



# RENFORCEMENT DES RÉSULTATS POUR LA SANTÉ DES FEMMES ET DES ENFANTS (PROJET SHOW)

## APERÇU DU RAPPORT D'ÉVALUATION À MI-PARCOURS

### INTRODUCTION

*Strengthening Health Outcomes for Women and Children (SHOW)* est un projet multi-pays transformatrice en genre de 4,5 années financé avec le soutien d'Affaires mondiales Canada et dont l'objectif ultime est de réduire la mortalité maternelle et infantile chez les femmes et les enfants vulnérables, y compris les adolescentes, dans des régions reculées et ciblées **du Bangladesh, du Ghana, d'Haïti, du Nigeria et du Nigeria**. À la fin de la troisième année, le projet avait déjà fait des progrès significatifs sur le plan de la SMNI et de la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) grâce aux résultats suivants :

- Le pourcentage de femmes enceintes qui fréquentent au moins quatre fois les soins prénataux a augmenté de 15 points de pourcentage, de 55 à 70 %, dans toutes les zones du projet, dans les cinq pays, l'augmentation étant légèrement plus élevée chez les mères adolescentes (17 points de pourcentage) que chez les femmes adultes (15 points de pourcentage).
- Le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifiée dans les zones du projet a augmenté en moyenne de 9 points de pourcentage (de 57 à 66 %), et de 11 points de pourcentage (57 à 68 %) chez les mères adolescentes de moins de 19 ans.
- Le pourcentage de femmes qui ont reçu des soins postnataux dans les 48 heures suivant l'accouchement a augmenté de 15 points (de 52 à 67 %) dans les zones du projet. Là aussi, l'augmentation a été encore plus prononcée (20 points de pourcentage) chez les mères adolescentes.
- L'utilisation de la contraception pendant la période post-partum a augmenté dans quatre pays sur cinq, et le pourcentage d'établissements de santé échantillonnés jugés sexospécifiques et adaptés aux adolescentes a augmenté en moyenne de 16 points de pourcentage dans les cinq pays.

Le projet SHOW s'attaque aux inégalités entre les sexes et aux obstacles qui en découlent au niveau du ménage, de la communauté et du système de santé en œuvrant à trois niveaux : les détenteurs de droits (femmes et filles), les détenteurs du devoir moral (partenaires masculins, membres de la famille et de la communauté) et les détenteurs de responsabilités (renforcement du système de santé et établissement de santé). Son action s'articule sur trois stratégies sexotransformatrices intersectionnelles qui traitent de la condition et de la position des femmes et des filles. La première stratégie met l'accent sur le renforcement de l'action et de la prise de décision des femmes et des filles; la deuxième fait intervenir les hommes dans toutes les sphères (des membres de la famille aux gardiens socioculturels) en tant que partenaires actifs du changement; et la troisième stratégie comble les lacunes systémiques en mettant l'accent sur la qualité des soins qui sont respectueux et sensibles.

**CHIFFRES  
DU PROJET  
À MI-  
PARCOURS**



**871**  
ÉTABLISSEMENTS DE  
SANTÉ SUPPORTÉS

**1,35 MILLION**  
BÉNÉFICIAIRES  
DONT 800 000 SONT DES FEMMES

**9 600+**  
INTERMÉDIAIRES  
FORMÉS

L'objectif de l'étude à mi-parcours était de mener une collecte et une analyse de données solide et objective afin de mesurer les indicateurs au sein du projet et de comparer les résultats de l'étude de base qui a été réalisée lors de la première année du projet. Dans chacun des cinq pays, l'étude à mi-parcours comprenait trois composantes principales pour la collecte de données, au niveau des ménages et des établissements de santé, ainsi qu'une collecte de données supplémentaires effectuée pour recueillir des données sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSRA) des adolescentes auprès d'adolescentes sans enfants.

