Sahel (90,7%).

Taux de possession d'extrait de naissance ou de jugements supplétifs des enfants de 0-5 ans

La majorité des ménages estiment avoir retiré les actes de naissance, mais ne sont pas en mesure de les présenter. Ce pourcentage représente 97,7% des ménages enquêtés, alors que 41,6% ont pu les présenter à l'agent de collecte.

En effet, ce taux de 97,7% représente une évolution par rapport à la cible prévue (85%) soit un gain de 12,7 points. Les répartitions selon les régions indiquent des pourcentages assez équilibrés, 98,8% dans le Nord, 96,7% dans le Centre-Nord et 96,7% également dans le Sahel ont retiré les actes de naissance.

Pourcentage de CSPS n'ayant pas connu de rupture de stock de contraceptifs habituellement offerts pendant les 6 derniers mois de chaque année de mise en œuvre du projet

L'analyse des données indique que 95% des CSPS de la zone d'intervention n'ont pas connu de rupture de stock de contraceptifs. La répartition par région montre que la totalité des CSPS du Sahel n'ont pas connu de rupture de stock de contraceptifs, suivi de la région du Centre Nord (96%). Le faible score provient de la région du Nord (94%). Au-delà de l'atteinte des cibles visés, c'est l'augmentation record du nombre de CSPS du Sahel n'ayant pas connu de rupture de stock de contraceptifs qui attire l'attention (100%).

Recommandations

■ **Recommandations stratégiques**

- ☞ Prendre en compte la spécificité des déplacés internes dans les projets similaires à venir.
- ☞ Poursuivre les plaidoyers auprès des autorités locales pour une pérennisation effective des actions du projet.
- ☞ Intégrer la prise en compte de la COVID-19 dans les actions et activités des projets à venir.
- ☞ Avoir une autre phase du projet pour mieux pérenniser les acquis.

■ **Recommandations opérationnelles**

- ☞ Mettre en place la stratégie des écoles des maris dans l'ensemble des localités pour contribuer à l'adhésion des hommes en matière de contraception dans les familles.
- ☞ Renforcer certains centres par une ressource humaine adaptée et mieux équipée, par exemple les centres d'écoute pour jeunes.
- ☞ Renforcer les sensibilisations auprès des communautés pour préserver les acquis du projet
- ☞ Prise en compte de l'ensemble des Districts sanitaires dans chacune des régions concernées par le projet.

APPROCHES CONTEXTUELLE ET METHODOLOGIQUE

INTRODUCTION

1.1. Contexte général du projet PRODEC

Le Burkina Faso connaît une forte croissance démographique (+2,93% par an) et une urbanisation rapide selon le recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) 2019. Aujourd'hui, l'Etat peine à faire face à cette croissance de la population, ce qui affecte fortement la qualité de vie des plus démunis. Souvent, les familles les plus défavorisées ne connaissent pas les services sociaux de base auxquels elles ont droit. L'inaccessibilité de nombreux services de l'état civil et le manque d'agents formés expliquent le faible niveau d'enregistrement des naissances dans certaines régions notamment les régions du Nord, du Sahel et du Centre-Nord. L'offre de services de santé sexuelle et reproductive (SSR) pour les jeunes et les adolescents demeure insuffisante. Les jeunes manquent d'informations fiables et de services de qualité adaptés à leurs besoins. Il faut enfin souligner la faiblesse des mécanismes de prise en charge des victimes de violences basées sur le genre dans ces régions et la persistance des cas de mariages d'enfants, de mariages forcés, d'excision à l'encontre des filles et des femmes qui constituent une violation des droits humains.

C'est conscient de cette situation et surtout la volonté d'influencer les politiques d'interventions et de protection sociale à l'aide de chiffres fiables et actualisés, que l'ONG EDUCO et ses partenaires ont lancé la mise en œuvre d'un projet dénommé « *Projet de renforcement du droit à la promotion sociale et à l'état civil des populations du Centre-Nord, du Nord et du Sahel (PRODEC)* » afin d'atteindre les indicateurs d'objectifs liés à la thématique abordée.

1.2. Contexte de l'évaluation

Le consortium a lancé la mise en œuvre du PRODEC qui ambitionne de contribuer à un meilleur accès des populations des régions du Nord, du Sahel et du Centre-Nord, aux services d'état civil et de promotion sociale notamment la protection contre les violences basées sur le genre ainsi que la promotion de la planification familiale et de la SSR.

À cet effet, une étude sur la situation de référence a été effectuée en vue de disposer de données estimatives sur les indicateurs de performance. Cette étude de référence a révélé que plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de la faible offre et de la demande en matière de services d'état civil en particulier dans la zone du projet PRODEC dont le taux d'enregistrement était de 52,3%, avec un taux de prévalence contraceptive moderne chez les adolescents de 15-19 ans d'environ 12,8%. L'étude a également conclu que le niveau d'appréciation de la qualité des services de VBG demeure moins satisfaisant.

Après trois ans de mise en œuvre, il est important de s'interroger sur le niveau d'avancement des activités et partant, des indicateurs d'objectifs du projet. Il s'agit notamment de faire un état des lieux de la mise en œuvre du projet et ainsi mesurer les résultats obtenus tout en apportant des mesures correctives dans le cas échéant pour capitaliser les acquis du projet. Le présent rapport, résultat d'un travail participatif, répond à la nécessité de disposer d'un état des lieux des trois années de mise en œuvre.

Les conclusions, les leçons tirées des forces et des faiblesses, serviront à l'appréciation en termes d'efficacité interne et externe du présent projet.

1.3. Objectifs du projet

Le but du projet est de contribuer à la maîtrise des dynamiques démographiques dans les régions du Centre Nord, du Nord, et du Sahel au Burkina Faso.




De façon spécifique, il s'agit de :

- Renforcer l'offre et stimuler la demande en matière de promotion sociale (Planification Familiale et lutte contre les VBG) ;

- Renforcer l'offre et stimuler la demande en matière de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) des jeunes et adolescents ;
- Renforcer l'offre et stimuler la demande en matière d'état civil.

1.4. Site du Projet

De 2019 à 2021, les partenaires ont participé à la mise en œuvre du projet dans les régions du Centre-Nord, Nord et Sahel :

-  **Centre-Nord** : Sanmatenga, Bam
-  **Sahel** : Séno, Oudalan, Yagha.
-  **Nord** : Yatenga, Loroum et Passoré.

1.5. Résultats attendus du projet

Les partenaires de mise en œuvre ont conçu leur intervention en fonction des besoins et des lacunes en matière d'état civil et de promotion sociale, de leur expertise technique et de la complémentarité avec d'autres interventions afin de maximiser l'impact du projet sur les participants/participantes. Les résultats attendus sont entre autres :

- ☞ *Résultat 1.1 : les CSPS ciblés disposent de stocks d'intrants stables et de personnels de santé formés en matière de PF et de prise en charge médicale des victimes de VBG ;*
- ☞ *Résultat 1.2 : les capacités d'IEC, d'accompagnement psycho-social et juridico-administratif, et de coordination des services publics et centres d'accueil en charge des victimes de VBG sont renforcées ;*
- ☞ *Résultat 1.3 : les femmes en âge de procréer, et leur entourage influant, sont sensibilisés sur la PF/ VBG/les droits des femmes ;*
- ☞ *Résultat 2.1 : les CSPS ciblés disposent de personnels en charge de Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes (SSRAJ) formés et outillés ;*
- ☞ *Résultat 2.2 : les centres d'écoute communaux et établissements scolaires disposant d'un service social ou de conseillers d'éducation sont renforcés en matière de sensibilisation sur la SSRA ;*
- ☞ *Résultat 2.3 : les Adolescents et Jeunes non scolarisés sont sensibilisés sur les enjeux et pratiques liés à une bonne SSRAJ ;*
- ☞ *Résultat 3.1 : les centres d'état civil primaires et secondaires sont équipés et disposent de personnel formé, outillé et supervisé ;*
- ☞ *Résultat 3.2 : les tribunaux départementaux, les CVD et les écoles primaires sont accompagnés dans l'organisation d'audiences foraines ;*
- ☞ *Résultat 3.3 : Les femmes en situation de post-partum, les parents d'enfants de 0 à 18 ans, les leaders traditionnels et autorités locales comprennent et valorisent la procédure d'enregistrement des naissances qui sont mieux suivies et documentées.*

1.6. Les cibles du projet

Les cibles du projet sont composées des bénéficiaires directs et des bénéficiaires indirects :

1. Les bénéficiaires directs :

- Les femmes en âge de procréer
- Les femmes victimes de VBG
- Les adolescents et jeune 10 à 24 ans
- Les parents d'enfants de moins de 18 ans
- Les leaders religieux et coutumiers.

2. Les bénéficiaires indirects :

- Les pharmaciens et préparateurs d'état en Pharmacie
- Les gérants DMEG
- Sage-femme et maïeuticiens d'état
- Agent de première ligne (AIS, AA, AB, IB)
- Agents des services sociaux
- Agent de la justice
- Les responsables des centres d'accueil
- Les ASBC
- Les élèves
- Les conseillers municipaux.

3. Les bénéficiaires institutionnels sont :

- Les CSPS
- Les districts sanitaires
- Les établissements scolaires
- Les centres jeunes ou d'écoute pour jeunes
- Les centres d'accueil des femmes et filles victimes VBG
- Les associations/organisations à base communautaire
- Les centres d'état civil principaux et secondaires
- Les agents et officiers d'état civil
- Les tribunaux de grande instance et les tribunaux départementaux
- Les haut-commissariat.

1.7. Mise en œuvre théorique du PRODEC

1.7.1. Principe de coordination du PRODEC

La mise en œuvre du PRODEC a été organisée conformément à la stratégie nationale du système de santé et sous le contrôle et l'appui technique du Ministère de la santé et dans les districts sanitaires concernés de la zone d'intervention. Les acteurs qui ont été identifiés pour cette mise en œuvre sont les partenaires concernés, les équipes des Districts sanitaires, les Directions régionales de la santé et particulièrement les bénéficiaires institutionnels du projet. Des rôles ont été dévolus à chacun de ces acteurs lors de la mise en œuvre du projet. Les interventions du projet devraient être menées de façon intégrée à tous les niveaux du système sanitaire. La mise en œuvre des activités du projet repose sur une complémentarité technique et opérationnelle entre demandeurs/codemandeurs (appelés « membres du consortium ») basée sur les expertises respectives dans les domaines d'intervention concernés, la présence sur le terrain de chacun, et par le travail en cours dans les CSPS (cas de Tdh avec le REC).

La Fundación Educación y Cooperación (**Educo**), demandeur chef de file, assure la coordination et le suivi global de l'action. Chaque membre du consortium (y compris Educo) a une responsabilité technique liée à une thématique et une responsabilité opérationnelle dans la mise en œuvre du projet dans les 3 régions. La responsabilité opérationnelle comprend la coordination et la gestion de la mise en œuvre des activités sur le terrain.

1.7.2. Stratégie de coordination des partenaires

La coordination du terrain est assurée par une équipe basée dans chaque région et consistera dans la planification détaillée des activités, leur préparation technique avec l'appui des référents thématiques, leur supervision et suivi, la gestion du partenariat avec les services techniques notamment les Districts sanitaires, les tribunaux, les mairies, les tiers bénéficiaires de subventions et le rapportage.

Educo assure cette responsabilité dans la région du Nord, Terre des hommes Lausanne (Tdh) dans la région du Sahel et Christian Children Fund of Canada (CCFC) dans la région du Centre Nord.

La responsabilité technique a porté sur la préparation des modules de formation en collaboration avec les directions techniques des ministères, la contribution à la conception ou révision des supports IEC, la préparation du contenu et des stratégies de plaidoyer, la liaison technique avec les ministères et directions régionales, et l'appui technique aux équipes dans chaque région.

1.7.3. Rôle des partenaires du consortium dans la mise en œuvre des actions du PRODEC

Educo a eu la responsabilité technique sur la thématique de l'état civil en collaboration avec l'Association des Municipalités du Burkina Faso (AMBF), les services techniques de la DGMEC et les gouvernorats des régions d'intervention.

Tdh, a assuré le lien avec le MS pour faciliter l'ancrage du projet dans les directions centrales (Direction de la santé de la famille (DSF), Direction de la promotion de l'éducation pour la santé (DPES), Direction générale des études et des statistiques sectorielles (DGESS), etc.), les Directions régionales de la santé (DRS) et DS des 3 régions, et à contribuer au plaidoyer en direction des DS. De plus, elle a assuré le déploiement du REC-maternité au Nord et au Sahel.

L'Association Burkinabé pour le bien-être familial (ABBEF) a eu la responsabilité thématique de la PF et de la SSRAJ. Elle a accompagné et suivi le MS pour l'effectivité de la gratuité des produits contraceptifs, et l'appui à l'amélioration du contenu de la plateforme QG Jeunes en collaboration avec l'UNFPA.

CCFC a assuré le leadership technique sur la thématique VBG. Elle a travaillé avec le Ministère de la femme, de la solidarité nationale et de la famille (MFSNF) pour la mise à disposition du protocole et des modules de formation sur les VBG. Elle a appuyé le renforcement des centres d'accueil des victimes de violences basées sur le genre (VVBG) et a veillé à intégrer la dimension genre dans le contenu des formations organisées et dans les stratégies de mise en œuvre des activités.

AMBF a appuyé la mobilisation des Maires à travers les actions de plaidoyer sur le renforcement de l'EC, et a suivi l'identification des besoins en équipement des centres d'EC et leur renforcement. Elle a contribué au plaidoyer sur l'état civil en direction des leaders coutumiers et religieux et a soutenu toutes les initiatives nationales visant le renforcement des communes en lien avec leurs responsabilités en matière d'EC et le plaidoyer au niveau du gouvernement.


1.8. Objectifs, résultats et critères d'évaluation





1.8.1. Objectif général de l'évaluation

L'étude vise à produire une information de qualité sur le niveau d'atteinte des cibles, le rapport coût/efficacité de l'intervention (efficacité et efficience), les forces, faiblesses dans l'implémentation du projet, les leçons tirées, la durabilité des actions afin de formuler des recommandations pertinentes pour l'amélioration des projets futurs.

1.8.2. Objectifs spécifiques de l'évaluation

De façon spécifique, le PRODEC vise les objectifs suivants :

-  Faire une analyse de l'évolution de l'offre et la demande en matière de promotion sociale (PF et VBG) en fin de projet ;

-  Faire une analyse de l'évolution de l'offre et de la demande en matière de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) des jeunes et adolescents ;
-  Faire une analyse de l'évolution de l'offre et de la demande en matière d'état civil ;
-  Identifier les forces et les faiblesses, les leçons apprises dans la mise en œuvre du projet ;
-  Faire la capitalisation des bonnes pratiques générées par la mise en œuvre du projet.

1.9. METHODOLOGIE

1.9.1. Principales étapes de l'étude

L'étude a été conduite suivant trois phases : (i) la préparation, (ii) l'enquête de terrain, (iii) le traitement, l'analyse des données et la production des livrables.

1.9.1.1. La phase préparatoire

La préparation a porté sur l'ensemble des activités qui permettent l'opérationnalisation de la mission. Il s'agit notamment de la mise en place d'un comité technique de suivi de l'étude. À cet effet, une rencontre de cadrage a été tenue le 06 décembre 2021 et avait pour objectif l'affinement de la méthodologie avec l'équipe de projet et l'harmonisation de la compréhension des TDR.

Des suggestions ont été faites au cabinet de recruter des enquêteurs d'expérience, d'élaborer des outils avec des modalités qui évitent au maximum une perte de temps dans le traitement, de veiller à une assurance qualité de la collecte des données et de tenir compte du contexte sécuritaire et sanitaire dans les zones d'intervention du PRODEC.

1.9.1.2. Revue documentaire

Avant de se déployer sur le terrain pour la collecte de données, l'équipe a consulté avec beaucoup d'intérêt, la documentation mise à sa disposition, notamment par le comité de suivi de la mission. À l'issue des entretiens avec les responsables du projet au niveau de **Educo**, des documents pertinents en lien avec la revue ont également été rendus disponibles.

1.9.1.3. Élaboration du rapport de démarrage

À l'issue de l'exploitation documentaire et des premiers contacts avec le comité de suivi, le consultant a élaboré un rapport de démarrage qui a reprécisé la proposition méthodologique de base tout en intégrant les conclusions de la rencontre de cadrage. Cette proposition de reformulations a permis de prendre en considération l'ensemble des préoccupations du commanditaire qui ont été considérées lors de l'exécution de la mission.

1.9.1.4. Choix des structures rencontrées

L'évaluation finale s'est déroulée principalement dans les trois régions d'intervention du projet, soit dans l'ensemble des provinces concernées par le projet. Le choix des structures ou des personnes clés à rencontrer s'est opéré avec la collaboration du comité de suivi et à l'issue de la rencontre préparatoire au cours de laquelle les responsables du projet au niveau de **Educo** ont également donné des conseils pertinents à cet effet. Ce choix raisonné a ainsi concerné l'ensemble des acteurs au niveau central, régional et communal. Le choix s'est porté également sur des groupes de bénéficiaires directs, indirects et institutionnels.

1.9.1.5. Collecte de données

Au total, 38 enquêteurs ont été mobilisés pour la collecte quantitative et qualitative. Ces agents de collecte ont été appuyés par trois (03) superviseurs repartis dans l'ensemble des trois (03) régions sous la supervision des consultants et des responsables de STAT DES.

La date de déroulement de la mission a été fixée le 19 au 24 décembre 2021 dans la région du Nord et du Centre-Nord. Pour la région du Sahel, compte tenu de la contrainte sécuritaire, la collecte s'est achevée le 28 décembre à Sebba et à Gorom-Gorom.

1.9.1.5.1. Méthode de collecte des données

La collecte des données de la présente étude s'est déroulée dans l'ensemble de la zone d'intervention du projet. La méthode de collecte de données a utilisé plusieurs techniques complémentaires permettant le recueil de données tant quantitatives que qualitatives.

- **L'enquête individuelle par questionnaire** : Ce questionnaire a eu pour cible les ménages à travers le questionnaire ménage (hommes et femmes). Ce questionnaire permettait également de toucher l'ensemble des volets d'intervention du projet (SSR/PF, EC, VBG). Il permettait d'avoir les informations sur les enfants de 0 à 18 ans relatif à l'état civil

Il est à noter que les cibles sont exclusives les unes des autres. Le ciblage a été fait pour recueillir les informations selon le vécu de chaque cible en termes de contact avec les services de santé et des activités des programmes antérieurs dans le domaine de la santé de la reproduction.

- **L'entretien semi-structuré individuel (ESS)** : l'ESS a eu pour cibles et répondants, les responsables des acteurs institutionnels qui sont au-delà de Educo, les responsables de districts sanitaires (ECD) des zones concernées, les ASBC.
- **L'entretien de groupe sous forme de « focus group »** : l'entretien de groupe a eu deux cibles avec des guides d'entretien distincts :
 - Les jeunes adolescents scolarisés et non scolarisés de 15 à 24 ans ;
 - La communauté représentée par un groupe composite prenant en compte le sexe (homme/femme).

La collecte des données secondaires : En plus de ces différents instruments de collecte de données, le consultant a collecté des données secondaires sur les principaux indicateurs liés aux objectifs, résultats et activités du projet, notamment les rapports narratifs.

1.9.1.5.2. Outils de collecte des données et cibles visées

Le tableau suivant reprend les cibles de l'évaluation et indique pour chacune d'elles le type d'outil de collecte de données préconisé.

Tableau 1: Répartition des outils selon les cibles

N°	Cibles	Outils	Buts
1	Acteurs du projet PRODEC, M&E	ESS et données secondaires	Mieux cerner les TDR et les attentes du commanditaire
2	Les services techniques de la santé à travers leurs services déconcentrés (DRS, DS, CSPS), les associations	ESS et grille de collecte de données statistiques	-Collecter les indicateurs du programme et évaluer leur perception du projet PRODEC -Apprécier leur implication/ participation dans la mise en œuvre du PRODEC - Mettre en évidence les capacités opérationnelles des CSPS et CMA du District en matière de PF - Identifier les différents facteurs favorables ou défavorables à une mise en œuvre efficace des activités de PF - Recueillir les suggestions des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PRODEC
4	Les ASBC	ESS	- Apprécier leur niveau de connaissance sur les SSR/PF/EC - Apprécier leur implication/ participation dans la mise en œuvre du PRODEC - Identifier les obstacles à la mise en œuvre du PRODEC
5	Les femmes en âge de procréer Les femmes victimes de VBG Les adolescents et jeunes 10 à 24 ans	Questionnaire quantitatif	Mesurer leur niveau de Connaissance, attitudes et pratiques en matière de SSR/PF, Mesurer le niveau d'atteinte des indicateurs quantitatifs

N°	Cibles	Outils	Buts
	Les parents d'enfants de moins de 18 ans Les leaders religieux et coutumiers		Mesurer leur implication dans la mise en œuvre du projet PRODEC
8	La communauté locale (hommes, femmes)	Guide d'entretien de groupe (FG)	Mesurer leur implication et leur perception dans la mise en œuvre du projet

1.9.1.5.3. Echantillonnage

Les cibles du projet étant connues, la collecte des données a concerné les différentes catégories de cibles visées par le projet. Une taille de l'échantillon minimale nécessaire et optimale avec pour objectif d'assurer une certaine représentativité statistique des données dans l'ensemble de la zone d'intervention a été déterminée à l'aide de la formule suivante issue des « techniques de sondage » de Pascal Ardily (2006).

$$n = \frac{N * 1,1}{e^2 * N + 1}$$

Où :

- N est le nombre total de la population par région ;
- n est la taille minimale requise de l'échantillon;
- e = 5% est la précision ou marge d'erreur souhaitée ;

TABLEAU 2: REPARTITION DE L'ECHANTILLON

Cibles	Pondération	Centre-Nord	Nord	Sahel	Total
Femmes adultes	35,28%	155	155	155	466
Hommes adultes	27,20%	120	120	120	359
Jeunes filles	18,66%	82	82	82	246
Jeunes garçons	17,23%	76	76	76	227
Echantillon des enfants de 0 à 18 ans		600	600	600	1 800
Échantillon (femmes, hommes, jeunes adolescents)		483	483	483	1 449
Échantillon global		1 083	1 083	1 083	3 249

L'application de la formule permet de déterminer un échantillon de 1 800 enfants (dont 48,8% de filles) de 0 à 18 ans et 1 449 bénéficiaires directs (hommes, femmes, adolescents), soit un total de 3 249 cibles bénéficiaires visées par l'évaluation finale.

1.9.2. Bilan des travaux de la collecte de données quantitatives

Le bilan de la collecte des données, comme le détaille le tableau, est largement satisfaisant. En effet, on constate que le taux de réalisation global est de 100,0%, ce qui permet d'affirmer que les objectifs visés au départ ont été atteints, voire dépassés. Ainsi, pour un objectif initial de 5 263 cibles prévues, 5 263 personnes ont pu être touchées par l'enquête dans le volet quantitatif. Par ailleurs, il faut souligner que ces taux de réalisation sont dus à la motivation et dynamisme inconditionnelle de nos agents de collecte dans certaines régions d'intervention.

Tableau 3: Bilan de la collecte de données terrain

	Centre Nord			Nord			Sahel		
	Prévisions	Réalisation	Taux d'exécution	Prévisions	Réalisation	Taux d'exécution	Prévisions	Réalisation	Taux d'exécution
Femmes adultes et jeunes filles	671	671	100%	636	636	100%	111	111	100%

Hommes adultes et jeunes garçons	507	507	100%	493	493	100%	95	95	100%
Enfants de 0 à 18 ans	1160	1 160	100%	1 305	1 305	100%	285	285	100%
Ensemble	2338	2 338	100%	2 434	2 434	100%	491	491	100%
Taux de réalisation global	5 263	5 263	100%						

1.9.3. Bilan de la collecte qualitative




De façon générale, la plupart des entretiens individuels ont été réalisés à l'exception des entretiens avec les directions centrales due à la période de la collecte. Au total, 45 entretiens toutes cibles confondues et 39 focus groups ont été réalisés dans l'ensemble de la zone d'intervention du Projet PRODEC. Compte tenu du fait que les interviews et les focus groups ont été enregistrés, une transcription intégrale s'avérerait nécessaire afin de parfaire les différentes analyses selon les informations recherchées. La transcription a pour objectif de mettre sur support électronique les informations recueillies afin de permettre une meilleure exploitation. Elle a une importance dans la recherche qualitative ainsi que dans l'analyse des données qualitatives. À cet effet, les différentes interviews qui ont été réalisées en français ont été transcrites tout en respectant les principes de base scientifiques, c'est-à-dire sans transformer ou déformer les contenus des discours produits par les différents interviewés.

TABEAU 4; REPARTITION ECHANTILLON QUALITATIF


	Effectif
Centre primaire	4
ASBC	6
Leader Communautaire, religieuse et coutumier/ Autorité locale	19
Agent de Santé (dont 03 femmes)	8
Focus Group Homme	8
Focus Group Femme	13
Focus Group jeunes filles /Garçon (dont 11 focus jeunes filles)	18
Centre secondaire	2
Partenaires de mise en œuvre (superviseurs)	2
Responsables ONG/Associations (dont 01 entretien avec une femme)	4
Total	84

1.9.4. Processus de contrôle qualité des données

Dans le souci d'améliorer la qualité des entretiens, plusieurs dispositions ont été prises. Les principales dispositions d'assurance qualité peuvent se résumer comme suit :

-  **Sauvegarde des données** : Au terme de chaque entretien, les données sont directement sauvegardées à la fois sur des ordinateurs portables et aussi sur des clés USB (fournis par le consultant).
-  **La vérification des enregistrements audio** : Tous les enregistrements ont fait l'objet d'écoute par les contrôleurs pour s'assurer qu'ils se sont bien déroulés et que les fichiers audios sont audibles et non vides.
-  **Le débriefing** : Un débriefing est organisé tous les jours par les équipes au soir de chaque journée de collecte. Le débriefing consiste à revivre et déceler les points à améliorer pour les entretiens suivants. L'objectif du débriefing est d'améliorer la manière d'être et de faire des agents de collecte pour être plus efficace et plus performant lors des entretiens à venir. Une bonne tenue des séances

de débriefing permettra de réduire conséquemment les temps des entretiens ultérieurs et à améliorer la cohérence des réponses avec les questions posées.

 **Mission de supervision et de vérification :** Le consultant a effectué une tournée de supervision dans la région du Centre-Nord. Cette tournée a permis de vérifier le bon déroulement des activités de collecte, de toucher du doigt les difficultés et de fournir des solutions aux difficultés. Très salubre, cette tournée a permis de redresser un certain nombre d'incohérences et de garantir ainsi une bonne qualité aux données collectées.

1.9.5. Traitement et analyse des données

Pour les informations qualitatives collectées, un inventaire a été fait ainsi qu'une mise en forme par écrit pour obtenir des *verbatim*. La retranscription de l'ensemble des entretiens a été effectuée mot à mot sans en changer le contenu, sans l'interpréter et sans abréviation. Les textes obtenus ont été codés ligne par ligne, étape par étape pour décrire, classer et transformer les informations suivant la grille d'analyse qui a été construite avec des catégories d'analyse. Une triangulation des informations a été faite entre les entretiens individuels, les entretiens de groupes et les évidences existantes en la matière. L'analyse de contenu a été utilisée en vue de rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de la façon la plus objective possible.

Les données quantitatives ont été transférées via l'application mobile de collecte ODK sous format SPSS. Une tabulation des indicateurs a été réalisée afin d'avoir une liste exhaustive de tous les indicateurs recherchés dans l'évaluation finale pour une analyse statistique.

L'analyse de l'ensemble des données a été guidée par le cadre analytique de l'évaluation finale ainsi que le cadre de performance.

1.9.6. Contraintes et difficultés rencontrées

Au cours de la mission terrain de collecte, des difficultés ont été rencontrées par les équipes. Les principales difficultés se résument en ces points :

- (i) **La Période de la collecte :** La période de l'enquête a coïncidé avec les fêtes de fin d'année. Très occupée par les préparatifs, la population n'accordait pas beaucoup d'intérêt à la présente enquête et par conséquent plusieurs sont ceux qui refusaient de répondre aux questionnaires en soulignant leur indisponibilité.
- (ii) **La réticence :** beaucoup de cibles ont été réticentes lors des entretiens, jugeant les enquêteurs étrangers, car la situation sécuritaire s'est dégradée et n'avaient pas confiance.
- (iii) **L'indisponibilité de certaines cibles :** certaines étaient en déplacement hors de la zone de couverture de l'enquête. En conséquence, les agents de collecte ont eu des difficultés à rencontrer ces cibles. En outre, certaines cibles mêmes ayant été contactées pour réaliser l'entretien annoncent des refus de collaboration pour raison de n'avoir pas été informé par leur hiérarchie.

1.9.7. Défis relevés et mesure de mitigation

Face aux difficultés rencontrées lors de la mission, des mesures palliatives ont été apportées par le consultant.

Défis relevés face à l'indisponibilité de certaines cibles

Au cours de la mission de collecte, les équipes se sont heurtées à l'indisponibilité de certaines cibles. En vue de pallier à cela, les contrôleurs ont procédé à des échanges téléphoniques sensibilisants avec les personnes indisponibles afin qu'ils puissent comprendre l'importance de leurs points de vue pour la réussite de l'évaluation finale. Ces échanges téléphoniques ont permis d'avoir à nouveau des consentements et de nouvelles dates ont été fixées pour la tenue effective des entretiens.

Défis relevés face au refus de coopérer

Dans le souci d'obtenir des données de qualité, le consultant a procédé à l'implication effective de l'ensemble des acteurs de terrain (les ICP, ASBC et MCD, coordonnateurs de zone) pour la collecte des

données. Face à la résistance de certaines cibles à cause de la situation sécuritaire, des guides locaux et accompagnateurs ont été sollicités dans certaines zones notamment dans la région du Sahel pour la collecte des données. Les coordonnateurs de zone ont également eu un rôle remarquable dans la prise de contacts avec la population, les personnes à interviewer et ont facilité l'organisation des focus groups avec le public cible.

1.9.8. Considérations éthiques et protection de l'enfance

1.9.8.1. Risques et bénéfices pour les participants (cibles)

La présente évaluation finale n'a présenté aucun risque majeur pour les sujets concernés. Seul a été relevée la perte en temps, que cela a engendrée pour les agents techniques du système de santé et les répondants, les acteurs locaux de la santé et de l'état civil. Les enquêtés ont été informés sur la liberté qu'ils ont de ne pas répondre à toute question jugée sensible. Le refus de participer à l'étude n'a eu aucune incidence négative sur le participant. Cependant, la réponse effective et sans tabous aux questions ont permis aux consultants de mieux cerner les besoins afin d'améliorer les services en matière de santé et d'état civil.

1.9.8.2. Consentement éclairé

Il s'est agi de s'assurer d'obtenir le consentement éclairé de tous les répondants avant d'administrer les questionnaires aux différentes cibles du projet. Autrement dit, toutes ont été informées de l'objet de l'évaluation et ont été d'accord pour répondre aux différentes questions, sans contrainte aucune. Si la personne refuse de participer, les enquêteurs ne s'entretiennent pas avec cette personne. Il faut noter que les enquêteurs ont été tenus à s'exprimer en langue locale de la zone d'intervention.

1.9.8.3. Assurance de la confidentialité

Le consultant a mis un point d'honneur à garantir la confidentialité des données collectées. Chaque participant a été rassuré de la discrétion qui prévaudra quant à l'utilisation de ses données. D'ailleurs, dans le souci d'assurer la non-divulgaration des informations, tous les participants à l'étude (enquêteurs, superviseurs), on eut à signer un engagement de respect de la confidentialité.

1.9.8.4. Protection de l'enfance

Les évaluations des risques à l'échelle locale ont été menées avec des équipes de sécurité et de protection dans la zone couverte par l'évaluation finale, et les risques ont fait l'objet d'un suivi continu. Les principes en matière de confidentialité, d'anonymat et de consentement éclairé ont été appliqués, et l'étude a été pleinement conforme à la Politique mondiale de **Educo** et ses partenaires sur la protection des enfants. Pour les adolescents de moins de 18 ans, une autorisation parentale préalable a été requise de leurs parents/tuteurs avant toute administration de questionnaires. En cas de refus, ils ne sont pas inclus dans l'étude. Des mesures ont été prises par le consultant pour faciliter la collaboration avec les agents enquêteurs et les cibles de l'étude notamment auprès des enfants. La formation des agents enquêteurs a pris en compte le volet protection de l'enfance en vue de permettre aux enquêteurs de prendre les dispositions en matière de droit de l'enfant, notamment du code de protection des personnes et de la famille. Ce volet protection de l'enfance a été d'une productivité pour les enquêteurs lors de la formation.

II. CONSTATS ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'EVALUATION

2.1. Collaboration, planification et coordination

2.1.1. Collaboration et communication entre Educo et ses partenaires

La collaboration entre **Educo et ses partenaires** est capitale pour la conduite et la mise en œuvre des activités du projet PRODEC. L'analyse des rapports d'activités du projet indique que le niveau de collaboration et de communication est satisfaisant. En effet, les activités affectées à chaque partenaire ont été mises en œuvre de manière satisfaisante durant toute la phase du projet.

Aussi, les rapports narratifs ont été produits et transmis dans les délais à Educo qui en assure le lead du consortium. En outre, des cadres de concertation réguliers établis ont permis le renforcement du partenariat entre Educo et ses partenaires de mise en œuvre du projet.

2.1.2. Collaboration et communication avec les structures et les communautés bénéficiaires

La collaboration entre l'unité de gestion du projet PRODEC et les Mairies, les structures de santé ainsi que les services de lutte contre les VBG est globalement satisfaisants. Cette bonne collaboration traduit l'existence d'une communication entre l'ensemble des acteurs de mise en œuvre du projet. Ce qui contribue énormément à la réussite des activités du projet. Aussi, le projet, à travers le recrutement de superviseurs de terrain, a réalisé une stratégie de communication complète avec les bénéficiaires directs et indirects sur le terrain. Les entretiens réalisés ont montré que la communication au niveau social est efficace. C'est ce qui illustre une personne-ressource du projet en ces termes : *« en tout cas pour ceux qui connaissent le projet, ils peuvent témoigner. Les populations bénéficiaires l'apprécient beaucoup en tout cas. »* **Personne-ressource, région du Nord.**

D'après les rapports d'activité, la stratégie du faire-faire est utilisée par Educo et ses partenaires pour l'implémentation des activités du projet. Cette approche de collaboration a pour avantage de renforcer les compétences et capacités des acteurs locaux et de capitaliser les acquis dans la durée.

2.1.3. Aspects éthiques

Le caractère tabou de la santé sexuelle et reproductive (SSR), des violences basées sur le genre (VBG) au Burkina Faso, pousse de nombreuses personnes à éluder la question, au risque de mettre en doute leur moralité. En effet, pour certains, parler de services de SSR reviendrait à encourager la dépravation des mœurs. Pire, lorsqu'il s'agit d'en parler à des enfants, certains parents émettent des réserves et les enfants eux-mêmes éprouvent de la gêne face au sujet. Le contexte de cette étude n'a pas dérogé à ces différentes craintes et appréhensions de part et d'autre. Cependant, nous notons que, dans la majorité des cas, les parents ont donné leur accord pour l'administration du questionnaire à leurs enfants. Pour le volet services SSR, ce sont les jeunes et adolescents (filles et garçons) de 20-24 ans qui ont été enquêtés. Quant aux jeunes et adolescents, nous avons pu constater qu'ils étaient plus consentants en ce qui concerne l'entretien. De plus, une fois mis en confiance par les enquêteurs, certains répondaient aux questions avec enthousiasme et n'hésitaient pas à poser des questions. Ce constat révèle que les jeunes ont des besoins non satisfaits en matière d'éducation à la SSR. Aussi, on remarque que les jeunes et adolescents qui répondaient aux questions en présence de leurs parents étaient moins bavards, ce qui montre que de nombreux parents ne parlent pas de santé sexuelle à leurs enfants et que le malaise subsiste sur la question.

2.2. Caractéristiques sociodémographiques des cibles

2.2.1. Analyse du consentement et de la situation sécuritaire

2.2.1.1. Analyse du consentement

Dans certaines zones en milieu rural au Burkina Faso, l'arrivée d'un groupe d'étrangers peut entraîner une méfiance de la part des populations, surtout dans ce contexte à fort défis sécuritaires. En effet, certains ménages émettent des réserves face au sujet qui doit être abordé par les agents de collecte. Le

contexte de cette étude n'a pas dérogé à ces différentes craintes et appréhensions de part et d'autre. Cependant, nous notons que, dans la majorité des cas, les bénéficiaires ont donné leur accord pour l'administration du questionnaire. Certains parents étaient réticents, exigent d'abord des lettres d'accréditation des autorités locales. Mais, ceux-ci ont également fini par consentir à l'administration du questionnaire.

2.2.1.2. *Situation des zones inaccessibles et impact sur la collecte de données*

Suite à la multiplication des attaques dans la région du Centre-Nord, du Sahel et du Nord au Burkina Faso, certaines zones restent pratiquement inaccessibles par les populations civiles. Lors de la présente mission d'évaluation finale, 118 villages dans la zone d'intervention ont été visés.

Les trois (03) régions d'intervention sont caractérisées par des attaques à répétition contraignant les agents de collecte à limiter leur intervention. Cela a été constaté dans la région du Sahel, où l'ensemble des agents de collecte ont été recrutés dans les chefs-lieux des provinces (**Dori, Sebba et Gorom-gorom**). Compte tenu du niveau de sécurité de ces zones, seuls les chefs-lieux des provinces d'intervention ont été concernés. Pour la province du Séno, deux communes ont été concernées : Dori et Bani. Pour mieux maintenir la représentativité de la couverture géographique dans cette région, le consultant a exigé que toutes les provinces d'intervention soient touchées par la présente mission.

2.2.2. **Caractéristiques sociodémographiques des cibles de l'évaluation**

Le volet quantitatif de l'enquête a visé essentiellement les bénéficiaires du projet notamment les femmes, les hommes de plus de 25 ans, les jeunes et adolescents de 20-24 ans.

2.2.2.1. **Répartition des cibles par région**

À l'issue de la phase collecte, 5 263 personnes ont été touchées par la collecte dans les trois (03) régions du projet PRODEC. La région du Centre-Nord (44,4%) et du Nord (40,2%) sont les plus représentées pour l'ensemble des cibles enquêtées. Par contre, la région du Sahel (15,3%) est la moins représentée dans la collecte de données. Ce faible niveau s'explique par l'inaccessibilité de certaines zones par les agents enquêteurs en vue de renseigner toutes les informations.

Dans la région du Centre-Nord, 28,7% des bénéficiaires touchés sont des femmes et jeunes filles, alors que 49,6% sont des enfants de 0 à 18 ans. Cette proportion est plus élevée dans la région du Nord (53,6%).

Tableau 5: Répartition des cibles par région

	Centre-Nord	Nord	Sahel
Femmes adultes et jeunes filles	28,7%	26,1%	22,6%
Hommes adultes et jeunes garçons	21,7%	20,3%	19,3%
Garçons de 0 à 18 ans	44,8%	55,1%	60,3%
Filles de 0 à 18 ans	55,2%	44,9%	39,7%
Ensemble	44,4%	40,2%	15,3%

Source : Données terrain, PRODEC 2021

2.2.2.2. **Répartition des cibles selon le sexe**

Plus de la moitié des cibles enquêtées sont des personnes de sexe féminin.

L'analyse selon le sexe montre une certaine disparité au niveau des deux catégories de cibles dans les zones du projet PRODEC, avec 51,2% des enfants qui sont de sexe masculin. Pour le volet ménage, c'est 56,4% des cibles qui sont de sexe féminin.

Tableau 6: Répartition des bénéficiaires selon le sexe

	Ménages		Enfants	
	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin
Centre Nord	57,0%	43,0%	49,0%	51,0%
Nord	56,3%	43,7%	47,8%	52,2%
Sahel	53,9%	46,1%	52,6%	47,4%
Ensemble	56,4%	43,6%	48,8%	51,2%

Source : Données terrain, PRODEC 2021

2.2.2.3. Statut matrimonial des cibles enquêtées

Plus de la moitié des ménages enquêtés sont mariés

Dans le cadre de cette enquête, 57,7% des ménages enquêtés sont des couples mariés contre 39,3% de célibataires. En outre, cette collecte a également touché des divorcés (0,6%) et des veufs/ veuves (2,3%).

Tableau 7: Répartition selon leur situation matrimoniale

	Célibataire	Div/Sép	Marié monogame	Marié(e) polygame	Veuf/Veuve
Centre Nord	43,4%	0,8%	41,1%	12,3%	2,5%
Nord	38,8%	0,5%	41,4%	17,6%	1,7%
Sahel	18,9%	0,5%	62,6%	12,6%	5,3%
Ensemble	39,3%	0,6%	43,0%	14,7%	2,3%

Source : Données terrain, PRODEC 2021

2.2.2.4. Situation matrimoniale selon le sexe

L'analyse des données indique que parmi les cibles célibataires qui ont été enquêtées, 50,7% sont de sexe féminin, alors que 59,5% sont des femmes mariées.

Tableau 8: répartition de la situation matrimoniale selon le sexe

	Féminin	Masculin
Célibataire	50,7%	49,3%
Div/Sép	93,8%	6,3%
Marié monogame	59,5%	40,5%
Marié(e) polygame	55,4%	44,6%
Veuf/Veuve	91,5%	8,5%

Source : Données terrain, PRODEC 2021

2.2.2.5. Niveau d'instruction

Plus d'un tiers des ménages enquêtés n'ont aucun niveau d'instruction

Les résultats de l'étude indiquent que 34,3% des ménages n'ont aucun niveau d'instruction dans l'ensemble de la zone du projet. 20,1% ont un niveau d'instruction primaire et 21,1% ont un niveau secondaire.

Tableau 9: Répartition (%) des bénéficiaires selon leur niveau d'instruction

	Aucun	Post-primaire	Primaire	Secondaire	Supérieur
Centre Nord	31,2%	19,4%	20,8%	21,0%	7,7%
Nord	32,2%	19,7%	19,8%	22,9%	5,6%
Sahel	64,1%	3,4%	18,4%	12,6%	1,5%
Ensemble	34,3%	18,2%	20,1%	21,1%	6,2%

Source : Données terrain, PRODEC 2021

2.2.2.6. Niveau d'instruction selon le sexe

L'analyse des données indique 59,2% des cibles enquêtées sont de sexe féminin n'ont aucun niveau d'instruction. Pour les ménages de niveau supérieur, les femmes représentent 41,4%.

Tableau 10: Niveau d'instruction selon le sexe

	Féminin	Masculin
Aucun	59,2%	40,8%
Post-primaire	63,5%	36,5%
Primaire	52,6%	47,4%
Secondaire	54,0%	46,0%
Supérieur	41,4%	58,6%

Source : Données terrain, PRODEC 2021

2.3. CONSTATS ET ANALYSES PRÉLIMINAIRES

2.3.1. CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUE DES JEUNES ET ADOLESCENTS EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

2.3.1.1. Connaissance des SSR/PF chez les jeunes et adolescents 20-24 ans

Dans la zone d'intervention du projet, ce sont les injectables, les condoms/préservatifs masculins et les pilules contraceptives qui sont les plus connues comme méthodes contraceptives selon les résultats de l'enquête.

Les résultats issus de l'enquête de terrain montrent que la quasi-totalité des jeunes et adolescent connaissent les préservatifs masculins (88,2%), contre 91,0% pour les implants contraceptifs, 97,1% pour les pilules et 76,6% pour les injectables. Cette situation s'explique par l'impact positif des sensibilisations sur les méthodes contraceptives dans ces zones.

Tableau 11: Niveau de connaissance des méthodes contraceptives

	Centre Nord	Nord	Sahel	Ensemble
Stérilisation féminine	47,1%	59,1%	34,5%	51,5%
Stérilisation masculine	44,8%	65,8%	36,9%	53,6%
Implants contraceptifs	88,5%	97,5%	69,9%	91,0%
DIU/ Stérilet	50,8%	58,6%	6,3%	50,7%
Injectables	87,4%	76,3%	66,1%	76,6%
Pilule (contraceptive)	96,8%	97,7%	95,6%	97,1%
Pilule du lendemain / contraception d'urgence	81,7%	88,8%	61,2%	83,2%
Condoms/préservatifs masculins	89,0%	86,3%	94,2%	88,2%
Condoms/préservatifs féminins	63,2%	72,3%	66,0%	67,5%
Diaphragme/cape cervicale	16,6%	20,5%	7,3%	17,6%
Comprimés, la mousse, ou la gelée contraceptive	17,3%	22,1%	20,4%	19,7%
Méthode des jours fixes ou le collier du cycle	29,2%	35,2%	34,0%	32,3%
Méthode d'allaitement exclusif ou MAMA	25,6%	23,5%	43,7%	26,1%
Méthode du rythme	13,8%	15,9%	5,8%	14,1%
Méthode du retrait / coït interrompu	27,0%	41,6%	13,1%	32,4%
Autres méthodes contraceptives	0,5%	0,8%	2,4%	0,8%

Source : Données terrain, PRODEC 2021

2.3.1.2. Niveau de connaissance des méthodes contraceptives selon le sexe

L'analyse des données indique que de façon globale, les femmes ont plus connaissance des méthodes contraceptives que les hommes dans la zone du projet. Pour les méthodes de DIU/Stérilet, 61,6% des

femmes estiment avoir connaissance de cette méthode alors que ce pourcentage est de 38,9% chez les hommes.