## METHODOLOGIE

Une étude transversale utilisant des techniques quantitatives a été appliquée pour mener les enquêtes à mi-parcours auprès des ménages et des adolescentes. Une évaluation des établissements de santé a été réalisée dans les mêmes zones géographiques où les enquêtes auprès des ménages et des adolescentes ont été menées. Les principaux répondants de l'enquête sur les ménages étaient des mères adolescentes et adultes de 15 à 49 ans ayant un enfant de moins de 2 ans. Les partenaires masculins/membres masculins de la famille des principaux répondants ont également été interrogés au moyen d'un questionnaire distinct. Le critère d'inclusion utilisé pour l'échantillonnage des enquêtes auprès des adolescents était constitué d'adolescents non mariés, filles et garçons (âgés de 15 à 19 ans) sans enfant vivant, qui étaient principalement membres de groupes d'adolescents soutenus par le projet ou d'adolescents dans des lieux où la formation de groupes d'adolescents était en cours. Une méthodologie similaire sera employée à la fin du projet, avec l'ajout de la collecte de données sur la zone de comparaison (qui a également été utilisée au début du projet) et un champ d'application élargi pour inclure l'évaluation du projet à l'aide des critères du CAD.

## POINTS SAILLANTS DE L'ÉVALUATION À MI-PARCOURS

*\*25% de tous les établissements d'intervention*

**1 768**  
MÈRES  
ADOLESCENTES  
ENQUÊTÉES

**2 550**  
MÈRES ADULTES  
ENQUÊTÉES

**4 271**  
PARTENAIRES  
MASCULINS  
ENQUÊTÉS

**1 509**  
ADOLESCENTES SANS  
ENFANTS ENQUÊTÉES  
*(dont 752 adolescentes)*

**235\***  
ÉTABLISSEMENTS  
DE SANTÉ PRIMAIRE  
ÉCHANTILLONÉS

## ACCROÎTRE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ DANS TOUT LE CONTINUUM DE SOINS

La présence des femmes enceintes à au moins quatre consultations de soins prénataux est une recommandation clé dans les communications et les messages du côté de l'aspect de la demande en raison de son impact positif évident sur la mortalité maternelle et néonatale. Les données à mi-parcours ont révélé que dans tous les pays du projet, le pourcentage de femmes en âge de reproduction participant à au moins quatre consultations de soins prénataux a augmenté dans les zones du projet depuis l'étude de base pour les adolescentes et les femmes enceintes. Les parties prenantes du projet observent que les interventions SHOW, telles que la communication pour le changement social et de comportements transformatrices en genre et les séances de mobilisation (émissions de radio communautaire, théâtre pour le développement, soirée avec les adolescents, représentation théâtrale, causeries communautaires), le soutien au suivi des ASC tout au long de la grossesse et la formation





des prestataires de soins de santé, ainsi que les activités de sensibilisation avec les groupes communautaires (en particulier les clubs de mères et de pères), les clubs de jeunesse et les comités de santé, ont contribué à cette amélioration de la couverture.

Les données de l'étude à mi-parcours ont montré une augmentation du recours aux **personnel de santé qualifié** dans les cinq pays, tant pour les mères adolescentes que pour les mères adultes depuis l'étude de base (sauf pour les mères adultes au **Bangladesh**). Les mères adolescentes du **Ghana** ont connu la plus forte augmentation par rapport à l'étude de base, tandis que c'est au **Nigeria** que le recours

aux personnel de santé qualifié a été le plus élevé. Bien que le **Nigeria** ait enregistré les taux les plus faibles tant au cours de l'étude de base que de l'étude de mi-parcours, il a connu une augmentation de 24 % à 35 % à mi-parcours.

	Soins prénataux		Personnel de santé qualifié		Soins postnataux	
	ÉTUDE DE BASE	ÉTUDE À MI-PARCOURS	ÉTUDE DE BASE	ÉTUDE À MI-PARCOURS	ÉTUDE DE BASE	ÉTUDE À MI-PARCOURS
15–19	52 %	69 %	57 %	68 %	49 %	69 %
20–49	56 %	71 %	56 %	64 %	53 %	66 %
Total	55 %	70 %	57 %	66 %	52 %	67 %