Tableau 12: Niveau de connaissance des méthodes contraceptive selon le sexe

	Féminin	Masculin
Stérilisation féminine	54,8%	45,2%
Stérilisation masculine	56,6%	43,4%
Implants contraceptifs	57,2%	42,8%
DIU/ Stérilet	61,6%	38,4%
Injectables	57,8%	42,2%
Pilule (contraceptive)	56,4%	43,6%
Pilule du lendemain / contraception d'urgence	57,0%	43,0%
Condoms/préservatifs masculins	56,6%	43,4%
Condoms/préservatifs féminins	59,2%	40,8%
Diaphragme/cape cervicale	57,9%	42,1%
Comprimés, la mousse, ou la gelée contraceptive	57,4%	42,6%
Méthode des jours fixes ou le collier du cycle?	61,9%	38,1%
Méthode d'allaitement exclusif ou MAMA	58,0%	42,0%
Méthode du rythme	57,6%	42,4%
Méthode du retrait / coït interrompu	54,5%	45,5%
Autres méthodes contraceptives	60,0%	40,0%

Source : Données terrain, PRODEC 2021

2.3.1.3. Nombre de méthodes contraceptives connu par les bénéficiaires de 15-49 ans

Plus de la moitié des bénéficiaires connaissent une méthode contraceptive dans l'ensemble de la région d'intervention.

D'une manière générale, on constate que 80,0% des bénéficiaires ont affirmé connaître une méthode de contraception au moment de l'évaluation dans leur localité. Pour ceux connaissant deux méthodes contraceptives, on enregistre 66,6%, alors que 48,7% connaissent au moins trois méthodes contraceptives dans l'ensemble de la zone d'intervention.

Tableau 13: Nombre de types de méthodes contraceptives connus

	Centre Nord	Nord	Sahel	Ensemble
Une méthode contraceptive	80,3%	82,2%	66,0%	80,0%
Deux méthodes contraceptives	67,1%	63,8%	79,1%	66,6%
Au moins Trois méthodes contraceptives	52,9%	47,7%	29,6%	48,7%

Source : Données terrain, PRODEC 2021

2.3.1.4. Nombre de méthodes contraceptives connu par les bénéficiaires de 15-49 ans selon le sexe

L'analyse des données indique que ce sont les femmes qui connaissent plus de méthodes contraceptives dans leur localité. En effet, 56,9% des femmes estiment connaître au moins deux méthodes contraceptives, alors que ce pourcentage est de 43,1% chez les hommes.

Tableau 14: Nombre de méthodes contraceptives les plus connues selon le sexe

	Féminin	Masculin
Une méthode contraceptive	55,9%	44,1%
Deux méthodes contraceptives	56,9%	43,1%

Au moins trois méthodes contraceptives	55,3%	44,7%
---	-------	-------

Source : Données terrain, PRODEC 2021

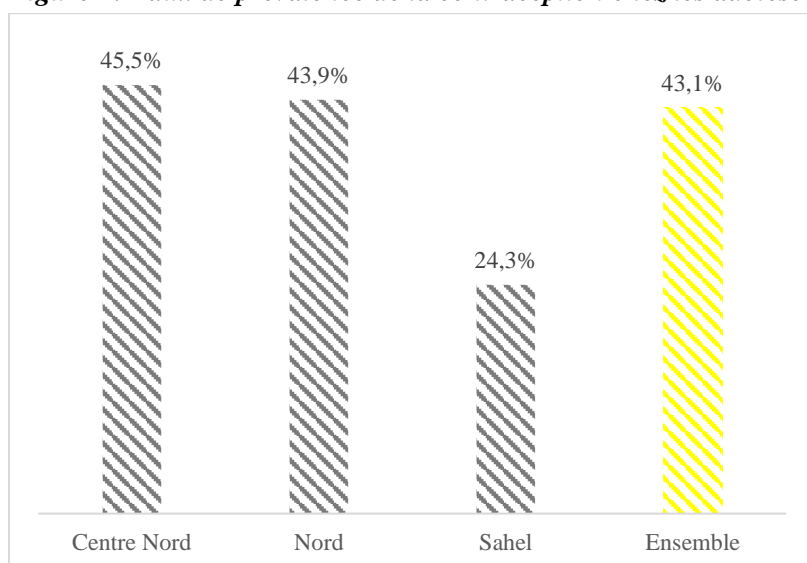
2.3.1.5. Pratique de la contraception

La pratique de la contraception par les jeunes et adolescents est faible dans l'ensemble de la zone du projet

La planification familiale a des avantages démontrés sur le plan de l'égalité des sexes et de la santé maternelle. Chez les jeunes filles, elle présente une possibilité d'accéder à une meilleure éducation et de participer activement à la vie productive et sexuelle. Toutefois malgré ces avantages, la prévalence contraceptive reste faible dans la zone du projet. Les informations collectées ont permis d'estimer le niveau d'utilisation actuelle de la contraception ou prévalence contraceptive. En effet, on note que 43,1% des 15-19 ans utilisent une méthode contraceptive au moment de l'enquête. Ce taux est au-dessus du taux de prévalence contraceptive national (26,9%) selon le rapport annuel 2018-2019 de Family Planning (FP2020).

La prévalence contraceptive définie dans notre approche est la proportion des individus ayant utilisé au moins une méthode contraceptive au cours des six derniers mois. La répartition par région indique que la prévalence est plus faible dans la région du Sahel (24,3%) et plus élevée dans la région du Centre Nord (45,5%). Cette situation pourrait être liée essentiellement à la disponibilité, à la gratuité ainsi qu'au renforcement des sensibilisations dans ces zones touchées par les déplacements massifs des populations.

Figure 1: Taux de prévalence de la contraception chez les adolescents



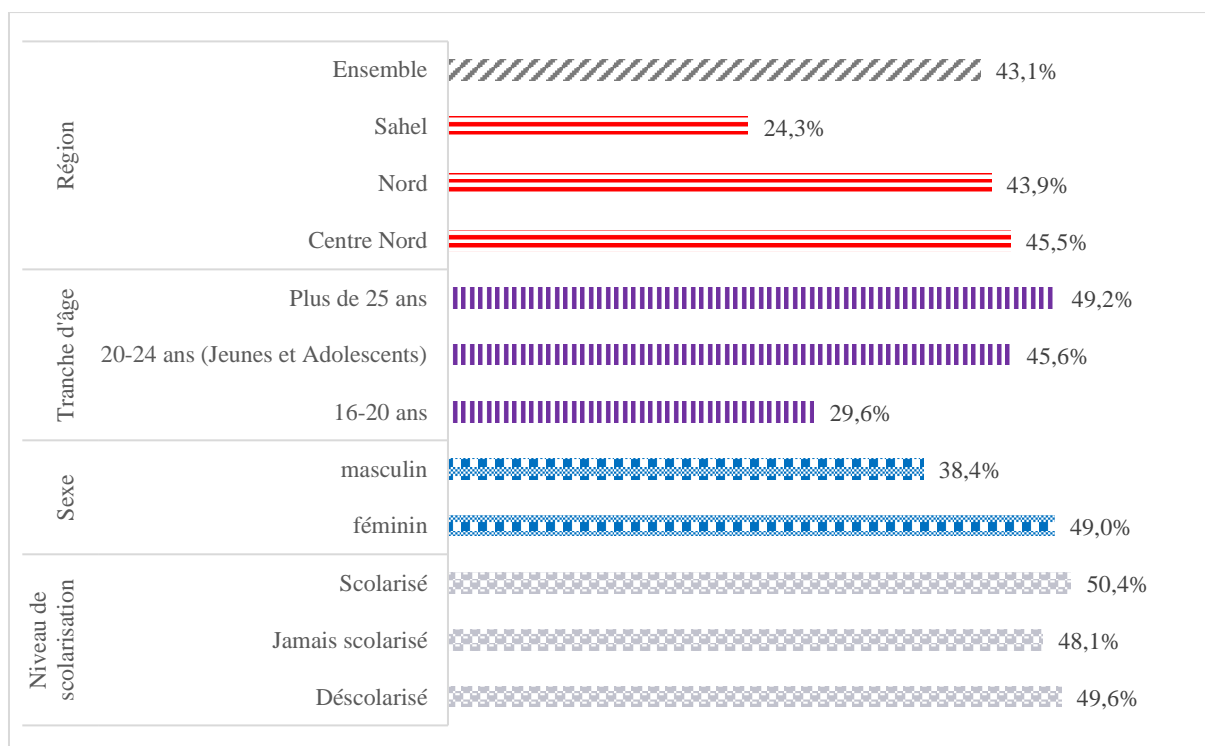
Source : Données terrain, PRODEC 2021

Les personnes âgées de plus de 25 ans sont celles qui utilisent le plus les méthodes contraceptives pour leurs besoins.

L'analyse par sexe indique que les femmes sont plus nombreuses (49%) à utiliser une méthode contraceptive, contre 38,4% pour les hommes.

La répartition par tranche d'âge indique une prévalence contraceptive de 49,2% pour les personnes âgées de plus de 25 ans. Suivant le niveau de scolarisation, les personnes scolarisées présentent une prévalence contraceptive plus élevée (50,4%), suivi de celles déscolarisées (49,6%) et de celles jamais scolarisées (48,1%).

Figure 2: Taux de prévalence contraceptive selon les caractéristiques des cibles



Source : Données terrain, PRODEC 2021

2.3.1.6. Utilisation des méthodes contraceptives selon le sexe par catégorie de cibles

L'analyse des données indique que parmi les méthodes utilisées par les cibles, adultes (plus de 25 ans), ce sont les hommes qui utilisent le plus les méthodes contraceptives (52,5%). Par contre, pour les 20-24 ans, ce sont les femmes qui utilisent le plus les méthodes contraceptives (59,4%).

Tableau 15: Utilisation des méthodes contraceptives selon le sexe

	Féminin	Masculin
Déscolarisé	50,4%	49,6%
Jamais scolarisé	55,7%	44,3%
Scolarisé	45,5%	54,5%
16-20 ans	47,9%	52,1%
20-24 ans (Jeunes et Adolescents)	59,4%	40,6%
Plus de 25 ans	47,5%	52,5%

Source : Données terrain, PRODEC 2021

2.3.1.7. Utilisation des méthodes contraceptives dans les trois régions

La méthode contraceptive la plus connue et utilisée est le préservatif masculin, les implants contraceptifs, les pilules, les injectables, mais certaines méthodes demeurent quasiment inutilisées.

L'évaluation a également cherché à connaître les méthodes contraceptives connues et utilisées par les bénéficiaires du PRODEC dans les localités. L'analyse des entretiens auprès des acteurs du système de santé indique que les méthodes couramment utilisées sont les implants contraceptifs, les préservatifs masculins, les pilules contraceptive et les stérilets. C'est du moins ce qu'indique un agent de santé lors d'un entretien individuel dans la commune de Ouahigouya en ces termes : « Souvent ce sont ces intrants

qui existent dans nos dépôts. Mais quand il y a des distributions, on a souvent d'autres méthodes contraceptives qui nous parviennent mais que les gens n'utilisent pas. » **Agent de santé, Ouahigouya.**

Dans l'ensemble de la zone du projet, les préservatifs masculins (51,9%), implants (17,7%), les pilules (14,2%) et les injectables (24,7%) sont les méthodes les plus distribuées aux populations par les centres de santé. Cependant, le diaphragme/cape cervicale, la méthode des jours fixes ou le collier du cycle, la méthode du retrait / coït interrompu, Mousse/gelée spermicide ne sont pas utilisées par la population dans ces régions.

La répartition par région indique que la région du Sahel (68%) vient en tête dans l'utilisation des préservatifs masculins ; contre 53,8% pour le Centre-Nord et 46,2% pour le Nord, suivi des injectables (67,2%) pour le Sahel, contre 13,4% pour le Centre Nord et 26,6% pour le Nord. Les méthodes traditionnelles (méthodes de retrait/coït interrompu) sont également utilisées par la population (2,6%) avec une fréquence plus élevée dans le Centre-Nord (4,8%), alors que les implants sont également distribués (20,5%) dans cette région, mais restent moins utilisés dans le Sahel (20,0%).

Tableau 16: Type de méthodes utilisées par les bénéficiaires

	Centre Nord	Nord	Sahel	Ensemble
Stérilisation féminine	2,0%	5,7%	2,4%	3,7%
Stérilisation masculine	1,6%	5,3%	4,0%	3,5%
Implants contraceptifs	20,5%	14,3%	20,0%	17,7%
DIU/ Stérilet	1,6%	4,6%	0,0%	2,8%
Injectables	13,4%	26,6%	67,2%	24,7%
Pilule (contraceptive)	9,6%	18,7%	15,2%	14,2%
Pilule du lendemain / contraception d'urgence	2,3%	5,3%	5,6%	4,0%
Condoms/préservatifs masculins	53,8%	46,2%	68,0%	51,9%
Condoms/préservatifs féminins	8,6%	4,9%	3,2%	6,4%
Diaphragme/cape cervicale	0,4%	0,0%	0,0%	0,2%
Comprimés, la mousse, ou la gelée contraceptive	1,1%	0,9%	0,0%	0,9%
Méthode des jours fixes ou le collier du cycle	4,1%	0,4%	0,0%	2,0%
Méthode du retrait / coït interrompu	4,8%	0,9%	0,0%	2,6%
Autres méthodes contraceptives	3,2%	1,5%	0,0%	2,1%

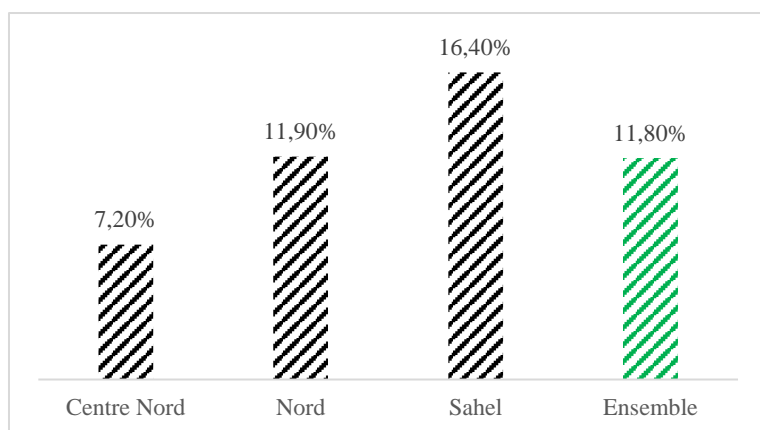
Source : Données terrain, PRODEC 2021

2.3.1.8. *Changement de méthode contraceptive*

Près d'un tiers des ménages ont déclaré avoir déjà changé de méthode de planification familiale.

À la question de savoir « Avez-vous déjà changé de méthode de planification familiale ? », 11,8% des ménages ont estimé avoir déjà changé de méthode de planification familiale dans la zone du PRODEC. Les principales raisons évoquées sont entre autres : les conseils des agents de santé, le coût de la méthode, les effets secondaires, etc.

Figure 3: Changement de méthode contraceptive



Source : Données terrain, PRODEC 2021

2.3.1.9. Exposition aux sources d'information sur la PF

Les agents de santé sont de véritables sources d'information pour les services de planification familiale dans les régions d'intervention du projet.

L'accès à l'information constitue un préalable important pour promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives. C'est, en effet, par ce biais que l'on parvient à informer et à sensibiliser la population sur la planification familiale et à vulgariser les différentes méthodes contraceptives. Pour connaître le niveau d'accès des femmes et des hommes à l'information sur la planification familiale et les canaux par lesquels elles ont été informées, on leur a demandé si elles ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision ou dans un journal ou une revue, soit entendu d'un agent de santé ou d'un relais communautaire, un message sur la planification familiale au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'évaluation. Ainsi, 58,6% des personnes enquêtées déclarent que ce sont les agents de santé y compris les ASBC qui leur transmettent les informations relatives aux services de planification familiale dans la région du Sahel. Cette proportion est de 34,6% au Nord et 31,7% dans la région du Centre-Nord.

Ces résultats sont confirmés par les discours suivants :

« Les agents de santé viennent faire des sensibilisations à l'école. Ils font cela chaque année ». **Focus groups/Jeunes filles, commune de Dori/Sahel.**

« À l'hôpital, les agents de santé s'y connaissent en planning, ils nous expliquent les avantages et les inconvénients de planning familial, que si on espace bien les naissances les enfants seront bien nourris et se porteront bien. On parle de ça à tout le temps à la radio ». **Focus group femme commune de Ouahigouya/Nord.**

Les leaders religieux et les relais communautaires sont les moins émetteurs d'information relative aux services de planification familiale respectivement 0,3% et 0,1%.

Tableau 17: Répartition suivant le canal d'information des SSR, PF

	Centre Nord	Nord	Sahel	Ensemble
Agent de santé	31,7%	34,6%	58,6%	34,9%
Autre	0,3%	1,3%	0,0%	0,8%
Crieurs/mobilisateurs	1,8%	4,3%	3,4%	3,2%
École/Enseignant	6,6%	6,1%	1,7%	6,0%
Famille	0,3%	0,7%	0,0%	0,4%
Journal	0,3%	1,3%	0,0%	0,8%

Leader religieux	0,3%	0,4%	0,0%	0,3%
Radio	30,3%	33,0%	20,7%	31,1%
Relais communautaire	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%
Réseaux sociaux	5,0%	5,2%	1,7%	4,9%
Téléphone portable	1,1%	2,6%	0,0%	1,8%
Télévision	21,4%	9,1%	10,3%	14,4%
Voisins et amis	1,1%	1,1%	3,4%	1,2%

Source : Données terrain, PRODEC 2021

2.3.1.10. Qualité et prestations des services de santé sexuelle et reproductive

Plus de 06 personnes sur 10 trouvent que les services de santé en SSR sont de bonne qualité (conseils sur les effets secondaires, méthode par choix éclairé, confidentialité, accessibilité, etc.) dans l'ensemble de la zone de l'étude.

Les avis sur la qualité des services SSR restent plus ou moins homogènes dans toutes les régions concernées par l'évaluation. En effet, ces proportions sont de 74,9% dans la région du Centre-Nord, 54,3% dans le Nord et 40,2% dans la région du Sahel. La répartition par sexe indique que ce sont les femmes qui ont plus déclaré que les services sont bons (65,4%). Chez les hommes, cette proportion est de 59,1%.

Tableau 18: Répartition selon la qualité des services par région

	Centre Nord	Nord	Sahel	Féminin	Masculin	Ensemble
Bonne	74,9%	54,3%	40,20%	65,4%	59,1%	63,00%
Pas du tout bonne	2,5%	5,9%	3,40%	3,3%	5,9%	4,30%
Passable	11,2%	28,3%	16,10%	17,8%	23,3%	19,90%
Très bonne	11,3%	11,5%	40,20%	13,6%	11,7%	12,90%

Source : Données terrain, PRODEC 202

Huit personnes interrogées sur dix (8/10) ont déclaré que les produits des SSR étaient efficaces.

En réponse à la qualité des services SSR et PF, les ménages se sont exprimés sur l'efficacité des produits SSR et PF. À ce sujet, 80,4% ont estimé que les produits utilisés dans le cadre des SSR étaient efficaces sur l'ensemble de la zone du projet. Par contre, 5,9% pensent quant à eux que les produits étaient « peu efficaces ». L'analyse selon le sexe montre que 14,7% des femmes ont déclaré que les produits SSR sont très efficaces.

Tableau 19: Répartition selon l'efficacité des produits SSR et PF

	Efficaces	Pas du tout efficaces	Très efficaces
Centre Nord	83,3%	3,2%	13,5%
Nord	80,0%	8,5%	11,5%
Sahel	57,5%	4,6%	37,9%
Féminin	80,6%	4,7%	14,7%
Masculin	79,9%	7,9%	12,2%
Ensemble	80,4%	5,9%	13,8%

Source : Données terrain, PRODEC 2021

2.3.2. ANALYSE DES VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE DE LA ZONE DU PRODEC

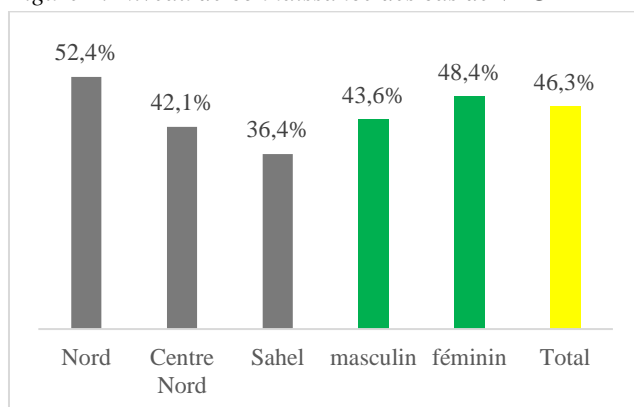
2.3.2.1. Connaissance des cas de VBG

Les cas de violences basées sur le genre sont plus récurrents dans la région du Nord.

Les violences basées sur le genre peuvent se manifester sous plusieurs formes au sein des communautés et dans les ménages. Ces cas de violences sont d'ordre domestique, conjugal, sexuel, physique, émotionnel, etc. Dans la région du Nord, les cas de violence basée sur le genre sont les plus connus par les bénéficiaires. En effet, dans cette région 52,4% des enquêtés connaissent l'existence des cas de violences basées sur le genre contre 42,1% et 36,4% respectivement dans les régions du Centre Nord et du Sahel.

Par ailleurs, la distribution selon le sexe montre que les femmes (48,4%) ont plus connaissance des cas de violence basée sur le genre que les hommes (43,6%). Cette différence de connaissance entre hommes et femmes se comprend aisément d'autant plus que se sont-elles qui sont plus victimes de cette violence, ce qui justifie les propos d'une adolescente au cours des focus groups dans la commune de Dori : « *Les mariages forcés existent toujours ici. Quand tu reprends la même classe une ou deux fois, ton père dit que tu es nulle à l'école. Donc il t'oblige à abandonner les études en arrêtant de payer tes frais de scolarité, pour ensuite te donner en mariage. Récemment dans le quartier juste en face, y'a une fille qui a redoublé sa classe et son père l'a immédiatement donné en mariage. Parlez à nos parents aussi, eux ne veulent pas que nous aussi on réussisse, est-ce que c'est bien ce qu'ils font ?* ». **Focus group adolescente, commune de Dori.**

Figure 4: Niveau de connaissance des cas de VBG



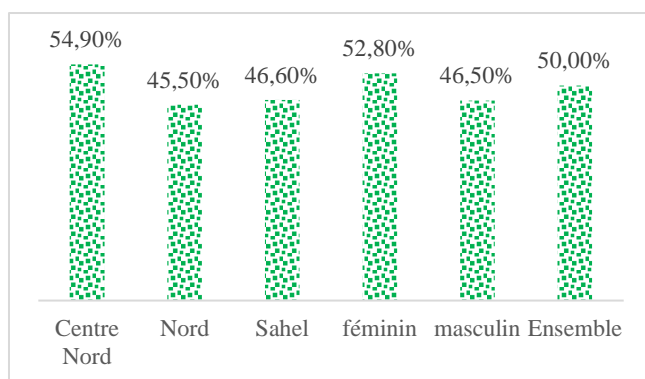
Source: données terrain, PRODEC, 2021

2.3.2.2. Existence d'un cadre de collaboration entre les réseaux de lutte contre les VBG

Comme dans le cas de la connaissance de l'existence des cas de violences basées sur le genre, la connaissance de l'existence d'un cadre de collaboration entre les réseaux de lutte contre les VBG est plus élevée chez les femmes (52,8%) que chez les hommes (46,5%).

La distribution de cette connaissance par région indique que la région du Centre Nord vient en première position suivie de la région du Sahel. En effet, les connaissances de l'existence d'un cadre de collaboration entre les réseaux de lutte contre les VBG sont de 54,9% dans la région du Centre Nord contre 46,6% dans la région Sahel. Seulement 45,5% des enquêtés de la région du Nord connaissent l'existence d'un cadre de collaboration entre les réseaux de lutte contre les VBG. Cette faible connaissance du cadre de collaboration entre les réseaux de lutte contre les VBG interpelle les autorités burkinabés et les partenaires au développement.

Figure 5: Existence d'un cadre de collaboration entre les réseaux de lutte contre les VBG



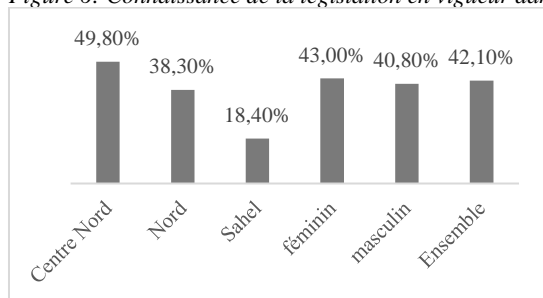
Source: données terrain, PRODEC, 2021

2.3.2.3. Connaissance de la législation en vigueur dans le domaine de la lutte contre les VBG au Burkina Faso

Plus de la moitié des cibles ignorent la législation en vigueur dans le domaine de la lutte contre les VBG.

La législation en vigueur dans le domaine de la lutte contre les VBG au Burkina Faso est peu connue par les populations. Cette méconnaissance est plus cruciale chez les hommes. En effet, 59,2% des hommes ignorent la législation dans le domaine des VBG contre 57% chez les femmes. L'analyse de cette connaissance selon les régions révèle que c'est dans la région du Sahel où les populations ignorent plus la législation en matière de lutte contre les VBG. Dans cette région, 81,6% ignorent la législation. Elles sont suivies par ceux de la région du Nord (61,7%). Ceux de la région du Centre Nord sont les moins à ignorer la législation en vigueur dans le domaine de la lutte contre les VBG au Burkina Faso, soit 50,2%. Cette faible connaissance de la législation dans le domaine des VBG justifie en partie la poursuite des violences basées sur le genre au Burkina.

Figure 6: Connaissance de la législation en vigueur dans le domaine de la lutte contre la VBG



Source: données terrain, PRODEC, 2021

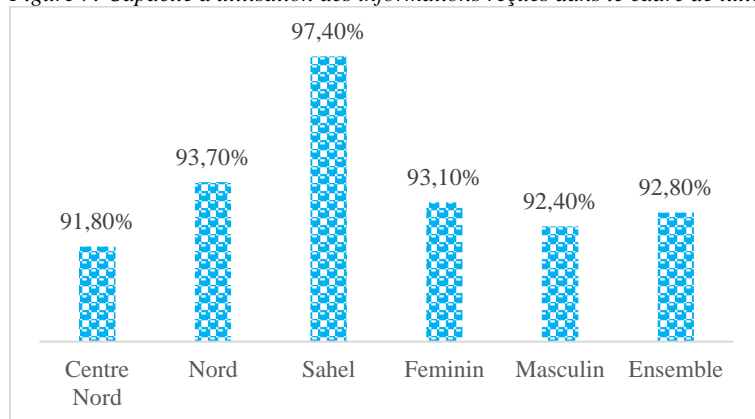
2.3.2.4. Utilisation des informations reçues pour la prise de décision en matière de lutte contre les VBG

Les hommes utilisent moins les informations reçues dans le cadre de la lutte contre des VBG

L'utilisation des informations reçues pour la prise de décision en matière de lutte contre les VBG par les populations revêt d'une importance capitale en matière de lutte contre les violences basées sur le genre. En effet, la capacité à utiliser les informations pour lutter contre les violences basées sur le genre révèle l'efficacité des sensibilisations. On constate que sur l'ensemble des zones d'intervention du projet 92,8% des enquêtés sont capable d'utiliser les informations reçues dans le cadre de la lutte contre les VBG. La répartition par sexe montre que les femmes utilisent plus ces informations (93,1%) que les hommes (92,4%).

La distribution par région des cibles utilisant l'information révèle que c'est dans la région du Sahel (97,4%) que les populations utilisent plus les informations reçues pour lutter contre les VBG, suivi de la région du Nord (93,7%), et de la région du Centre Nord (92,8%).

Figure 7: Capacité d'utilisation des informations reçues dans le cadre de lutte contre les VBG



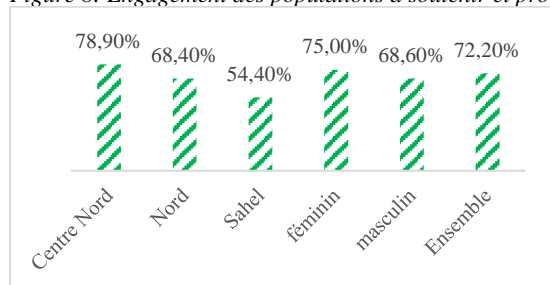
Source: données terrain, PRODEC, 2021

2.3.2.5. Engagement des populations à soutenir et protéger les femmes/jeunes filles contre les VBG

Plus de sept personnes sur dix veulent s'engager pour soutenir et protéger les femmes contre les VBG.

La majorité des cibles interrogées estiment vouloir s'engager régulièrement pour soutenir et protéger les femmes et les filles contre les violences basées sur le genre. Les scores indiquent une forte disparité entre les régions. Puisque dans la région du Centre Nord, 78,9% des acteurs sont prêts à s'engager contre toute sorte de VBG, alors que le score est de 68,4% dans le Nord contre 54,4% pour le Sahel. La distribution par sexe montre que les femmes sont les plus favorables à soutenir et à protéger les femmes et les filles contre les VBG soit 75%, contre 68,6% pour les hommes. Cette différence s'explique par la solidarité féminine due au fait qu'elles sont les plus exposées. Ces résultats sont confirmés par les propos d'un leader communautaire dans la commune rurale de Ouahigouya : « Il y a des jeunes qui battaient bien même leurs femmes. Moindre erreur seulement, ils les battaient. Comme on a une police dans notre village, elle arrive à gérer ces cas. Il y a aussi des périodes où on organise une cérémonie : si tu bats ta femme, il y a une amende contre toi. Tous les habitants du quartier respectent cela parce si tu le fais on vient taper les tam-tams devant chez toi, etc. ». **Entretien individuel leader communautaire, Ouahigouya.**

Figure 8: Engagement des populations à soutenir et protéger les femmes/jeunes filles contre les VBG



Source: données terrain, PRODEC, 2021

2.3.2.6. Les propositions pour lutter contre les VBG

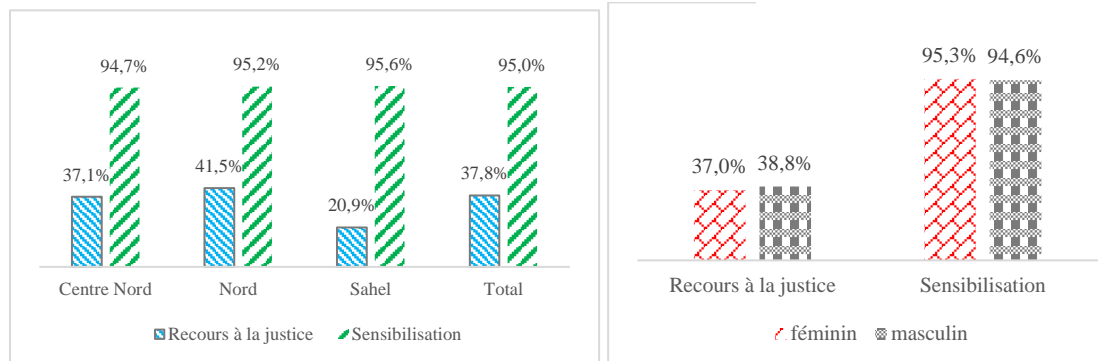
Pour venir à bout des VBG les populations proposent essentiellement deux solutions à savoir les sensibilisations et le recours à la justice. La majorité des cibles font plus parade des sensibilisations comme moyen de lutte contre les VBG dans l'ensemble des zones de mise en œuvre du projet. Son taux est de 95,0% contre 37,8% pour ceux qui proposent le recours à la justice comme moyen de lutte contre les VBG.

L'analyse des données suivant le sexe montre une situation relativement homogène selon la proposition de lutte contre les VBG que l'on considère, puisque les hommes proposent plus le recours à la justice (38,8%), contre 37% pour les femmes. De plus, elles sont plus favorables aux sensibilisations (95,3%) que les hommes (94,6%).

Comme la distribution par sexe, la répartition des propositions par région indique une situation relativement similaire d'une région à une autre. En effet, en considérant les enquêtés qui proposent les

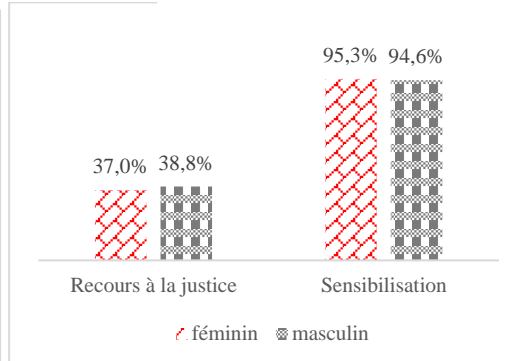
sensibilisations, on trouve que la région du Sahel vient en première position (95,6%), suivie de la région du Nord (95,2%), contre 94,7% pour la région du Centre Nord. Quant à ceux qui proposent le recours à la justice, ils sont dominés par les populations du Nord (41,6%), suivi de ceux du Centre Nord (37,1%), contre 20,9% pour le Sahel.

Figure 10 : Propositions pour lutter contre les VBG



Source: données terrain, PRODEC, 2021

Figure 9: Propositions pour lutter contre les VBG suivant le sexe



2.3.2.7. La qualité des services de lutte contre les VBG

La quasi-totalité des enquêtés pense que les services de lutte contre les VBG sont efficaces

Dans le but de mieux étayer les indicateurs portant sur les services de lutte contre les VBG, il est utile d'analyser l'appréciation des services de lutte contre les VBG faites par les bénéficiaires du projet en générale. Lors de l'enquête de terrain, les bénéficiaires du projet ont été interrogées sur leur niveau de satisfaction des services relatifs au VBG. Ces services concernaient principalement les services de prise en charge des VBG (assistance par les services de santé), les interventions des projets et programmes au niveau communautaire en lien avec les VBG, les sensibilisations des autorités locales (action sociale). Le niveau d'appréciation de la qualité des services de VBG est satisfaisant dans l'ensemble de la zone du projet, puisque neuf (9) personnes sur dix (10) sont satisfaites des services de lutte contre les VBG. La répartition par région montre que dans la région du Nord, cette proportion est de 88,9%, alors qu'elle est sensiblement la même dans les régions du Sahel et du Centre Nord avec respectivement 94,7% et 95%.

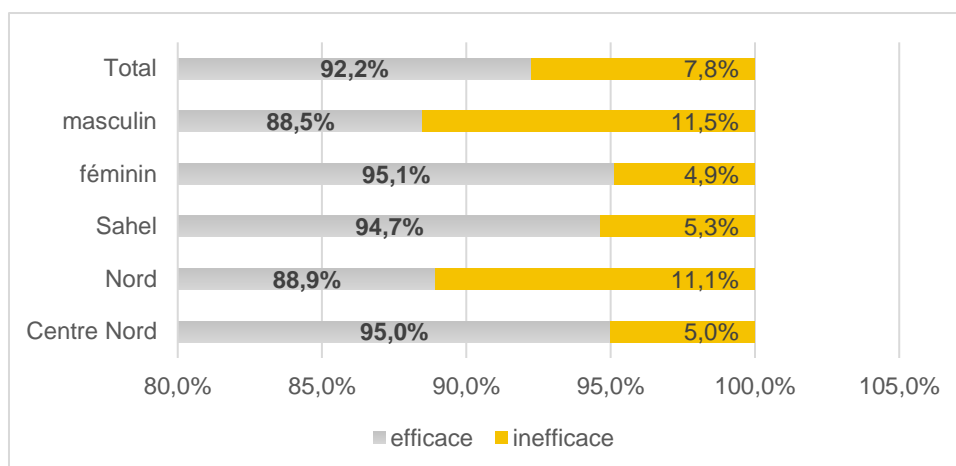
La distribution en fonction du sexe présente une situation dont les femmes (95,1%) sont les plus nombreuses à être satisfaites que les hommes (88,5%).

L'enquête sur la qualité des services VBG a permis de recueillir la perception de la population sur leur niveau de satisfaction des services de lutte contre les VBG. La principale motivation qui pousse les populations et principalement les victimes à utiliser les services dépend des comportements des acteurs en charge des cas de VBG, comme l'indique une dame dans un focus group à Ouahigouya :

« ...Souvent, nous sommes très déçus des prises en charge dans les centres de santé chez nous. On te donne souvent de simples traitements qui ne te permettent pas de calmer ta douleur. Les projets aussi viennent faire des sensibilisations, mais n'impliquent pas forcément les hommes qui battent leur femme afin de les conseiller... ». **Focus group femme, Ouahigouya**

Cette interview témoigne d'une faible implication des hommes dans les sensibilisations des projets et programmes qui interviennent dans le domaine des VBG. Les centres de santé devraient être également dotés de services pouvant faciliter la prise en charge efficace et immédiate.

Figure 11: Qualité des services de lutte contre les VBG



Source: données terrain, PRODEC, 2021

2.3.2.8. L'appréciation des services de lutte contre les VBG

Dans la zone d'intervention du projet PRODEC, 47,6 % des populations ont une bonne appréciation des services de lutte contre les VBG. La désagrégation des données par région montre de forte disparité entre les régions puisque 60,4% des populations de la région du Centre Nord le confirment, contre 38,6% pour le Nord et 23,8% pour le Sahel.

La répartition suivant le sexe indique une situation relativement similaire avec 48,7% des femmes qui estiment que les services de lutte contre les VBG sont bons, contre 46,2% pour les hommes.

L'approche qualitative indique également une motivation des populations sans distinction du genre à lutter contre les violences basées sur le genre. Des entretiens individuels au focus group, il ressort des avis similaires. C'est le cas d'un chef religieux dans la commune de Kaya.

« ...Nous sommes très confiants que le gouvernement et ses partenaires viendront à bout de ce phénomène dans notre commune. Il faut qu'ils insistent pour atteindre leur objectif, parce que de jour en jour ce sont les frustrations qui entraînent ces violences dans les domiciles... ». *Entretien individuel chef religieux, commune de Kaya.*

Tableau 20: Appréciation des services de lutte contre les VBG

	Bonne	Passable	Mauvais	NSP
Centre Nord	60,4%	30,5%	1,7%	7,5%
Nord	38,6%	46,9%	1,3%	13,2%
Sahel	23,8%	69,9%	2,9%	3,4%
féminin	48,7%	41,6%	1,2%	8,5%
masculin	46,2%	40,4%	2,2%	11,2%
Ensemble	47,6%	41,1%	1,6%	9,7%

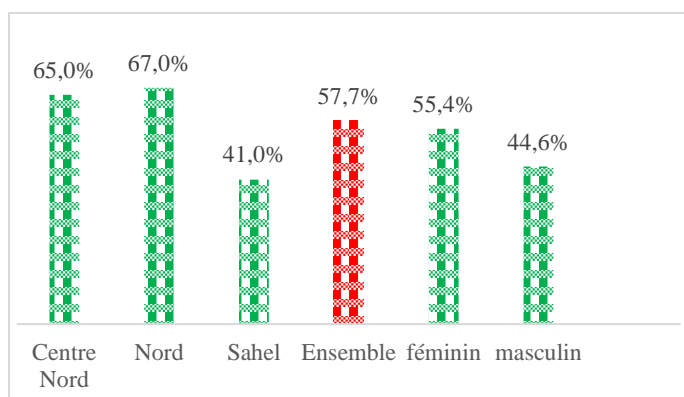
Source: données terrain, PRODEC, 2021

2.3.2.9. Capacité d'utilisation de l'information par les usagers de l'état civil

Les hommes sont toujours en mesure d'utiliser l'information reçue pour leur propre prise de décision.

L'information n'a de valeur que si elle a une influence positive sur les décisions et sur les actions à venir. Les résultats indiquent que 57,7 % des ménages sont en mesure d'utiliser l'information pour leur prise de décision dans l'ensemble de la zone du projet. L'analyse selon le sexe indique que moins de la moitié des hommes, soit 44,6% sont en mesure d'utiliser les informations reçues concernant l'état civil pour leur propre prise de décision, contre 55,4% des femmes. Cette situation s'explique en partie par le fait que les hommes se préoccupent de plus en plus des questions d'état civil dans la famille.

Figure 12: Capacité d'utilisation de l'information par les usagers de l'état civil par sexe



Source: données terrain, PRODEC, 2021

2.3.2.10. Satisfaction liée aux services d'état civil

La satisfaction des usagers par rapport au service d'Etat civil se mesure à plusieurs niveaux d'appréciation. De manière générale, les données indiquent que les femmes sont les plus satisfaites des services d'Etat civil, quelles que soient les prestations. Pour ce qui concerne l'accueil, la proportion des femmes satisfaites est de 58,5% contre 41,5% pour les hommes. 59% des femmes se disent satisfaites du coût des services d'état civil contre 41% pour les hommes. Par ailleurs, la satisfaction sur la procédure d'enregistrement, 60,2% des femmes sont satisfaites contre 39,8% des hommes tandis que 59,2% des femmes ont déclaré être satisfaits des délais d'enregistrement des services d'état civil contre 40,8% des hommes.

Tableau 21: Niveau de satisfaction des services d'état civil

	Accueil		Coût		Procédures		Délai d'enregistrement	
	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin
Centre Nord	57,7%	42,3%	56,4%	43,6%	58,2%	41,8%	57,3%	42,7%
Nord	55,8%	44,2%	54,5%	45,5%	56,9%	43,1%	55,4%	44,6%
Sahel	62,1%	37,9%	66,1%	33,9%	65,4%	34,6%	65,0%	35,0%
Ensemble	58,5%	41,5%	59,0%	41,0%	60,2%	39,8%	59,2%	40,8%

Source: données terrain, PRODEC, 2021

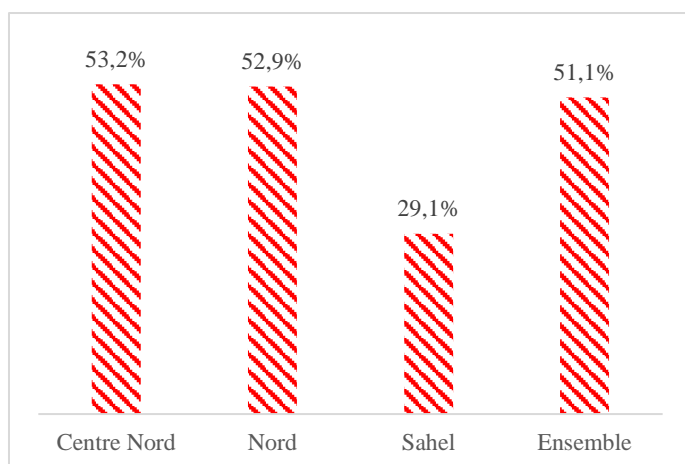
2.3.2.11. Niveau de connaissance des procédures d'enregistrement des naissances à l'état civil

Plus de la moitié des personnes enquêtées (51,1%) ont une bonne connaissance des procédures d'enregistrement des naissances dans la zone du projet.

L'analyse des données collectées auprès des ménages montre une assez bonne connaissance des procédures d'enregistrement des naissances chez les personnes rencontrées dans la zone d'intervention. Dans l'ensemble, 51,1% des ménages ont déclaré avoir connaissance des procédures d'enregistrement des faits d'état civil. En outre, on constate une faible proportion de niveau de connaissance des procédures d'enregistrements des faits d'état civil soit 29,1% dans la région du Sahel.

Ainsi, dans la région des Centre-Nord 53,2% des ménages connaissent les procédures d'enregistrement des naissances, alors que cette proportion est de 52,9% dans la région du Nord.

Figure 13: répartition par région du niveau de connaissance des procédures d'enregistrement des naissances à l'état civil



Source : données terrain, PRODEC 2021

2.3.2.12. Forces et faiblesse du système d'enregistrement des faits d'état civil

2.3.2.12.1. Forces

Tous les acteurs institutionnels sont unanimes sur l'apport du projet PRODEC dans le renforcement de l'offre et de la demande de services d'état civil. En effet, il ressort des différents entretiens que le projet a contribué à l'amélioration de leur niveau de connaissance sur les services d'état civil. L'accès à l'information et à la communication a été un facteur de renforcement de connaissance au sein des communautés concernées par le projet.

Les participations des communautés aux débats publics autour des axes d'interventions du projet ont également contribué à la prise d'intérêt et à la compréhension de l'importance des services d'état civil. Cela a été confirmé lors d'un entretien au Nord : « ...la communication a été un facteur clé dans la promotion des services d'état civil, surtout dans l'enregistrement des naissances. Beaucoup ne connaissait pas les centres secondaires. Mais grâce aux différentes sensibilisations, nombreux sont ceux qui enregistrent les naissances dans ces centres... » **Responsable de service de santé, région du Centre Nord.**

La force réside ensuite dans l'implication des agents de l'état civil dans le projet PRODEC. Enfin, il ne faut pas passer sous silence l'appui des leaders communautaires, qui sont d'une très grande aide quand il s'agit de toucher toutes les couches de la population.