**RÉSULTATS SUR LE CONTINUUM DE SOINS :** *Pourcentage de femmes en âge de reproduction (15 à 49 ans) qui ont reçu quatre consultations de soins prénataux ou plus, qui ont été assistées par un personnel de santé qualifié et qui ont reçu des soins postnataux dans les deux jours suivant l'accouchement.*

Des améliorations ont également été observées dans les cinq pays pour les soins postnataux dans les deux jours pour les mères adolescentes et adultes. Les résultats ont également montré des améliorations dans les cinq pays pour les soins postnataux des nouveau-nés garçons et filles, par rapport aux résultats de l'étude de base. Les taux de soins postnataux les plus élevés ont été signalés au **Nigeria**, suivi de **Haïti**. Alors que le Nigeria a enregistré les plus faibles niveaux de soins postnataux en deux jours, le projet a montré des progrès notables par rapport à l'étude de base. Pour les mères qui n'ont pas accès aux services de soins postnataux, le pourcentage de répondantes déclarant qu'elles n'en avaient « pas besoin » a diminué dans tous les pays, sauf au **Nigeria**. Dans les cinq pays, les infirmières et les sages-femmes étaient les principaux prestataires de services de soins postnataux.

Pour aider à assurer une grossesse saine, un accouchement sûr et la santé de leur nouveau-né, il est essentiel que les femmes en âge de reproduction et leurs partenaires soient conscients des signes de danger qui peuvent se produire au cours du continuum de soins. L'évolution des connaissances sur les signes de danger tout au long du continuum de soins diffère selon les pays, mais n'a pas montré d'améliorations constantes dans les cinq pays du projet SHOW. Au **Bangladesh**, des améliorations ont été constatées dans les trois groupes de répondants. Au **Ghana**, le nombre de mères adolescentes est resté stable, le nombre de mères adultes a diminué et le nombre de répondants masculins a augmenté. En **Haïti**, le nombre de mères adolescentes et de partenaires masculins a légèrement diminué, tandis que celui des mères adultes est resté stable mais faible. Au **Nigeria**, le nombre de mères adolescentes et adultes a diminué, et le nombre de répondants masculins a augmenté. Au **Nigeria**, les trois groupes ont diminué.

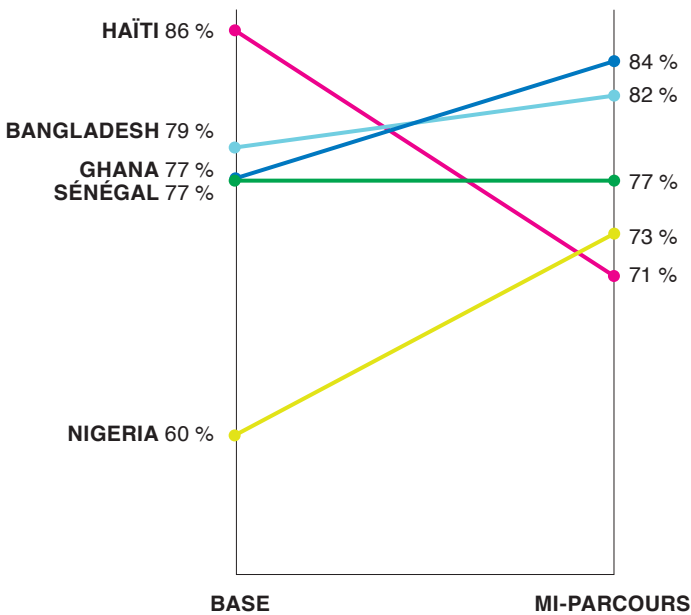
La sensibilisation aux signes de danger et les stratégies pour y faire face parmi les femmes en âge de reproduction et leurs partenaires masculins sont abordées par le biais de plusieurs interventions. Les conseils prodigués par les ASC dans le cadre des visites aux foyers constituent une intervention clé pour diffuser ces messages. Dans les cinq pays, environ 6 600 ASC (dont plus de 4 100 femmes) ont été formés sur la façon de prodiguer des conseils sexospécifiques complets aux femmes en âge de reproduction et à leurs partenaires lors des visites dans les foyers. En outre, ces messages sont délivrés par les prestataires de soins de santé lors des séances de consultation des soins prénataux et de diverses activités de communication pour le changement social et de comportements. Plus de 2 800 prestataires de soins (dont plus de 900 femmes) ont été formés à la fourniture de services de soins prénataux.