2.3.2.12.2. Faiblesses

Malgré les efforts de communication, on note des insuffisances à ce niveau. L'inaccessibilité à l'information constitue un frein dans la promotion des services d'état civils.

En plus de la communication, il y a les mutations des agents de l'État civil. Ce constat a été confirmé par l'analyse qualitative des données :

« ...souvent un agent est formé pour travailler dans un centre secondaire. Et en milieu d'année il est affecté dans une zone hors du projet et remplacé par un autre agent qui n'a pas reçu la même formation. Et cela constitue vraiment un frein... » **Responsable de la promotion de santé, Région du Nord.**

2.4. EXAMEN DES RÉSULTATS ET DES CRITÈRES D'ÉVALUATION DU PRODEC

L'analyse des résultats et de la performance du projet s'appuiera essentiellement sur : les documents du projet, les rapports d'activités, les données primaires recueillies par le consultant sur le terrain à travers les approches quantitative et qualitative. Les résultats de l'évaluation sont organisés autour des principaux critères d'évaluation suivants : cohérence, pertinence, efficacité, efficience, impact et durabilité

2.4.1. Cohérence des éléments caractéristiques du projet.

L'analyse de la cohérence est faite selon les critères suivants :

- ✓ Entre les activités et les moyens
- ✓ Entre les partenaires de mises en œuvre et valeur ajoutée
- ✓ Avec les autres acteurs et parties prenantes de l'action humanitaire

2.4.1.1. Cohérence entre activités et moyens

Si l'on considère les activités qui ont pu être réalisées, on peut dire que les moyens financiers ont suffi pour réaliser toutes les activités prévues dans le cadre du projet. En effet, tous les financements prévus ont été mobilisés pour l'exécution des activités. Les moyens humains prévus étaient adéquats pour réaliser l'ensemble des activités prévues dans le cadre du projet. Le consortium en tant que partenaire de mise en œuvre assurait la planification, et le suivi-évaluation des activités du projet. Pour une meilleure exécution de l'ensemble des activités, tous les membres ont été impliqués de manière concertée.

2.4.1.2. Cohérence des partenaires de mises en œuvre et valeur ajoutée

Les différentes observations et opinions montrent à ce niveau que la stratégie d'intervention et de pilotage du projet reposent sur les membres du consortium, les partenaires de mise en œuvre qui ont privilégié la création de conditions de mise en œuvre de manière efficace et efficiente.

Le schéma organisationnel mis en place pour le pilotage et l'exécution du projet est bien adapté au contexte national du système de santé. Chaque partenaire de mise en œuvre a joué sa partition en vue d'atteindre de façon efficace et efficiente les objectifs du projet. En dehors de quelques petites difficultés liées aux conflits d'agendas inhérents à chaque organisation, les relations avec l'ensemble des membres du consortium ont été empreintes d'engagement, de cordialité et de respect mutuel orientés sur les solutions.

2.4.1.3. Cohérence avec les autres acteurs et parties prenantes de l'action humanitaire

L'approche utilisée pour la mise en œuvre du projet est en cohérence avec les stratégies des autres acteurs ainsi que des acteurs gouvernementaux. En effet, les activités ont été réalisées de façon intégrée avec l'appui des ministères à travers les directions provinciales du post primaire, les directions provinciales de la jeunesse, les directions provinciales de la femme, la direction générale de la modernisation de l'état civil, des communautés et des districts sanitaires avec des objectifs clairs et précis.

Selon les analyses et les opinions des différents acteurs interrogés, il y a eu une mutualisation des actions avec des projets similaires dans la zone d'intervention. Par ailleurs, il y a eu une synergie d'action entre EDUCO et les autres acteurs et parties prenantes de l'action humanitaire qui a permis la réussite des activités. La qualité du mécanisme de coordination confère au projet sa cohérence.

Les stratégies d'action du projet, en plus de celles des services déconcentrés des ministères en charge de l'éducation et de la santé; des agences des Nations Unies, dont l'UNICEF, l'UNFPA ayant une grande expertise dans l'action humanitaire; des collectivités locales et la population ont été sollicitées pour faciliter l'exécution des différentes activités inscrites dans le document du projet. C'est donc le partenariat qui a été la ligne directe adoptée par les acteurs pour mettre en œuvre le projet.

Ainsi, Il y a une assez bonne collaboration avec les autres acteurs de l'action humanitaire intervenant dans les mêmes régions.

2.4.2. PERTINENCE

Cette section traite de la pertinence du projet. Elle montre que les interventions du projet sont cohérentes avec les objectifs nationaux. De ce fait, les objectifs du projet sont en phase avec les politiques publiques nationales et les principaux engagements internationaux qui concourent aux Objectifs du Développement durable (ODD). Au-delà de l'alignement des objectifs du projet avec les cadres nationaux et internationaux, la pertinence est également évaluée de façon opérationnelle en rapprochant les objectifs poursuivis avec les besoins et attentes des populations bénéficiaires de la zone d'intervention. Il s'agit concrètement d'analyser comment les objectifs envisagés par ce projet répondent ou non aux problèmes identifiés ou aux besoins réels des bénéficiaires. La pertinence analyse également la capacité du projet en termes de couverture des cibles prioritaires au niveau des zones d'interventions.

2.4.2.1. *Pertinence du projet au regard du Plan National de Développement Économique et sociale*

Les différents résultats attendus par les partenaires à l'issue de la mise en œuvre du projet sont pris en compte dans le PNDES II, le code des personnes et de la famille et la stratégie nation de l'état civil. En effet, dans son axe stratégique intitulé « promouvoir la santé de la population et accélérer la transition démographique », le PNDES compte améliorer la santé des populations par « l'accès aux services de santé de qualité est garanti à tous, l'accélération de la transition démographique est mise en mouvement, dans ses objectifs spécifiques 3.1 et 3.4.

En outre, les objectifs et les résultats attendus du projet s'alignent aux politiques nationales en matière d'état civil. En effet, pour parvenir à une couverture totale de déclaration de la population à l'état civil l'Etat a mis en place la direction générale de la modernisation de l'état civil afin d'améliorer l'offre et la demande des services de l'état civil.

2.4.2.2. *Pertinence du projet au regard du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)*

Les différents résultats attendus par les partenaires sont pris en compte par le PNDS. Ceci témoigne bien de la pertinence du projet. En effet, dans son axe stratégique intitulé « **promouvoir la santé de la population et accélérer la transition démographique** », le PNDS compte améliorer la santé des populations par « l'accès aux services de santé de qualité est garanti à tous, l'état nutritionnel de la population, en particulier des femmes et des enfants, dans ses objectifs spécifiques 3.1 et 3.2.

On peut ainsi affirmer que les objectifs du projet s'inscrivent bien dans les axes stratégiques du PNDS.

2.4.2.3. *Pertinence du projet au regard de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale*

La feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale postule dans son résultat n°1 que les services de SSR soient intégrés dans les soins de santé primaires. À ce titre, les actions suivantes ont été développées :

- La définition et la mise en œuvre d'un paquet minimum d'activités SR dans les formations sanitaires comportant les activités de santé maternelle et infantile, la planification familiale, les activités de prévention, etc.
- La formation/supervision des acteurs des différents niveaux du système sur la logistique contraceptive, la technologie contraceptive ;
- La dotation en contraceptifs ;
- L'équipement des formations sanitaires en matériel technique pour la PF et la santé maternelle.

Ainsi, les objectifs spécifiques du présent projet répondent bien aux actions entreprises par la feuille de route.

2.4.2.4. *Pertinence au regard du plan de sécurisation des produits de la Santé Reproductive*

Le plan de sécurisation des produits de la SR élaboré conjointement par le ministère de la santé et le SP/CNLS-VIH/sida vise dans son objectif spécifique n°2 d'assurer le financement perrin des produits de SR avec un accent particulier mis sur le condom féminin. Le financement concerne les produits et intrants suivants : produits contraceptifs, kits IST, produits PTME, etc. Un effort est donc fait pour la mise en place d'un système d'approvisionnement des produits de la SR et la pérennisation du financement au sein du Ministère de la santé. Ce projet constitue donc un acte compensatoire pour faciliter la pérennisation des acquis de ce plan.

2.4.2.5. *Pertinence du projet en lien avec les attentes et les besoins des bénéficiaires et des services techniques*

L'analyse des interviews indique que l'ensemble des responsables des services techniques et des communautés interrogées sont unanimes que le projet est d'un apport inestimable. De l'ensemble des interviews réalisées, la plupart des bénéficiaires ont reconnu l'importance du projet. C'est ce qui ressort des témoignages dans la **commune de Kaya** : « *Le projet est d'un appui considérable parce que les sensibilisations et les renforcements de capacités nous ont beaucoup aidé. Même au niveau des bénéficiaires directs, tous les centres de santé ont été dotés de services pour aider les populations.* » **agent de santé, commune de Kaya.**

Dans le même ordre d'idées, une femme participant aux focus groups dans la commune ajoute en ces termes : « *Le projet était vraiment la bienvenue ici, car nous avons bénéficié de beaucoup de services sur notre santé. Il a permis à nos maris de nous encourager à effectuer les consultations à l'hôpital et à utiliser les services SSR/PF. Ils nous accompagnent souvent.* » **Focus group femmes, commune de Ouahigouya.** Par ailleurs, le projet répond à une vision de fournir un ensemble de propositions permettant aux centres primaire et secondaire d'état civil d'assumer pleinement leur rôle dans le cadre du développement du secteur.

2.4.3. EFFICACITÉ DU PROJET

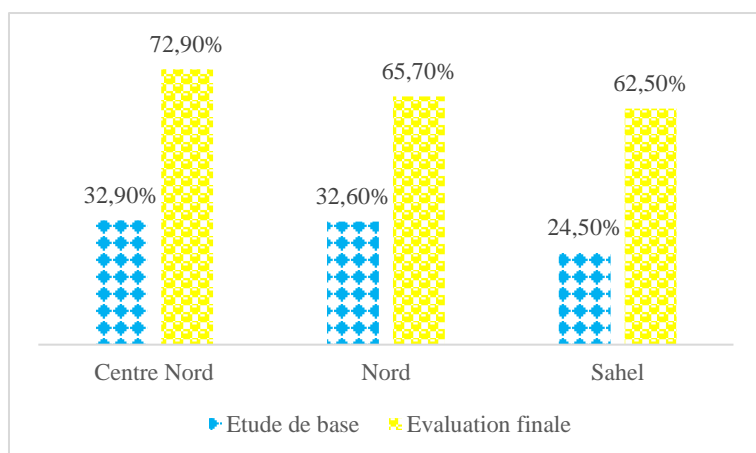
Le projet a connu une certaine efficacité dans la mesure où il a permis de mettre en œuvre des activités qui visent à améliorer les services d'état civil et de promotion sociale. Les activités telles que la formation des prestataires, le renforcement du plateau technique des formations sanitaires, l'équipement, l'acquisition d'intrants, l'appui aux formations sanitaires, etc. ont permis d'atteindre des niveaux de performance présents à travers une analyse de la performance des résultats intermédiaire et des principaux indicateurs du cadre de performance.

2.4.3.1. ANALYSE DES INDICATEURS D'IMPACT

Taux d'utilisation des méthodes contraceptives des femmes en union

L'analyse des données indique que la proportion des femmes en union qui utilisent les méthodes contraceptives est satisfaisante. L'évaluation constate que les objectifs sont atteints dans les trois régions avec des évolutions positives de plus 20 points de pourcentage dans toutes les régions. Au Nord, cette proportion est passée de 32,60% à l'étude de base à 65,70% en fin de projet. Ce taux est plus élevé dans la région du Centre Nord (72,9% contre 32,9% à l'étude de base). Pour ce qui est du Sahel 62,5% des femmes en union utilisent les méthodes contraceptives contre 24,5%.

Figure 14: Utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en union



Source : données terrain, PRODEC 2021

☒ **Niveau de satisfaction des victimes VBG sur la qualité de prise en charge offerte par les structures étatiques et centres d'accueil**

Les données terrain ont permis de recueillir plusieurs avis concernant la satisfaction des victimes de VBG sur la qualité de prise en charge offerte par les structures étatiques et centres d'accueil.

À l'étude de base, le niveau de satisfaction des victimes sur la qualité de prise en charge par les structures étatiques et des centres d'accueil était de 25%. L'analyse des données montrent que 96,3% des victimes sont satisfaites (bonne, passable et très bonne) des services VBG dans leur localité. Ces taux de satisfaction varient d'une région à l'autre avec des disparités relativement faibles. En effet, dans la région du Centre-Nord, le taux de satisfaction est de 99,3%, suivi de la région du Nord (92,8%). L'analyse selon les critères de satisfaction montrent que dans l'ensemble de la zone du projet, 61,0% ont une bonne satisfaction et 12,1% déclarent avoir une très bonne satisfaction des services VBG. La répartition par région nous indique que 16,0% des victimes de la région du Sahel ont une très bonne satisfaction des services. Ce taux reste faible dans la région du Centre Nord (11,1%).

Par ailleurs, 3,7% des victimes déclarent qu'elles ne sont pas du tout satisfaites services dû le plus souvent au nombre élevé des victimes présentes dans les centres d'accueil fragilisant ainsi le tissu de distribution des services par les acteurs du projet.

Tableau 22: Niveau de satisfaction des victimes VBG sur la qualité de prise en charge offerte par les structures étatiques et centres d'accueil

	Bonne	Pas du tout bonne	Passable	Très bonne
Centre Nord	72,5%	0,7%	15,4%	11,4%
Nord	53,1%	7,2%	27,6%	12,1%
Sahel	38,3%	2,4%	43,2%	16,0%
Evaluation finale	61,0%	3,7%	23,2%	12,1%
Etude de base	25%			

Source : données terrain, PRODEC 2021

☒ **Taux d'utilisation des méthodes contraceptives des femmes en âge de procréer**

L'analyse des données indique une évolution du niveau d'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en Âge de procréer (FAP) dans la zone du projet. Ainsi on constate une augmentation d'environ 5 point de pourcentage par rapport à l'étude de base soit une proportion de 32,6% des FAP qui utilise une méthode contraceptive, contre 27,5% à l'étude de base. Cependant les taux d'utilisation des méthodes contraceptive restent faibles chez les FA (13,7%).

La répartition par région indique de faibles disparités, avec des taux d'utilisation des méthodes contraceptives chez les FAP de 31,9% dans le centre nord ; 34,6% dans le nord et 27,2% dans le sahel. Chez les femmes allaitantes (FA) on constate des faibles taux selon la distribution par région (Centre-nord : 16,2% ; Nord : 11,9% et Sahel : 10,4%).

Tableau 23: Utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer

	FA	FAP
Centre Nord	16,2%	31,9%
Nord	11,9%	34,6%
Sahel	10,4%	27,2%
Evaluation finale	13,7%	32,6%
Etude de base		27,5%

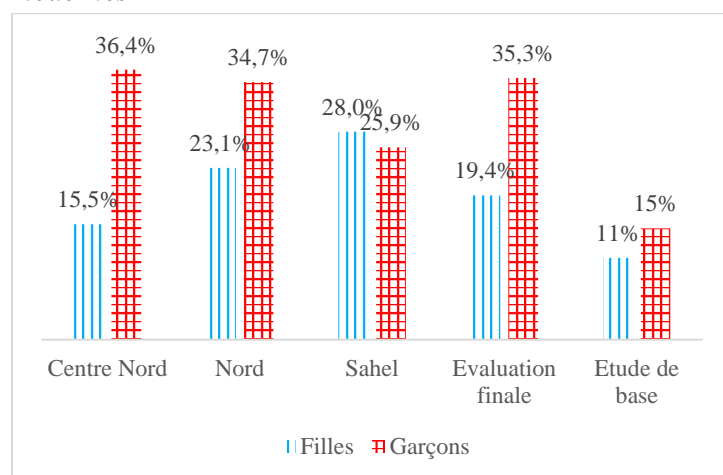
Source : données terrain, PRODEC 2021

☒ **Pourcentage d'adolescentes de 15 à 19 ans utilisant des méthodes contraceptives modernes**

En matière d'utilisation des méthodes contraceptives modernes¹ par les adolescents de 15 à 19 ans, l'analyse des données montre un degré d'atteinte des objectifs très satisfaisant. En effet, avec une valeur cible de 15% prévue le projet enregistre un taux de 27,4%. Cette situation pourrait s'expliquer par le soutien des points focaux jeunes qui ont été formés. À cet effort s'ajoute la dotation des boîtes à images et des affiches publicitaires. De la répartition par sexe, l'analyse des données montre que 35,3% des jeunes garçons affirment utiliser des méthodes contraceptives modernes contre 15% des garçons des données de l'étude de base et 19,4% des filles estiment qu'elles utilisent les méthodes contraceptives modernes contre 11% en début de projet. L'analyse des données par région montre que les jeunes garçons de la région du Centre-Nord enregistrent la meilleure performance avec un taux de 36,4%. Ce score est de 34,7% dans la région du Nord et 25,9% dans le Sahel.

Les jeunes filles de la région du Sahel sont les plus aptes à utiliser les méthodes contraceptives modernes avec un taux de 28,0%, tandis que celles de la région du Nord suivent avec une performance de 23,1% et enfin la région du Centre-Nord avec un score de 15,5%.

Figure 15: Pourcentage d'adolescentes de 15 à 19 ans utilisant des méthodes contraceptives modernes



Source : données terrain, PRODEC 2021

¹ Définition : Elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ». Celle moderne sont des **méthodes de contraception**, d'action générale, à l'efficacité et aux contraintes variables

☒ **Pourcentage des jeunes qui ne sont pas en union de 20 à 24 ans sexuellement actifs utilisant des méthodes contraceptives modernes**

Les adolescent(e)s sont exposé(e)s à des risques de grossesses en partie dus à leur faible niveau d'utilisation des contraceptifs modernes. Les données indiquent que l'utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes âgés de 20 à 24 ans qui ne sont pas en union a connu une évolution considérable au cours de l'évaluation finale (45,4%), contre une cible visée de 30% en fin de projet soit un dépassement de la cible de 15 points en pourcentage. Dans l'ensemble des différentes régions, on retient que les jeunes filles utilisent plus les méthodes contraceptives modernes que les jeunes garçons. En effet, dans le Centre Nord, 52,0% des jeunes filles utilisent les méthodes contraceptives modernes contre 47,0% pour les jeunes garçons. Ensuite une utilisation de 46,7% pour les jeunes filles contre 38,6% chez les garçons pour la région du Nord. Enfin, au niveau du Sahel 33,3% des jeunes filles qui ne sont pas en union utilisent les méthodes contraceptives modernes contre (25,0%) pour les jeunes garçons.

Tableau 24: jeunes qui ne sont pas en union de 20 à 24 ans sexuellement actifs utilisant des méthodes contraceptives modernes

	Jeunes filles	Jeunes garçons
Centre Nord	52,0%	47,0%
Nord	46,7%	38,6%
Sahel	33,3%	25,0%
Ensemble	48,8%	42,0%
Évaluation finale	45,4%	

Source : données terrain, PRODEC 2021

☒ **Pourcentage de jeunes de 20 à 24 ans utilisant des méthodes contraceptives modernes**

La planification familiale est reconnue depuis longtemps comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien-être des femmes et de leur famille. L'analyse indique une évolution de la proportion des jeunes de 20 à 24 ans utilisant des méthodes contraceptives modernes. En effet, on note une augmentation de près de 20 points de pourcentage par rapport à l'étude de base (30% en 2019 contre 49,6% pour les filles et 50,2% pour les garçons). La répartition par région indique de faibles disparités.

En effet, on note qu'il y a plus de jeunes filles qui utilisent des méthodes contraceptives modernes dans la région du Nord (53,3%) que dans les autres régions (Centre- Nord 46,4% et Sahel 50%). Cependant pour les jeunes garçons utilisant les méthodes de contraception moderne le taux est plus élevé dans la région du Centre-Nord (54,3%) que dans les autres régions (Nord 46,9% et Sahel 43,8%).

Tableau 25: Pourcentage des jeunes de 20 à 24 ans utilisant des méthodes contraceptives modernes

	Jeunes filles	Jeunes garçons
Centre Nord	46,4%	54,3%
Nord	53,3%	46,9%
Sahel	50,0%	43,8%
Évaluation finale	49,6%	50,2%
Étude de base	30%	

Source : données terrain, PRODEC 2021

☒ **Taux d'enregistrement des d'enfants de 0 à 2 mois et de 0-59 mois**

Le délai légal est un des facteurs qui influence la possession ou non d'un acte de naissance. Si un individu fait la déclaration d'une naissance hors du délai légal, il obtient des services d'état civil un jugement supplétif d'acte de naissance.

D'une manière générale, dans la zone du projet, 95,3% des enfants de 0-59 mois ont été enregistrés à l'état civil. Ce taux est au-dessus de la cible attendue de 80,73%, soit un niveau d'atteinte de 118,05%. La répartition par région indique que le Centre Nord vient en tête avec 97,1% suivie de celle du Nord (95,8%) et le Sahel (85,6%). Mais en ce qui concerne les enfants de 0-2 mois, 96,4% des enfants ont été enregistrés à l'état civil dans les délais légaux. La région du Centre Nord vient en tête avec 98,4% suivie de celle du Nord (97,3%) et le Sahel (90,7%).

Tableau 26: Taux d'enregistrement des naissances

	Enregistrement hors délais de 2 mois	Enregistrement délai légal	Enregistrement moins de 5 ans
Centre Nord	96,6%	98,4%	97,1%
Nord	95,4%	97,3%	95,8%
Sahel	78,9%	90,7%	85,6%
Ensemble	94,8%	96,4%	95,3%

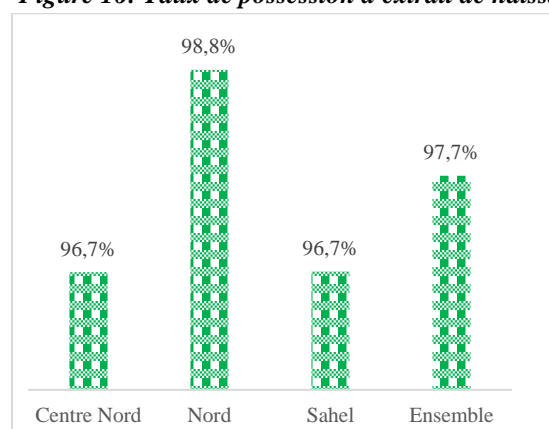
Source : données terrain, PRODEC 2021

☒ **Taux de possession d'extrait de naissance ou de jugements supplétifs des enfants de 0-5 ans**

La majorité des ménages estiment avoir retiré les actes de naissance, mais ne sont pas en mesure de les présenter. Ce pourcentage représente 97,7% des ménages enquêtés, alors que 41,6% ont pu les présenter à l'agent de collecte.