## SOUTIEN MASCULIN

Les attitudes et les activités des hommes soutenant l'utilisation par les femmes des services de SMNI/SSR, ainsi que la promotion d'attitudes et de comportements plus équitables entre les sexes dans les relations pour une meilleure prise de décision des femmes en âge de reproduction, est considérée comme essentielle à l'amélioration des résultats de santé et de la prise de décision liée à la santé des femmes en âge de reproduction. Les données à mi-parcours ont révélé que la connaissance des types de soutien masculin par les hommes s'est considérablement améliorée au **Nigeria** et marginalement au **Bangladesh** et au **Ghana**. Les Clubs de pères jouent un rôle essentiel dans la participation des hommes des communautés qui font partie du projet. Environ 1 000 Clubs de Pères ont engagé les hommes dans des masculinités positives pour améliorer la SMNI et la SDRS par le biais d'activités transformatrices en genre de groupe au niveau communautaire. Les données de suivi qualitatif recueillies par Plan International au **Ghana**, en **Haïti**, au **Nigeria** et au **Bangladesh** montrent que l'activité du Club de pères a permis de modifier considérablement les comportements. Ces résultats ont été incorporés au *2019 State of the World's Fathers Report* de Promundo..

L'importance de l'engagement masculin, comme l'aide aux tâches ménagères, l'éducation des enfants et la participation aux séances de soins prénataux avec leurs partenaires, est également renforcée par les ASC lors de leurs visites à domicile.

**FIGURE 1 :** % de partenaires masculins qui connaissent au moins deux types de soutien que les hommes peuvent apporter à leurs partenaires féminines pendant la grossesse.



L'engagement masculin est également présent dans les prestations de théâtre pour le développement et le matériel de communication pour le changement social et de comportements (affiches, émissions de radio, documentaires, etc.), ainsi qu'à travers l'engagement des chefs traditionnels et religieux et les actions communautaires de pair à pair menées par les champions masculins de l'égalité des sexes.

Les prestataires de soins de santé ont également reçu une formation sur la fourniture de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, y compris des stratégies pour promouvoir la participation des partenaires masculins.

Si l'on examine le niveau de soutien fourni par les membres masculins de la famille pour l'utilisation des services de SMNI/SSR, les résultats à moyen terme diffèrent dans les cinq pays. Alors que chaque pays a constaté une variété de tendances sur le continuum de soins, l'examen des résultats globaux (y compris les réponses des mères adolescentes et adultes ainsi que des membres masculins de la famille) révèle des augmentations entre l'étude de base et l'étude de mi-parcours au **Bangladesh**, en **Haïti** et au **Nigeria**, et des diminutions au **Ghana** et au **Nigeria**.





## RÔLE DES FEMMES AU SEIN DU MÉNAGE ET PRISE DE DÉCISION COMMUNAUTAIRE

Un pilier essentiel de la stratégie d'égalité des sexes du programme SHOW consiste à accroître la capacité d'action individuelle et collective des femmes et des filles, notamment en ce qui concerne les décisions relatives à leur santé, au sein du ménage et de la communauté en général. Cet objectif est complété par l'engagement masculin et les composantes de renforcement institutionnel qui cherchent à créer un environnement favorable à une prise de décision accrue par les femmes en âge de reproduction.

La plupart des répondants dans tous les pays du projet, pratiquement sans différences fondées sur le sexe ou l'âge, pensent que les femmes devraient participer à la prise de décision au sein du ménage. Les données à mi-parcours s'alignent étroitement sur les données de base à cet égard, avec une légère diminution constatée en moyenne dans les pays. On a demandé à tous les groupes de répondants de tous les pays du projet de préciser qui prend *effectivement* la décision principale sur les questions clés concernant les ménages.