En effet, ce taux de 97,7% représente une évolution par rapport à la cible prévue (85%) soit un gain de 12,7 points. Les répartitions selon les régions indiquent des pourcentages assez équilibrés, 98,8% dans le Nord, 96,7% dans le Centre-Nord et 96,7% également dans le Sahel ont retiré les actes de naissance.

Figure 16: Taux de possession d'extrait de naissance ou de jugement supplétif des enfants de 0 à 5 ans



Source : données terrain, PRODEC 2021

2.4.3.2. EFFECTIVITÉ DES ACTIVITÉS INTERMÉDIAIRES ET NIVEAU DE PERFORMANCE DES INDICATEURS

Le cadre logique du projet PRODEC a identifié un ensemble d'indicateurs de résultats à atteindre. L'analyse de l'efficacité a pour but de vérifier le niveau d'atteinte de ces indicateurs, aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs. L'estimation des taux d'efficacité des résultats a été effectuée en trois étapes. Tout d'abord, pour simplifier le calcul, tous les résultats ont été considérés avec le même poids. Ensuite, pour chaque indicateur prévu dans le document de projet, le taux de réalisation (taux d'efficacité) a été estimé en faisant une comparaison entre ce qui était prévu et ce qui a été effectivement réalisé. Enfin, pour obtenir le taux de réalisation d'un résultat donné, les taux de réalisation de tous les indicateurs de ce résultat ont été additionnés et divisés par le nombre d'indicateurs du résultat considéré.

Autrement dit, c'est la moyenne arithmétique des taux d'atteinte des indicateurs d'un résultat donné qui constitue le taux d'efficacité de ce résultat.

Résultat 1.1 : les CSPS ciblés disposent de stocks d'intrants stables et de personnels de santé formée en matière de PF et de prise en charge médicale des victimes de VBG

Activités	Données de base	Cible	Résultat atteint	Taux d'efficacité
% de CSPS, n'ayant pas connu de rupture de stock de contraceptifs habituellement offerts pendant les 6 derniers mois de chaque année de mise en œuvre du projet	Zone d'intervention 64,7% (2017) Centre-Nord 48,1% (2017) Nord 63,4% (2017) Sahel 90% (2017)	Zone d'intervention 73,6% (2021) Centre-Nord : 58,1% (2021) Nord : 73,4% (2021) Sahel : 95% (2021)	Zone d'intervention : 95% Centre-Nord : 96% Nord : 94% Sahel : 100%	Zone d'intervention : 129,1% Centre-Nord : 165,2% Nord : 128,1% Sahel : 111,1%
Réaliser un état des lieux des gaps dans le circuit d'achat et de distribution des produits contraceptifs	0	Réalisée	100%	100%
Former les pharmaciens et préparateurs des DS en logistique contraceptive	0	Réalisée	100%	100%
Former les gestionnaires des DMEG en gestion de stocks	0	Réalisée	100%	100%
Former les Agents de santé de première Ligne en PF clinique	0	350	351	104,6%
Former les agents de santé sur la prise en charge sanitaire des femmes et filles VVBG	0	136	359	378,8%
Accompagner et suivre le MS pour l'effectivité de la gratuité des produits contraceptifs	0	Réalisée	100%	100%

Source : Rapports d'activité PRODEC, 2019- T3 2021

Les ruptures de stock de contraceptifs sont moins importantes dans les centres de santé et de promotion sociale ayant bénéficié l'appui du projet. L'analyse des rapports d'activité indique que dans la région du Sahel, aucun centre de santé et de promotion sociale n'a connu de rupture. En effet, le taux d'efficacité global de la distribution dans la zone du projet est estimé à 129,1% sur la période de mise en œuvre du projet. À la fin de la mise en œuvre du projet, 95% des CSPS disposent de stocks d'intrants stables. Autrement dit, 5% des CSPS enregistreraient des ruptures de stock.

Cette bonne performance s'explique entre autres par la prise en compte des recommandations de l'étude sur le circuit d'achat et de distribution des produits contraceptifs qui suggéraient que :

- les gestionnaires des dépôts répartiteurs anticipent sur les commandes au niveau de la centrale d'achat des médicaments
- un suivi régulier soit accordé à la transmission hebdomadaire des rapports sur les produits contraceptifs
- les gérants DMEG soient supervisés

De même les actions de renforcement de capacité des Pharmaciens, préparateurs d'état en pharmacie et des gérants DMEG auquel s'ajoutent l'accompagnement du Ministère de la Santé pour le suivi de la gratuité des produits contraceptifs, ont également contribué à une bonne maîtrise du circuit d'achat et de distribution des produits contraceptifs jusqu'au dernier kilométrage en facilitant leur disponibilité.

Ainsi, aucune formation sanitaire n'a connu de rupture de stock de contraceptifs habituellement offerts pendant les six (06) derniers de mois de l'année en l'espace d'Aout 2019 à janvier 2020.

Malgré les efforts fournis, certains ont connu une rupture de stock. Certains facteurs expliquent cela.

Ce sont :

- Une insuffisance de l'accessibilité géographique et de la disponibilité;
- À la grève des agents de santé.
- La dégradation de la situation sécuritaire
- La crise sanitaire du COVID 19.

☒ Pourcentage de CSPS n'ayant pas connu de rupture de stock de contraceptifs habituellement offerts pendant les 6 derniers mois de chaque année de mise en œuvre du projet

L'analyse des données indique que 95% des CSPS de la zone d'intervention n'ont pas connu de rupture de stock de contraceptifs. La répartition par région montre que la totalité des CSPS du Sahel n'ont pas connu de rupture de stock de contraceptifs, suivi de la région du Centre Nord (96%). Le faible score provient de la région du Nord (94%). Au-delà de l'atteinte des cibles visés, c'est l'augmentation record du nombre de CSPS du Sahel n'ayant pas connu de rupture de stock de contraceptifs qui attire l'attention (100%)

Tableau 27: CSPS n'ayant pas connu de rupture de stock de contraceptifs

	Endline	Cibles	Baseline
Sahel	100%	95%	90%
Centre-Nord	96%	58,1%	48,10%
Nord	94%	73,4%	63,40%
Ensemble	95%	73,6%	64,70%

Source : Rapport d'activité, PRODEC, 2021

☒ Nombre de personnels de santé formés en matière de PF

Cet indicateur a connu un succès, puisque le projet a permis la formation de 386 soit (351 +15+15+15) personnes de la zone d'intervention pour une cible de 350 personnes soit un taux d'efficacité de 110,28%.

☒ Nombre de personnels de santé formés sur la prise en charge sanitaire des femmes et filles VVBG

Les données indiquent que l'effectif des personnes formées sur la prise en charge sanitaire des femmes et des filles VVBG connaît un véritable accroissement entre 2019 et 2021, puisque pour une cible de 136 personnes le projet a permis la formation de 359 personnes.

La distribution par région mentionne que la région du Nord a obtenu le plus de personnels formés (185) suivi de la région du Centre Nord (103). La région du Sahel vient en dernière position avec 71 personnes formées. En termes de prise en compte du genre le projet n'est pas resté en marge dans le domaine de formation du personnel de santé sur la prise en charge sanitaire des femmes et des filles VVBG puisqu'il a permis la formation de 267 femmes contre 92 Hommes.

Tableau 28: Personnels formés sur la prise en charge sanitaire des femmes et des filles

	Personnel formé
Sahel	71
Centre-Nord	103
Nord	185
Femmes	267
Hommes	92
Total	359

Source : Rapport d'activité, PRODEC, 2021

Résultat 1.2 : Les capacités d'IEC, d'accompagnement psycho-social et juridico-administratif, et de coordination des services publics et centres d'accueil en charge des victimes de VBG sont renforcées

☒ **Examen analytique de l'indicateur**

- L'augmentation du nombre de cas peut s'expliquer par une amélioration de la culture de la dénonciation dû à l'action des ASBC dans les communautés. La mise à disposition des protocoles dans toutes les formations sanitaires a contribué à améliorer la qualité de la prise en charge de ces survivantes.
- Les trois centres sont fonctionnels et assurent la prise en charge des pensionnaires. Une auto-évaluation a mis parcouru a permis d'apprécier le niveau de satisfaction des pensionnaires des centres qui est de 98%.
- Le taux d'efficacité (187,25%) de cet indicateur pourrait s'expliquer par la formation des acteurs (agents des services publics), les émissions radiophoniques, la diffusion du protocole harmonisé de prise en charge psychosociale et juridique qui ont permis une appropriation du document par l'ensemble des acteurs impliqués dans la chaîne de prise en charge et de renforcer leurs compétences en matière de prises en charge des cas et de référencement.

Activités	Données de base	Cible	Résultat atteint	Taux d'efficacité
# de femmes et de filles VVBG référés par les ASBC prises en charge dans les CSPS ;	0	1700	1765	103,82%
# de centres d'accueil appuyés ayant amélioré la qualité de prise en charge psychosociale des VVBG depuis l'octroi de la subvention	0	3	3	100%
# de filles ou de femmes ayant bénéficié d'un soutien psychosocial et juridique selon les règles du protocole de prise en charge	0	3 105	5814	187,25%
Accompagner le MFSNF dans la diffusion du protocole de prise en charge des VVBG	0	Réalisée	100%	100%
Réaliser un diagnostic des centres d'accueil	0	Réalisée	100%	100%
Accorder une subvention aux centres d'accueil diagnostiqués	0	Réalisée	100%	100%
Former les agents des services publics et centres d'accueil sur la PEC psychosociale et juridique des VVBG	0	Réalisée	100%	100%

Source : Rapports d'activité PRODEC, 2019- T3 2021

Résultat 1.3 : les femmes en âge de procréer, et leur entourage influant, sont sensibilisés sur la PF/ VBG/les droits des femmes

Cet écart positif des diffusions des différents partenaires s'explique par le fait que les radios partenaires ont procédé à des rediffusions au regard de l'engouement des thématiques traitées.

Activités	Données de base	Cible	Résultat atteint	Taux d'efficacité
-----------	-----------------	-------	------------------	-------------------

# de femmes en âge de procréer sensibilisées sur les avantages des méthodes contraceptives	38 895	965 344	891 678	92,37%
# d'époux sensibilisés sur les avantages des méthodes contraceptives	5 237	651 166	617 147	94,78%
# de leaders coutumiers et religieux qui sensibilisent leur entourage sur les droits des femmes	00	5 256	8 590	163,4%
Former les ASBC sur la PF et les VBG	00	3390	3211	94,7%
Accompagner les ASBC dans le ciblage et la sensibilisation des GC	00	Réalisée	100%	100%
Organiser des émissions radio sur l'importance de la PF, méthodes contraceptives et VBG	00	528	3 843	727,8%
Etendre le REC au volet Maternité	00	Réalisée	100%	100%

Source : Rapports d'activité PRODEC, 2019- T3 2021

Résultat 2.1 : les CSPS ciblés disposent de personnels en charge de Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes (SSRAJ) formés et outillés

- Dans chaque CSPS, un point focal jeune a été formé pour renforcer l'offre des services sur la SSRAJ adaptés aux jeunes. À cause de l'insécurité, 24 CSPS ont été fermés pour raison d'insécurité ce qui explique le taux de 93%.

Activités	Données de base	Cible	Résultat atteint	Taux d'efficacité
% de CSPS qui offrent des services SSR adaptés aux jeunes et Adolescents	3%	98%	93%	94,9%
Former les Points Focaux jeunes dans les CSPS sur la SSRAJ	00	312	333	106,7%
Doter les CSPS en supports de communication adaptés	00	Réalisée	100%	100%
Réaliser un travail de plaidoyer auprès des DS	00	Réalisée	100%	100%

Source : Rapports d'activité PRODEC, 2019- T3 2021

Résultat 2.2 : les centres d'écoute communaux et établissements scolaires disposant d'un service social ou de conseillers d'éducation sont renforcés en matière de sensibilisation sur la SSRAJ

Dans la zone d'intervention, la proportion d'établissements qui offrent régulièrement des services SSR aux jeunes est de 92%. Sur une cible initiale de 430 établissements, l'équipe a dénombré et travaillé effectivement avec 404 écoles. Cette différence est due à la correction de données de base avec le ciblage des établissements sur le terrain. Au cours de l'implémentation, 32 établissements sont fermés pour cause d'insécurité. En réponse à cette situation, les clubs des établissements fermés ont été délocalisés dans des établissements d'accueil, toute chose qui a permis l'atteinte de ce résultat.

Activités	Données de base	Cible	Résultat atteint	Taux d'efficacité
: # de centres jeunes offrant régulièrement des services SSR adaptés aux jeunes	00	05	05	100%

% d'établissements scolaires offrant régulièrement des services SSR aux jeunes	00	98%	92%	93,9%
# de jeunes et adolescents scolarisés sensibilisés sur la SSR	00	584 145	759 454	130,01%
Réaliser un diagnostic des centres jeunes existants	00	Réalisée	100%	100%
Accorder une subvention aux centres jeunes diagnostiqués	00	Réalisée	100%	100%
Former les agents des SSS, les conseillers d'éducation et animateurs des centres jeunes sur l'offre en SSRAJ	00	Réalisée	100%	100%
Doter les établissements scolaires en supports de communication sur la SSRAJ	00	Réalisée	100%	100%
Accompagner les établissements scolaires dans les sensibilisations sur la SSRAJ	00	Réalisée	100%	100%
Accompagner l'extension de la plateforme interactive de communication sur la SSRAJ de l'UNFPA (plateforme QG jeunes)	00	Réalisée	100%	100%

Source : Rapports d'activité PRODEC, 2019- T3 2021

Résultat 2.3 : les Adolescents et Jeunes non scolarisés sont sensibilisés sur les enjeux et pratiques liés à une bonne SSRAJ

- 615 512 jeunes et adolescents non scolarisés ont été sensibilisés sur la SSR via les activités des paires éducateurs et de la plateforme QG jeune dont 340 070 filles. Ces jeunes et adolescents non scolarisés ont été touchés depuis le début du projet. Malgré le dynamisme des pairs éducateurs le projet n'a pu atteindre la cible visée, ce qui lui confère un taux d'efficacité de 95,33%.
- 372 clubs jeunes de la zone d'intervention du projet sont fonctionnels. Ils mettent régulièrement des activités de sensibilisation avec l'appui des agents de vie scolaire. La baisse du taux s'explique par la fermeture de certains établissements pour causes sécuritaires.
- Pour atteindre les indicateurs et couvrir les établissements scolaires, des formations des pairs ont été reprogrammées. 1465 pairs éducateurs et ambassadeurs dont 730 filles ont été formées. Au total 5 954 pairs éducateurs et ambassadeurs dont 2 960 filles ont été formées depuis le début du projet.

Activités	Données de base	Cible	Résultat atteint	Taux d'efficacité
# d'adolescents et jeunes non scolarisés, sensibilisés sur la SSR via les activités des paires éducateurs et de la plateforme QG jeune	00	645'655	615 512	95,33%
% de clubs jeunes fonctionnels	00	95%	100%	105,3%
# de pairs éducateurs et ambassadeurs formés	00	4488	5 954	132,7%
Former des pairs éducateurs en IEC/CCC en matière de SSRAJ	00	Réalisée	100%	100%
Appuyer les pairs éducateurs dans la réalisation de séances de sensibilisation	00	Réalisée	100%	100%
Organiser des actions de sensibilisation de masse sur la SSRAJ	00	Réalisée	100%	100%

Source : Rapports d'activité PRODEC, 2019- T3 2021

Résultat 3.1 : les centres d'état civil primaires et secondaires sont équipés et disposent de personnel formé, outillé et supervisé

- 56 communes ont bénéficié du plaidoyer à travers la participation de l'équipe projet aux sessions communales et aux CCP. Ce plaidoyer a consisté à interpeler les maires sur leurs engagements en faveur de la création et du fonctionnement des CSEC. Ces rencontres ont été mises à profit pour évaluer la mise en œuvre des engagements pris par les élus locaux
- La participation de l'équipe projet aux sessions de conseils municipaux devrait permettre à l'équipe d'interpeller les différents conseils de mettre l'accent sur l'amélioration et la promotion de l'état civil dans leur commune. Pour ce semestre, nous avons participé à 14 sessions de conseils municipaux avec 947 participants, dont 204 femmes. Ainsi le nombre total de participations est 21 sur les 112 prévus avec 1323 participants, dont 330 femmes. Certaines communes n'ont pas pu organiser les sessions au 1er trimestre et certaines n'ont pas communiqué à l'équipe les périodes de leurs sessions.
- La participation de l'équipe du projet à cette activité est rendue difficile par la situation d'insécurité qui limite la communication au tour des dates de tenues des sessions
- Le matériel a été repartis au profit de 23 communes dont 08 du sahel, 08 du centre Nord et 07 communes du Nord. L'accent a été mis sur les communes fortement impactées par l'insécurité : soient qu'elles sont délocalisées dans les chefs-lieux de province ou région et n'ont pas pu emporter du matériel nécessaire ou que le matériel a été brûlé. Une remise officielle au niveau national en présence des organes de presses (écrite, en ligne et télévisuelle) a été faite avec la faitière des communes (l'AMBF), en présence d'un représentant de la Délégation de l'UE au Burkina. Par la suite, le matériel a été envoyé dans les différents chefs-lieux de région où il a été distribué aux différentes communes.

Activités	Données de base	Cible	Résultat atteint	Taux d'efficacité
# de centres secondaires créés dans les CSPS qui sont fonctionnels	108	130	272	209,2%
# d'agents d'état civil primaire et secondaires formés	76	261	134	51,3%
# de communes ayant bénéficié des activités de plaidoyers.	56	56	25	44,6%
Accompagner les mairies dans leurs efforts pour améliorer le fonctionnement des centres d'EC	00	56	21	37,5%
Equiper les centres d'EC principaux et secondaires	00	Réalisée	100%	100%
Former les agents d'EC des centres principaux et secondaires	00	131	134	102,3%
Appuyer les TGI et mairies dans l'organisation des sorties de supervision judiciaire et administrative	00	Réalisée	100%	100%

Source : Rapports d'activité PRODEC, 2019- T3 2021

Résultat 3.2 : les tribunaux départementaux, les CVD et les écoles primaires sont accompagnés dans l'organisation d'audiences foraines

- 3569 enfants ont bénéficié de jugements supplétifs dont 1575 filles. Parmi ces enfants, 1126 sont des élèves et 739 des PDI. En somme, 40 451 jugements déclaratifs ont été établis dont 5 593 actes au profit des filles. La poursuite de ces activités a permis de dépasser la cible de 1301

(40451-39150) jugements déclaratifs en fin de projet. Ce qui donne un taux d'efficacité de 103,32%.

- 449 personnes ont participé aux sessions des conseils municipaux et CCP dont 40 femmes. Pour l'ensemble de la période de mise en œuvre, un total de 1726 personnes ont participé à ces différents cadres de concertation, dont 265 femmes.

Activités	Données de base	Cible	Résultat atteint	Taux d'efficacité
# d'enfants ayant bénéficié de jugements supplétifs à travers les audiences foraines	00	39'150	40 451	103,32%
# d'acteurs (élus locaux, services techniques, ONG, magistrats) ayant participé aux sessions des cadres de concertation sur l'état civil	00	4800	1726	35,96%
Appuyer les CVD et directeurs d'écoles dans le recensement des enfants sans acte de naissance	00	Réalisée	100%	100%
Organiser les rencontres préparatoires des audiences foraines	00	Réalisée	100%	100%
Accompagner les TD et CVD dans l'organisation d'audiences foraines	00	Réalisée	100%	100%
Appuyer les CCP dans la réflexion sur la problématique de l'EC	00	Réalisée	100%	100%

Source : Rapports d'activité PRODEC, 2019- T3 2021

Résultat 3.3 : Les femmes en situation de post-partum, les parents d'enfants de 0 à 18 ans, les leaders traditionnels et autorités locales comprennent et valorisent la procédure d'enregistrement des naissances qui sont mieux suivies et documentées

Activités	Données de base	Cible	Résultat atteint	Taux d'efficacité
% pourcentage d'enfants enregistrés dans les délais légaux de 2 mois	00	85%	58,6%	68,9%
#d'hommes et de femmes ayant reçu un sms de rappel de rendez-vous via le REC maternité	00	86512	20226	23,4%
# d'enfants nés à domicile et identifiés par les ASBC pour être enregistrés à l'état civil	00	18369	17 341	94,40%
# de leaders coutumiers et religieux sensibilisés	00	5256	8888	169,1%
Former les ASBC sur les procédures de déclaration et d'enregistrement des naissances	00	Réalisée	100%	100%
Appuyer les ASBC dans leur travail de sensibilisation	00	Réalisée	100%	100%
Appuyer les ASBC dans le suivi des enfants nés à domicile et / ou non enregistrés	00	Réalisée	100%	100%
Réaliser un travail de plaidoyer à l'endroit des autorités religieuses et coutumières	00	Réalisée	100%	100%

Source : Rapports d'activité PRODEC, 2019- T3 2021

2.4.3.3. FACTEURS DECISIFS QUI ONT INFLUENCE L'EXECUTION PHYSIQUE DES ACTIVITES

☞ De l'adhésion des partenaires (Associations, districts sanitaires, etc.) et des populations dans la mise en œuvre du projet

Les projets sont avant tout des partenariats avec les populations bénéficiaires : les interventions répondent à des besoins clairement identifiés, émanant des communautés et précisés par des diagnostics techniques des équipes. Tout au long du projet, l'implication des bénéficiaires a été prépondérante, gage d'adhésion et de pérennité. Le niveau d'atteinte de certains indicateurs d'efficacité s'est expliqué en partie par l'adhésion permanente des bénéficiaires notamment l'implication effective des districts sanitaires.

☞ Du dynamisme des partenaires de mise en œuvre

Un constat fait lors de l'analyse des efficacités est que l'ensemble des rapports périodiques ont été réalisés et déposés dans les délais. Au niveau de Educo, chef de file du Consortium, les traitements des documents justificatifs des avances pour l'exécution de certaines activités ont été réalisés à temps par l'équipe du projet, ce qui a favorisé l'atteinte rapide de certaines cibles.

☞ Bonne collaboration avec le Ministère de la santé

Le ministère de la Santé a été impliqué dans la mise en œuvre de certaines activités du projet notamment les activités distribution d'intrants, de contraceptifs.

☞ Rencontres régulières du staff pour les bilans périodiques.

☞ Collaboration et synergie d'actions entre les différents acteurs

Concernant la collaboration et la synergie d'action entre les différents acteurs (Ministère de l'action sociale, structures déconcentrées Ministère de la santé et leaders communautaires) intervenant dans la mise en œuvre du projet, les personnes interrogées considèrent qu'elles ont favorisé la réussite du projet. Pour les responsables des partenaires de mise en œuvre du projet interrogés, ceux-ci se sentent soutenus et encouragés à travers le projet qui a permis de fédérer les énergies et de trouver un consensus autour des problèmes d'établissement des actes d'état civil et à la sensibilisation à la SSR/PF. Aussi la mise en place de la plateforme d'écoute pour jeune dénommé QG jeune.

Concernant le dispositif de pilotage, de coordination, de suivi évaluation et de rapportage du projet, on note une satisfaction des parties prenantes. En effet, tous ont salué la planification et la gestion participative à tous les niveaux, permettant ainsi d'assurer une bonne coordination et exécution des activités sur le terrain. Cette coordination s'est avérée efficiente grâce à la collaboration et au suivi.

2.4.4. EFFICIENCE

En rappel, le critère d'efficacité mesure la relation entre les différentes activités, les ressources disponibles, et les résultats prévus. Cette mesure doit être quantitative, qualitative et doit également porter sur la gestion du temps et du budget. Traditionnellement, l'efficacité vise à mesurer le niveau d'allocation optimal des ressources et vise à savoir si le projet est coût efficace.

2.4.4.1. Efficacité par rapport à l'utilisation des ressources financières

Dans l'ensemble, les ressources prévisionnelles du projet ont permis d'assurer l'exécution des activités planifiées. En effet, le contexte d'implémentation du projet a été marqué par la persistance de l'insécurité et de la pandémie. De manière générale, le planning des activités a été respecté ce qui a permis d'atteindre un niveau d'exécution du projet globalement. Par ailleurs, les rapports ne signalent pas des soucis de financement sur la base du budget initial du projet mis en œuvre chaque année.

2.4.4.2. Efficacité organisationnelle

Le critère d'efficacité organisationnelle cherche à analyser les procédures et capacités des différents acteurs de mise en œuvre. Cette analyse prend en compte l'efficacité des organes de gestion et analyse

le rôle des différents acteurs. Dans le cadre de la réalisation du présent projet, l'ensemble des partenaires de mise en œuvre ont été impliqués dans les activités en fonction des ressources qui leur étaient affectées selon le niveau d'intervention.

2.4.4.3. Efficience par rapport à la gestion globale du projet

Le projet a pu mobiliser les partenaires pour la tenue des sessions du groupe technique de suivi, effectuer la sortie terrain des chefs de mission pour apprécier l'état d'avancement du projet, aussi pour la gestion du projet une équipe a été mise en place pour assurer le suivi et la coordination. Cette équipe a pu tenir les rencontres trimestrielles de coordination de même que les rencontres semestrielles de recevabilité avec les services techniques impliqués au niveau régional.

2.4.4.4. Efficience par rapport au dispositif de suivi évaluation

Le projet a mis en place un dispositif assez opérationnel de suivi. Des ressources humaines spécifiques ont été affectées au suivi permanent de l'ensemble des activités. Au final, le suivi interne du projet s'est essentiellement focalisé sur la collecte et la compilation périodique des documents et rapports produits dans chaque zone.

2.4.4.5. Efficience par rapport au partenariat

Le projet « PRODEC » mit en œuvre par EDUCO et ses partenaires AMBF, l'ABBEF est une composante du Plan de réponse humanitaire du Burkina Faso. EDUCO a travaillé en coordination avec plusieurs partenaires techniques et étatiques. En ce qui concerne les partenaires étatiques, on a les Districts sanitaires, Les directions provinciales de la femme, Les directions provinciales du post primaire, Les directions provinciales de la jeunesse, Les communes, la Direction Générale de la Modernisation de l'État Civil (DGMEC). Ces collaborations avec l'ensemble des partenaires ont été empreintes d'engagement, de cordialité et de respect mutuel orientés sur les solutions. En dépit de la situation sanitaire qui a mis en alerte les districts sanitaires, ces derniers ont fait preuve d'engagement dans le projet et les protocoles de collaboration n'ont pas été remis en cause. Aussi les directions provinciales en charge de la femme n'ont pas montré de signe de faiblesse dans leur engagement à faciliter la mise en œuvre du projet. La collaboration avec les directions et communes était excellente. À l'instar des partenaires étatiques, la collaboration établie avec les partenaires techniques était excellente, aussi le partenariat avec ces différents acteurs qui ont une certaine connaissance du terrain est également un facteur d'efficience du projet. Ces partenaires étaient entre autres AMBF, l'ABBEF, l'UNFPA, l'UNICEF, Children Believe, Terre des Hommes. Dans l'ensemble, la mise en œuvre du projet a fait preuve d'une bonne efficience en ce qui concerne le partenariat.

2.4.5. LES EFFETS/IMPACTS DES ACTIONS DU PRODEC

2.4.5.1. Perception des connaissances sur les services SSR

La connaissance sur les services de promotion sociale un aspect important dans la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles des jeunes et adolescents ainsi que des autres bénéficiaires du projet. Les personnes enquêtées lors des focus groups montrent que de façon générale, les populations bénéficiaires des interventions du projet ont des connaissances réelles en matière de SSR. C'est ce qui ressort des entretiens d'une femme lors d'un focus group dans la commune de Ouahigouya en ces termes : *« Avant le projet même, c'était compliqué. Les gens pensaient que la sexualité était un tabou. Le projet nous a permis d'avoir beaucoup de produits et faire des planning familial. »* **Femme allaitante, focus group, Ouahigouya.**

En effet, les campagnes de sensibilisation de masse engagées dans le cadre de la mise en œuvre du projet en faveur des femmes en âge de procréer ont joué un rôle déterminant dans l'information des populations

de la zone de couverture. C'est ce qu'a confirmé une femme lors d'un focus group dans la commune de Ouahigouya en ces termes : « *Beaucoup d'acteurs se sont engagés à aider les femmes à connaître leur droit. Nous avons eu la chance de mieux comprendre la planification familiale et ça nous aide beaucoup dans nos foyers.* » **Femme en âge de procréer, Ouahigouya.**

Cette perception positive de la planification familiale et l'évolution des connaissances des droits des femmes a été bien confirmée par un agent de santé lors d'un entretien dans la commune de Kaya en ces termes : « *Quand les patients viennent à l'hôpital et on les expose les faits liés à la PF et aux SSR, personne n'est surpris. On sent souvent que la communication a bien passé et que les gens comprennent beaucoup après le projet.* » **Agent de santé, Kaya.**

Pour ce qui est des sensibilisations des jeunes, plusieurs d'entre eux ont exprimé leur satisfaction en faveur des sensibilisations sur la SSR via les pairs éducateurs dans leur localité. C'est du moins ce que confirme un jeune garçon lors d'un focus group dans **la commune de Dori** en ces termes : « *les sensibilisations nous ont aidés beaucoup. Il fut un moment où nous avons pensé que la sexualité était un tabou. Les jeunes maintenant s'expriment sans tabou et ça les amène aussi à prendre leur précaution sur les rapports sexuels.* » **Jeune garçon, focus group, Dori.**

2.4.5.2. Implication des leaders communautaires

La mise en œuvre des actions du projet dans le domaine de l'état civil est aujourd'hui reconnue et a largement contribué à promouvoir l'amélioration des faits d'enregistrement des naissances dans la zone d'intervention du projet. C'est ce que confirme un leader traditionnel en ces termes : « *l'existence du projet sur l'état civil renforce l'enregistrement des naissances et aujourd'hui facilement les gens ont conscience qu'il faut enregistrer les enfants justes après leur naissance* » **Leader traditionnel, Gorom-Gorom.**

Toutefois, le recours à l'enregistrement des faits d'état civil, en raison d'une faible accessibilité en milieu rural des centres d'enregistrement peut limiter l'atteinte des objectifs initialement fixés par le projet. Cet état de fait est bien confirmé par un leader traditionnel lors de la phase de terrain : « *les sensibilisations ont beaucoup fait leurs preuves, mais il y a toujours d'autres personnes qui sont réticentes à aller déclarer les naissances pour plusieurs raisons. Certains soulignent les distances avec les centres d'enregistrement, d'autres soulignent par contre les comportements de certains agents commis à la tâche. Mais je pense qu'avec la présence des associations locales, il y a au moins des actions pérennes sur le terrain.* » **Leader communautaire.**

2.4.5.3. Attitudes et comportements des ASBC

Lors de la mise en œuvre du PRODEC, plusieurs ont été confiées aux ASBC notamment sur le volet de l'enregistrement des faits d'état civil. Il s'agit :

- De l'identification des enfants nés à domicile pour être enregistrés à l'état civil
- Former les ASBC sur les procédures de déclaration et d'enregistrement des naissances
- Appuyer les ASBC dans leur travail de sensibilisation
- Appuyer les ASBC dans le suivi des enfants nés à domicile et / ou non enregistrés

Dans le cadre de la collecte qualitative, les questions des guides d'entretien aux ASBC abordaient les attitudes et les comportements. De façon générale, les ASBC ont souligné leur satisfaction vis-à-vis de la mise en œuvre de leur tâche sur le volet de l'état civil. Ces derniers font état de l'implication des populations pour l'atteinte des objectifs des faits d'enregistrement. **C'est ce qu'affirme un ASBC dans la commune de Kaya en ces termes :** « *quand on fait le tour de la localité, on sent vraiment une amélioration et les renforcements des capacités que nous avons eu nous amènent souvent à utiliser toutes les stratégies pour convaincre les populations à adhérer.* » **ASBC, commune de Kaya.**

Cela est soutenu par un autre lors d'un entretien individuel dans la commune de Ouahigouya en ces termes : *« aujourd'hui, presque tout le monde ici connaît les procédures d'enregistrement des naissances. On a eu la chance de travailler beaucoup sur ça avec l'implication des acteurs de la santé et du projet. Je pense que si toutes les dispositions sont prises et qu'on travaille à mieux maintenir le cap, les gens ne souffriront pas encore d'enregistrement de naissance. »* **ASBC, Ouahigouya.**

2.4.5.4. Qualité des services offerts aux femmes en âge de procréer

L'analyse des entretiens révèle que les activités du projet sont beaucoup utilisées par les populations. Les femmes fréquentent les centres de santé et soutiennent que les maris participent beaucoup à la prise de décision dans la planification familiale. C'est le cas d'une femme qui affirme que : *« ...Parfois quand, j'informe mon mari, il ne pose aucun refus en tout cas. Les hommes aussi ont commencé à mieux comprendre l'utilisation des méthodes contraceptives »* **FAP, commune de Pissila.**

Les participants aux focus group trouvent d'énormes avantages dans les activités liées aux VBG et à la planification familiale. En effet, ces activités permettent aux femmes de prendre des dispositions quant à l'espacement des naissances, et à la santé reproductive. L'une des participantes a eu à dire que : *« ...Les conseils des agents de santé nous a beaucoup aidé dans la santé de nos enfants et nous même notre santé sexuelle... »* **une participante focus group, Kaya.**

Pour ce qui est de la qualité des services fournis par le projet, les femmes sont unanimes quant à la rigueur des agents de santé et à leur professionnalisme. C'est du moins ce qu'affirme une femme lors d'un focus group en ces termes : *« les infirmiers font beaucoup d'efforts en tout cas. En tout cas, aujourd'hui on est fier du travail qu'ils ont fait sur les sensibilisations des méthodes contraceptives et d'autres choses comme les violences aux femmes. »* **femme, commune de Ouahigouya.**

2.4.5.5. Impact de l'implication des époux sur le changement social qualitatif

Les entretiens auprès de ces cibles indiquent les mêmes tendances que le volet quantitatif. Les sensibilisations ont permis aux hommes de partager leurs expériences, poser des questions et apprendre afin qu'ils ne soient plus de simples spectateurs, mais contribuent pleinement à la promotion du bien-être de leurs femmes. Selon un homme rencontré dans la commune de Ouahigouya lors d'un focus group, cette approche d'implication des maris dans les activités de sensibilisation reste très importante dans l'utilisation des méthodes contraceptives dans un couple.

Cet époux enquêté n'est pas le seul à sentir l'impact de cette sensibilisation. *« Avec les sensibilisations, ma femme et moi on décide de quelle méthode on doit utilisation et qui va arranger le foyer. C'est très important en tout cas. »* **constate, un homme également interviewé.** *« Avant, je n'aimais pas du tout parler de contraception ni de santé sexuelle, parce que chez nous dans notre tradition, c'est un tabou, mais avec les sensibilisations, je pense que y a beaucoup de changement. ».*

À en croire un agent de santé dans la commune de Kaya, cette approche porte ses fruits. *« Ici, ils peuvent parler sans crainte de sujets traditionnellement laissés aux femmes, comme la planification familiale, les consultations prénatales, la nécessité d'accoucher dans un centre de santé et les consultations postnatales. Convaincre les maris qu'ils ont leur rôle à jouer sur ces questions contribue à l'harmonie au sein des couples et des familles ».* **Agent de santé, Kaya.**

2.4.5.6. Effet indirect du projet

Cette section permet de capter les effets indirects du projet. Il s'agit des effets que le projet pourrait avoir sur les non bénéficiaires du projet. Dans les zones voisines des différentes zones d'intervention du projet, des agents de santé ayant bénéficié des formations et qui ont été affecté dans les zones voisines ont continué à mener les sensibilisations pour un changement de comportement en direction des

différentes composantes de la population (hommes, femmes, jeunes filles, jeunes garçons, etc.). Ces agents de santé dont leur rôle est d'aider dans la communication sur la problématique de la SSR/PF et de sensibiliser leur population ont bénéficié d'un paquet de services sur des thématiques pertinentes. Ces agents de santé sont des facilitateurs communautaires dans leurs localités respectives. C'est ce qui ressort lors d'un entretien avec un agent de santé dans la commune de Kaya en ces termes : « *Généralement quand les projets nous forment, nous resterons toujours porteurs du message au sein des communautés, véhiculé les informations pour mieux lutter contre les fléaux dans le système de santé.* » **Agent de santé, Boulsa.**

Les effets par ailleurs déclenchés par ce projet a contribué au changement de comportements et de prise de décision en matière de services de santé sexuelle et reproductive et en matière d'offre de l'état civil dans les zones voisines à la zone d'intervention du projet. Ce que témoigne un homme lors d'un focus groupe « *une fois je suis partie à Ouahigouya rendre visite à un ami et qui m'a parlé des formations qu'il a reçues lors des activités du projet. Alors il m'a expliqué ce qu'ils ont bénéficié lors de la formation et donc moi aussi j'ai constaté les bienfaits des formations et j'ai décidé aussi de changer de comportement* » focus group homme, Gourcy.

2.4.5.7. La qualité de la mise en œuvre du projet

La mise en œuvre du projet PRODEC a été bien appréciable malgré que la gestion d'éventuels risques (barrières culturelles, perceptions communautaires, suivi de la performance des centres de santé...) n'ont pas été suffisamment prises en compte.

La « qualité » est la mesure dans laquelle les services de santé offerts sont conformes aux bonnes pratiques médicales. La qualité de mise en œuvre du projet suit l'approche « *Planifier, Déployer, Contrôler, Agir* » qui est l'une des grandeurs composites comprenant les dimensions liées à la méthodologie, au management et au pilotage.

L'évaluation montre que la méthodologie utilisées dans la mise en œuvre du projet est en cohérence avec les stratégies nationales et internationales. En effet, les activités ont été réalisées de façon intégrée dans les services de santé sexuelle et reproductive avec des objectifs clairs et précis.

Au niveau managérial, des équipes étaient non seulement disponibles pour la mise en œuvre des activités, mais aussi ont toutes adhéré au projet, notamment au niveau institutionnel. Des compétences existent avec une délégation des tâches à tous les niveaux pour exécuter convenablement les différentes activités.

Une personne-ressource affirme à ces termes : « *... la collaboration est très bonne entre les agents de santé avec les acteurs du projet et les bénéficiaires. Cela a permis réellement d'atteindre les résultats. Les agents de santé, les leaders communautaires se sont impliqués dans la mise en œuvre du projet...* » **une personne-ressource, Kaya.**

Les activités du projet sont inscrites et font partie intégrante de l'organisation d'ensemble des formations sanitaires (répartition de tâches, planning d'activité, ...). Ces activités sont suivis localement à travers des réunions entre acteurs, le calcul et l'affichage d'indicateurs, puis des supervisions et des rencontres bilan au niveau supérieur.

Ainsi, les populations accueillent favorablement les activités du projet et s'en réjouissent.

La zone d'intervention du projet regroupe diverses communautés avec des cultures et systèmes de valeurs différentes. Dans un tel contexte, les perceptions des communautés ainsi que la persistance de certaines pratiques et considérations socioculturelles méritent d'être prises en compte afin de renforcer la qualité dans la mise en œuvre des activités du projet. Ces termes appuient l'idée : « *..... On a rencontré des difficultés avec les hommes quand les femmes viennent souvent demander des conseils sur les SSR, les méthodes contraceptives, etc sans les informer.* » **Un ASBC, Pissila.**

2.4.6. DURABILITÉ

- **La bonne coopération avec les autorités locales qui se sont engagées à soutenir la mise en œuvre du PRODEC dont elles capitalisent les acquis**

L'adhésion des autorités locales au projet a été facilitée par leur conviction que les objectifs du projet font partie intégrante de la mission de l'accès aux services de santé et de l'état civil de l'Etat. C'est-à-dire que le rôle de l'État en tant que détenteur d'obligations en matière de promotion sociale, protection et de défense des droits humains en général et des droits d'accès à la santé est bien compris par ses représentants locaux. C'est ce qui ressort des propos d'une personne-ressource dans la commune de Kaya en ces termes : *« Nous avons beaucoup travaillé à soutenir le projet. L'Etat avait beaucoup travaillé avec les acteurs des associations et des ONG qui sont des principaux partenaires du Ministère de la Santé. »* Personne-ressource, Kaya.

C'est donc pour eux un devoir d'appuyer le programme afin de faire de la promotion sociale la clé d'amélioration des conditions de vie des populations. Effectivement, ce programme rentre en ligne droite avec l'ensemble des politiques de santé et d'état civil. Toutefois, il convient de distinguer la collaboration des autorités locales dans la mise en œuvre du projet, de leur appropriation et de la pérennisation de ce dernier.

La prise en compte de l'influence de Educo et ses partenaires sur le Gouvernement se manifeste par le fondement même du projet dont les actions s'inscrivent dans l'une des priorités majeures de la politique sanitaire nationale. Les services de santé sexuelle et reproductive, la planification familiale et les faits d'état civil constituent non seulement un engagement international, mais aussi une préoccupation sanitaire et sociale pour les autorités du pays.

Les leviers de durabilité des retombées positives du projet sont importants, dans ce sens que les actions sur les SSR/PF/VBG sont systématisées et intégrées dans le paquet d'activités des formations sanitaires avec une implication des communautés à la base.

C'est dans ce sens qu'une personne-ressource affirme : *«Mais avec le projet, les CSPS ont bénéficié de beaucoup de parquet de service, que ça soit les SSR, la PF ou les VBG ainsi que l'état civil. Ce sont des activités qui perdurent.... »* une personne-ressource, Dori.

- **La stratégie d'approche du projet à travers les leaders communautaires est un facteur de responsabilisation notamment sur les faits d'état civil**

L'approche du projet assure en lui-même dans une certaine mesure la durabilité et la pérennisation des acquis en raison de la forte responsabilisation des leaders communautaires pour soutenir le bien-être des populations sur l'obtention d'actes de naissance ainsi que la connaissance des procédures d'enregistrement des naissances, en raison de la nature endogène des solutions qui exploitent au mieux les ressources et compétences locales. Les sensibilisations des époux des femmes sur les méthodes contraceptives ont contribué à mieux réorienter les décisions des hommes de soutenir leurs femmes en matière d'accès à la santé. Cela est un gage de bien-être familial et aussi contribue à l'engagement communautaire dans les zones d'intervention du projet PRODEC. Cela est soutenu par un homme en ces termes : *« le projet est d'une grande utilité pour nos familles, car avec les sensibilisations et les formations que nous avons eu, c'est sûr qu'on sera toujours engagé avec nos femmes pour leur santé et la santé des enfants aussi. »* focus group hommes, commune de Yako

Les sensibilisations des leaders traditionnels constituent également un aspect important dans la durabilité du projet comme l'affirme une personne-ressource interviewée : *«il faut qu'on s'appuie beaucoup sur les leaders traditionnels et je pense que c'est une bonne stratégie que le projet a adoptée pour mettre dans son programme... »* une personne-ressource, Ouahigouya.

Au-delà du renforcement de capacité et du plateau technique, il s'agit aussi de développer un *self commitment* au sein des populations pour que les femmes et leurs maris aillent d'eux-mêmes voir le

personnel de santé pour les actions relatives à la santé de la reproduction, à la planification familiale et que le personnel de santé répond au mieux à leurs besoins.

■ **L'implication effective des associations locales est un véritable accélérateur durable du changement de normes sociales et des comportements**

Les résultats attendus de l'implication des associations locales sont liés à l'amélioration des compétences des personnes au niveau local et à l'efficacité des structures et organisations locales, se traduisant par des changements durables dans les pratiques. Il importe donc de contribuer à renforcer leurs performances et à éventuellement les aider à aller vers certains changements de normes sociales, par un accompagnement adapté. C'est ce qu'affirme une personne-ressource d'une association à Ouahigouya en ces termes :

« Les actions du projet seront toujours bénéfiques pour nous, parce que ça renforce nos compétences à relayer les actions au niveau local permanemment. Notre structure a eu ce privilège de participer aux renforcements de capacités et cela restera durablement. » **Personne-ressource, Ouahigouya.**

Les associations impliquées dans le projet sont non seulement des acteurs d'intervention, mais aussi des porte-voix des communautés. À travers eux, le projet intègre la question de l'engagement vis-à-vis de la Société Civile.

2.4.7. MECANISME DE REDEVABILITE MISE EN PLACE

Les partenaires de mise en œuvre du projet reconnaissent que la santé sexuelle et reproductive, les services d'état civil est un travail de longue haleine qui requiert des investissements considérables afin d'accélérer le rythme auquel les connaissances des communautés constituent la pièce principale de toute action de développement sociale. Il est donc nécessaire que les actions mises en œuvre soient principalement axées sur la pérennité des partenariats conclus avec le Ministère de la santé et les acteurs impliqués dans les services SSR/PF/VBG, notamment ceux qui impliquent, d'une manière ou d'une autre, les communautés. C'est ce qui témoigne un responsable d'une association lors d'un entretien à Kaya : *« ...Impliquer les associations locales dans la pérennisation des acquis est une bonne chose. Cela pourra les rapprocher des communautés cibles et impacter le système social remis en cause dans le domaine de la SSR/PF. »* **Personne-ressource, Association locale.**

L'adhésion des populations et de la société civile au niveau local est une composante essentielle de la stratégie du projet PRODEC, car celle-ci s'appuie sur les leaders traditionnels, les époux pour promouvoir le changement de comportement des communautés dans la promotion sociale. À cet effet, le mécanisme de redevabilité réside au niveau des communautés où les femmes et les autres bénéficiaires peuvent approcher directement les maris ou les leaders communautaires pour se confier et exprimer leurs préoccupations.

2.4.8. LEÇONS APPRISES ET SOLUTIONS PROPOSEES PAR LES BENEFICIAIRES

2.4.8.1. Leçons apprises

Dans le cadre du projet PRODEC, l'évaluation finale relève comme aspects pouvant constituer une contribution essentielle aux bonnes pratiques et au renforcement des connaissances les éléments suivants :

- ✓ L'appui communautaire apporte une plus-value dans l'atteinte des objectifs du projet dans les zones d'intervention du projet.
- ✓ la présence des agents de santé lors des plaidoyers permet de convaincre d'avantage les communautés locales dans le cadre de la mise en œuvre des actions de sensibilisation sur les méthodes contraceptives ;

- ✓ L'accompagnement des directions de l'Action sociale a permis de mieux cibler les victimes de VBG ainsi que l'orientation et la planification des prises en charge ;
- ✓ La prise en compte d'acteurs locaux connaissant la zone d'intervention était d'un atout important ayant facilité la transmission du message aux communautés ;
- ✓ L'accompagnement des services techniques dans les activités clarifie toujours les aspects techniques ;
- ✓ La création de cadre d'écoute contribue énormément à faire passer le message au sein de la jeunesse ;
- ✓ La synergie d'action entre Partenaires de Mise en Œuvre a contribué à l'atteinte des objectifs ;
- ✓ Le soutien de **Educo** et ses partenaires améliore sans doute de façon substantielle le niveau des indicateurs sur la planification familiale, sur la santé sexuelle et les services d'état civils.
- ✓ Les populations des trois régions cibles du projet s'intéressent davantage aux services d'état civils et s'y attachent un grand intérêt au fil du temps.
- ✓ Les soutiens apportés aux victimes de VBG ont été déterminant dans l'amélioration de leur condition de vie, d'où la nécessité de renforcer les actions dans ce sens.
- ✓ Il est ressorti également des entretiens, la nécessité des rencontres régulières entre les acteurs pour une bonne plate-forme de discussion en vue d'améliorer une éventuelle phase du projet.
- ✓ La durabilité du projet suppose non seulement un fort encrage institutionnel au préalable, mais aussi que les autorités institutionnelles à tous les niveaux, et les communautés, jouent pleinement leur rôle pour s'appropriier les acquis du projet.

2.4.8.2. Solutions proposées par les bénéficiaires pour pérenniser les actions du projet

2.4.8.2.1. Les acquis du projet PRODEC

D'une manière générale, les cibles apprécient les activités menées dans le cadre du projet PRODEC et les différents acteurs sont encouragés dans leur travail. Cependant, quelques suggestions ont été émises à l'endroit de ces derniers pour assurer la pérennité des acquis du projet.

- Il leur est principalement recommandé de mettre l'accent sur la sensibilisation car l'ignorance joue beaucoup dans les attitudes et les comportements des uns et des autres faces aux axes d'intervention du projet.
- Les bénéficiaires insistent sur la communication des services d'état civils et recommandent aux autorités responsables d'être plus disponible à l'accompagnement de la population.
- Les victimes de VBG souhaitent une assistance continue pendant les moments difficiles. Il y'a également la question de la non disponibilité des agents dans certaines zones du projet. C'est ce qui ressort des entretiens réalisés auprès de certaines cibles, comme cette femme lors d'un focus group : *« Souvent, les gens qui nous aide doivent comprendre que c'est plusieurs problèmes à la fois, donc il faut qu'il nous assiste tous les temps pour aider à surmonter ces douleurs. »*
- On remarque enfin qu'il y'a un problème de manque de personnel dans certains centres de santé. Les jeunes quant à eux, voudraient davantage avoir accès à des séances de sensibilisations continuent sur la santé sexuelle et reproductive.

2.4.8.2.2. Meilleures pratiques et les pratiques innovantes

La création des centres secondaires d'état civils comme approche innovante introduite dans le cadre du projet PRODEC, mérite d'être soutenue et accompagnée afin qu'elle soit une réalité de long terme. En effet, la création des centres secondaires d'état civils changera la perception et la manière de faire des populations pour l'établissement des actes de naissances, les certificats de décès, etc. Un avantage qui ressort à tous les niveaux de cette action est la réduction des distances à parcourir pour les services d'état civil et également l'établissement des certificats dans les bons délais. De ce fait, elle doit être accompagnée et soutenue de manière appuyée et adaptée jusqu'à ce qu'elle soit complètement

intériorisée. Le renforcement des compétences des acteurs sont appréciés et doivent s'inscrire dans une dynamique de long terme afin que les actions du projet puissent atteindre les cibles et éradiquer les phénomènes de VBG.

2.4.9. GENRE, DROITS HUMAINS ET EQUITE

L'égalité entre les hommes et les femmes et l'élimination de toutes les formes de discrimination contre la femme sont des objectifs fondamentaux en matière de droits de l'Homme et des valeurs chères défendues par l'ONG Educo et ses partenaires. Le projet vise d'une part à la promotion sociale par le biais des services SSR/PF de qualité. D'autres part, il s'agit de la lutte contre les violences basées sur le genre.

Dans ce sens, il s'agit de mettre fin à des pratiques qui portent atteinte aux droits et au bien-être des femmes et qui découlent de normes sociales qui résistent à l'ancrage des droits humains en général et des droits des enfants et des personnes vulnérables en particulier.

Les activités du projet faisant l'objet de cette évaluation ont concouru à l'amélioration des connaissances et sensibilisations des femmes et des jeunes et adolescents. Plusieurs thèmes ont été développés autour de la santé sexuelle et reproductive, ainsi que des violences basées sur le genre. C'est ce qu'affirme une femme en ces termes : *« il y a eu plusieurs formations et renforcements de capacités pour nous. On en profite beaucoup. Des thèmes sur le droit des femmes ont aussi été faits »* **femme, focus group, Kaya.**

De toutes les activités de sensibilisation et de renforcement de capacités réalisées, on note la participation effective des femmes. Cela est soutenu par le témoignage d'une participante aux activités de sensibilisation dans la commune de Yako en ces termes : *« Tous ceux qui ont participé aux sensibilisations sont conscients de la forte participation des femmes. Parce que ce sont elles qui sont les actrices clés de la santé reproductive et de la contraception. Mais, il y avait des hommes aussi, parce qu'au niveau local, ce sont eux qui prennent les décisions. »* **Femme/ Yako.**

Dans le cadre de la mise en œuvre de ces renforcements de capacités, les hommes ayant participé ont donné leur appréciation lors de la collecte de données. Dans la commune de Kaya, un homme ayant participé au focus group exprime en ces termes : *« les sensibilisations nous ont beaucoup aidé et maintenant, nous pouvons laisser librement nos femmes d'utiliser les méthodes comme elles veulent. C'est ce qui est important pour nous. »* **Homme, focus group.**

2.4.10. CONTRAINTES DE PERFORMANCE DU PRODEC

2.4.10.1. Pandémie de Covid-19

La période de mise en œuvre du projet qui s'est étendue de 2019 à 2021 a été marquée par la crise sanitaire liée au COVID-19. En effet, depuis le mois de mars 2020, le Burkina Faso au même titre que le reste du monde a été fortement affecté par la pandémie de COVID-19.

Cette pandémie ainsi que les mesures préventives et de réponse prises par le gouvernement ont directement impacté la programmation des activités. Ainsi, parmi les mesures pour réduire la propagation du virus figurent, la restriction des rassemblements de plus de cinquante personnes, le cloisonnement/isollement des villes, la fermeture des écoles et des marchés. Cela a directement impacté la mise en œuvre du projet et conduit à certaines adaptations pratiques pour la mise en œuvre des activités. Selon une personne-ressource du projet, cela a impacté le déroulement de certaines activités : *« il y a eu des activités qu'on ne pouvait plus organiser parce qu'on travaillait sur d'autres thématiques »* **Personne-ressource.**

La crise du coronavirus a créé d'autres types de besoins auxquels le projet n'était pas préparé. C'est ce qu'affirme une personne-ressource d'un partenaire de mise en œuvre en ces termes : *« c'est difficile d'organiser des causeries éducatives alors que tous les centres étaient fermés »*. **Personne-ressource.**

La crise a exigé de nouvelles habitudes et comportements, en l'occurrence sur le plan hygiénique, auxquels, les communautés n'étaient pas habituées. À cela s'ajoute, le manque d'équipement pour

respecter les gestes barrières. Même lorsque ces conditions sont réunies, l'utilisation de masque est faite dans des conditions qui augmentent les risques.

2.4.10.2. L'insécurité

Pendant la période de mise en œuvre du projet, la situation sécuritaire dans les zones d'intervention a été caractérisée par des incidents récurrents tels que des attaques de groupes d'opposition armés. Il faut aussi noter la fermeture des établissements et le déplacement des populations donc déscolarisation des enfants, paupérisation des communautés en particulier les femmes. Par conséquent, cela a parfois conduit à l'impossibilité d'accéder à certaines zones entraînant de facto des conséquences sur la mise en œuvre du projet. C'est ce que confirment un membre de l'équipe du projet : *« Il y a des zones qu'on a dû lâcher parce que le contexte sécuritaire ne permettait plus de continuer dans ces zones »*.

2.4.11. FORCES DU PROJET

Le projet a permis d'accroître le paquet de service au bénéfice des populations de la zone de couverture à travers les sensibilisations et l'acquisition de matériels et d'intrants. En effet, il ressort des différents entretiens que le projet a contribué à l'amélioration de leur niveau de connaissance sur la planification familiale et les services d'état civil. L'accès à l'information et à la communication a été un facteur de renforcement de l'équité de genre au sein des communautés concernées par le projet.

Les participations accrues des femmes et des jeunes filles aux débats publics autour des axes d'interventions du projet (Planification Familiale et la Santé Sexuelle et Reproductive des adolescents et des Jeunes, la lutte contre les violences basées sur le genre et les services d'état civils) ont également contribué à la prise d'intérêt et à la compréhension de l'importance des services d'état civil et surtout le respect des droits des femmes. C'est ainsi que la stratégie de lutte contre les VBG et la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes ainsi que l'équité préconisée par le projet PRODEC est plus accessible aux communautés défavorisées tant en milieu rural qu'en milieu urbain.

La force réside également dans l'implication des agents de santé dans le projet PRODEC, ainsi que la collaboration fructueuse entre le personnel chargé du projet et les associations de lutte contre les VBG. Enfin, il ne faut pas passer sous silence l'appui des leaders communautaires, qui sont d'une très grande aide quand il s'agit de toucher toutes les couches de la population.

En somme, les **forces** du projet se résument aux points suivants :

- ✓ Adhésion des partenaires (Associations, districts, etc.) et des populations dans la mise en œuvre du projet ;
- ✓ Le dynamisme des partenaires de mise en œuvre
- ✓ Disponibilité et engagement du personnel de santé ;
- ✓ Organisation de rencontres de socialisation du projet avec les partenaires et les communautés à l'entame de la mise en œuvre des actions du projet ;
- ✓ Disponibilité de l'offre de soins en matière de promotion sociale ;
- ✓ Compétence des acteurs impliqués dans le projet, notamment le Ministère de la santé ;
- ✓ La répartition spécifique des zones d'intervention entre partenaires du consortium et l'affectation des thématiques abordées par le projet ont été faites selon le domaine de compétence de chaque partenaire ;
- ✓ Disponibilité de ressources conséquentes pour la mise en œuvre des activités ;
- ✓ Synergie d'action avec les acteurs communautaires.

2.4.12. FAIBLESSES DU PROJET

En ce qui concerne les faiblesses du projet, il y'en a très peu aux dires des acteurs. En effet, la faible couverture des zones par le projet au sein des mêmes régions ou provinces pour permettre un accès

équitable aux bénéficiaires du projet. Ces interventions améliorent le niveau des indicateurs du projet au bénéfice des populations dont celles des localités non couvertes en sont privées.

Les faiblesses dans la mise en œuvre du projet se résument au :

- ✓ Contexte sécuritaire et sanitaire avec la Covid-19 avec déplacement de populations et fermeture de certaines formations sanitaires ;
- ✓ Manque de concertation entre les différentes structures qui interviennent sur la même thématique dans la zone du projet ;
- ✓ Absence de coordination entre les Mairies et les acteurs du projet dû à la situation sécuritaire qui a amené certaines Mairies à déplacer leur siège ;
- ✓ Couverture géographique peu satisfaisante ;
- ✓ Insuffisance d'évaluation/capitalisation des actions surtout au niveau communautaire.

2.4.13. MENACES DU PROJET PRODEPS

Ce que les acteurs redoutent cependant en termes de menace, c'est l'arrêt du financement. Le projet étant salvateur dans la promotion des services d'état civils et planification familiale, ainsi que la lutte contre les VBG, un arrêt des activités viendrait saper tous les résultats probants qui ont jusque-là été constatés. Une autre menace imminente à souligner est la non pérennisation des actions déjà acquis et la menace sécuritaire en particulier dans la région du Sahel et du Nord.

2.4.14. DEFIS ET LIMITES DU PROJET

La mise en œuvre d'un projet d'intervention comporte toujours des défis. Certains sont surmontés grâce aux capacités d'anticipation et d'adaptation des acteurs qui en assurent la mise en œuvre, tandis que d'autres restent hélas non résolus.

2.4.14.1. Défis du projet

Plusieurs défis restent à relever malgré des effets positifs des actions du projet. En effet, dans une éventuelle phase du projet, que faut-il retenir en termes d'activités et de stratégie de mise en œuvre ?

- Elargir la zone de couverture dans toutes les communes des provinces ciblées ;
- Renforcer la synergie d'action entre les partenaires bénéficiaires et les acteurs des différents projets abordant la même thématique ;
- Renforcer la collaboration entre les populations et les agents de santé dans la zone du projet ;
- Encourager les districts sanitaires à la pérennisation des acquis du projet ;
- Renforcer la sensibilisation au profit des jeunes et adolescents.

2.4.14.2. Les difficultés

Au cours de la mission de mise en œuvre du projet, des difficultés ont été rencontrées par les équipes. Les principales difficultés se résument en ces points :

- ✓ La situation sécuritaire n'a cessé de se dégrader et a donc eu des répercussions sur la mise en œuvre des activités. En effet, au regard des incidents sécuritaires (attaques, menaces...) certaines structures partenaires telles que les formations sanitaires, les mairies, les services départementaux du ministère en charge de l'Action sociale, les établissements scolaires ont été fermées ou délocalisées. Cette situation sécuritaire instable dans certaines zones limitait les déplacements de l'équipe terrain ;
- ✓ La pandémie à COVID -19 au regard de sa relative stabilité a eu peu d'impact sur la mise en œuvre des activités du projet. Par ailleurs, une partie du projet a connu des mesures gouvernementales prises à la suite de l'apparition de la maladie à COVID-19 qui a impacté la mise en œuvre des activités avec le confinement des équipes, la fermeture des établissements

scolaires ayant entraîné un retard dans le démarrage des activités des tiers dans les établissements ;

- ✓ La non-disponibilité des données validées à temps. Une des limites de cette collecte est l'absence de données dans les sources primaires durant certaines périodes du projet. Cela s'explique par les difficultés pour l'acquisition de l'autorisation de collecte délivrée par le Ministère de la Santé qui elle-même est due aux lenteurs administratives, aux grèves des agents de santé, la grève des agents de santé qui rendait difficile l'accès aux informations sanitaires.

2.4.15. LES PRINCIPALES ACTIONS A CAPITALISER

A partir de la mise en œuvre du projet, ce qui sont à pérenniser et capitaliser peuvent être :

- La synergie d'action entre les structures partenaires ;
- L'implication des leaders traditionnels ;
- La collaboration avec les directions régionales de la santé, des districts sanitaires
- L'usage des points focaux dans les différents districts.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

L'analyse opérationnelle du projet durant la période de 2019-2021 dans les trois (03) régions d'intervention a montré qu'au-delà du renforcement des capacités des agents de santé, des sensibilisations ont été effectuées au profit des communautés. L'efficacité opérationnelle indique que de façon globale, les activités planifiées dans le cadre du projet ont été réalisées de façon satisfaisante dans la zone d'intervention du projet.

Les constats qui ont été faits montrent également que le projet a été positif pour les populations qui sont plus engagées dans la promotion sociale et l'amélioration des services d'état civil. Ceci s'observe par l'amélioration du niveau de connaissance des services de santé sexuelle et reproductive et des faits d'état civil dans la zone d'intervention. La réussite du projet dans la région du Nord indique que les actions doivent être étalées dans d'autres localités pour faire profiter des fruits du projet. Il est apparu l'existence d'un potentiel de durabilité de l'impact positif du projet qui mérite d'être exploité et approfondi. Le projet a introduit des innovations permettant d'impliquer les maris dans les méthodes contraceptives et de rapprocher davantage les services aux populations.

Recommandations

Un certain nombre de recommandations destinées à Educo et ses partenaires ont été formulées sur la base des conclusions que l'équipe d'évaluation a tirées à partir des constats effectués lors du travail sur le terrain et la revue documentaire. Le développement participatif des recommandations est censé promouvoir un plus grand sens d'appropriation autour de la mise en œuvre et du suivi des recommandations de la part des parties prenantes, tout en assurant la faisabilité et la pertinence des actions recommandées.

	Recommandations	Responsables
Recommandations stratégiques		
1	Prendre en compte la spécificité des déplacés internes dans les projets similaires à venir.	Educo UE
2	Poursuivre les plaidoyers auprès des autorités locales pour une pérennisation effective des actions du projet.	Gouvernorat, Haut-commissariat et Mairies
3	Intégrer la prise en compte de la COVID-19 dans les actions et activités des projets à venir	Educo UE
4	Avoir une autre phase du projet pour mieux pérenniser les acquis	UE
Recommandations opérationnelles		
1	Mettre en place la stratégie des écoles des maris dans l'ensemble des localités pour contribuer à l'adhésion des hommes en matière de contraception dans les familles	Educo UE
2	Renforcer certains centres par une ressource humaine adaptée et mieux équipée, par exemple les centres d'écoute pour jeunes	Educo UE
3	Renforcer les sensibilisations auprès des communautés pour préserver les acquis du projet	Educo UE
4	Prise en compte de l'ensemble des Districts sanitaires dans chacune des régions concernées par le projet	Educo

BIBLIOGRAPHIE

1. Akoto, E.M., Tambashe, B.O., Amouzou, A.D., & Rachelle, A.-M. (2002). Besoins non-satisfaits en planification familiale et transition contraceptive au Burkina Faso, au Cameroun et en Côte d'Ivoire. *African Population Studies/Etude de la Population Africaine* 17(1).
2. Bogale, B., Wondafrash, M., Tilahun, T., & Girma, E. (2011). Married women's decision making power on modern contraceptive use in urban and rural southern Ethiopia. *BMC Public Health*, 11(1), 342.
3. Chiesa-Moutandou, S., & Wantou, G.T. (2001). Le Comportement contraceptif des Gabonaises: les méthodes modernes: faible taux d'utilisation et déficit d'information. *Médecine d'Afrique Noire*, 48(5), 191-98.
4. Congo, Z. (2007). Les facteurs de la contraception au Burkina Faso au tournant du siècle. Paris, Centre Population et Développement.
5. Initiatives Conseil International (2015). Étude sur la couverture en planification familiale dans le district sanitaire de Djibo, région du Sahel au Burkina Faso. Ouagadougou, Burkina Faso : Initiatives Conseil International.
6. INSD (2016). Enquête multisectorielle continue-Module démographie et santé du Burkina Faso de 2015 (EMC-MDS 2015). Ouagadougou, Burkina Faso : INSD.
7. INSD & ICF International (2012). Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Burkina Faso 2010. Calverton, MD, USA : INSD & ICF International.
8. INSD (2009). Projections démographiques de 2007 à 2020 par régions et provinces. Ouagadougou, Burkina Faso: INSD.
9. Institut de recherche en sciences de la santé (2012). Disponibilité des produits contraceptifs modernes et des produits vitaux de santé maternelle dans les points de prestation de service au Burkina Faso. Ouagadougou, Burkina Faso: IRSS.
10. INSD, 2009, Recueil des concepts, définitions, indicateurs et méthodologies utilisés dans le Système statistique national, 150 pages ;
11. Article 4 du Protocole additionnel A/SP1/12/01 de la CEDEAO sur la démocratie et la bonne gouvernance (septembre 2001).
12. Acte additionnel A/SA/101/10 de la CEDEAO sur la protection des données personnelles (2013).
13. Convention Internationale des droits de l'enfant (1989).
14. Loi n° 010-93-ADP du 17 mai 1993 portant organisation judiciaire au Burkina Faso, 19 pages.
15. Zanou Benjamin (1990), Pour une utilisation démographique de l'état civil en Afrique: le cas de la Côte d'Ivoire. - Paris, Université de Paris-1, Institut de Démographie de Paris, 348 pages (Thèse de doctorat en démographie).
16. Module de formation élaboré par SANOU Arsène Francis, Procureur du Faso près le TGI de Ouahigouya et SANFO Mahamoudou, Substitut du Procureur du Faso.
17. « Aides-moi à exister » Le programme BRAVO ! au Burkina Faso soutient la modernisation de l'état civil, 2014. Conférence de presse, Mardi 15 avril 2014 – 11 h.
18. Banque Mondiale, Analyse du système de gestion des identités au Burkina Faso, décembre 2016.
19. Burkina Faso, 1989, Code des personnes et de la famille, 224 pages.
20. Honoré Mimché et Gustave Agbeviade, Analyse du système d'enregistrement des naissances au Togo, Lomé, Novembre 2012.
21. Unicef, Décembre 2013, Guide pour les programmes d'enregistrement des naissances, 161 pages ;
22. DABIRET Honorine / MEDA et Aimé Gérard YAMEOGO, 2009, guide pratique et simplifié de l'état civil (volet enregistrement des naissances) à l'usage des membres des tribunaux départementaux et d'arrondissements et des officiers de l'état civil, 40 pages ;
23. INSD, 2006. - Recensement de la population et de l'Habitation de 2006 (RGPH 2006), Monographie de la commune urbaine de Ouagadougou, 130 pages.
24. PNAPF 2017-2021.