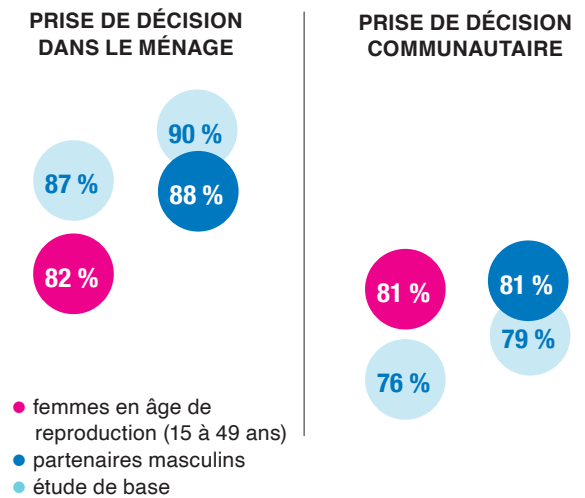
Les résultats à mi-parcours suggèrent que la plupart des mères adolescentes et adultes des pays du projet SHOW peuvent décider elles-mêmes des questions relatives à *l'allaitement*, et les répondants des deux groupes d'âge ont participé activement aux décisions concernant *l'accouchement* dans *les établissements de santé*. Bien qu'il y ait augmentation de l'étude de base à l'étude mi-parcours, les femmes en âge de reproduction de tous âges ont signalé leur plus faible niveau de participation aux décisions liées aux questions monétaires telles que la *gestion de l'argent disponible au niveau des ménages*. Dans tous les pays, les adolescentes et les femmes indiquent que les décisions relatives à la planification familiale sont de plus en plus souvent prises conjointement avec leurs partenaires. Une tendance similaire, mais moins prononcée, peut être observée en ce qui concerne la prise de décision sur l'utilisation des services prénataux (sauf pour **Haïti**).

La stratégie de SHOW en matière d'égalité des sexes prévoit un effort massif pour accroître la participation et le leadership des femmes et des adolescentes dans les structures communautaires et les processus décisionnels. En moyenne dans les pays du projet SHOW, on a constaté une hausse des répondants qui sont d'accord pour que les femmes participent à la prise de décision au niveau communautaire.

Malgré le soutien général en faveur de la participation des femmes à la prise de décision au niveau communautaire, la participation des femmes aux groupes communautaires organisés reste faible. Dans tous les pays, les mères adultes étaient plus susceptibles d'être membres que les mères adolescentes. Le **Nigeria** a connu le niveau de participation le plus élevé, avec 30 % des adolescentes et 47 % des mères adultes déclarant appartenir à des groupes communautaires. Les moins bons résultats ont été observés au **Nigeria**, où le niveau de conformité des personnes interrogées sur la participation des femmes aux groupes communautaires est le plus faible; 4 % des adolescentes et 6 % des mères adultes ont déclaré appartenir à une organisation communautaire.



FIGURE 2 : Pourcentage des femmes en âge de reproduction (15 à 49 ans) et de partenaires masculins qui pensent que les femmes devraient participer à la prise de décision au niveau du ménage et de la communauté (étude de base et étude à mi-parcours).



**NIVEAU DE SOUTIEN FOURNI PAR LES COLLÈGUES MASCULINS POUR LA PRISE DE DÉCISION DES FEMMES**, rapporté par les mères adolescentes et adultes membres d'organisations communautaires.

ÉTUDE DE BAS 46 %

ÉTUDE À MI-PARCOURS 83 %

En ce qui concerne le niveau de soutien des membres masculins des organisations communautaires pour parvenir à une décision sur les points de l'ordre du jour proposés par les femmes, les données à mi-parcours ont révélé une situation plutôt encourageante : dans **tous les pays du projet**, un très faible pourcentage des femmes en âge de reproduction considérait le niveau de soutien masculin comme *faible ou très faible*. Le soutien *très faible* ou *nul* n'a été mentionné qu'en **Haïti** et au **Bangladesh** : par 9 % des mères adolescentes et adultes en **Haïti**, et par 5 % des mères adolescentes au **Bangladesh**.

L'une des façons dont le projet vise à soutenir la participation des femmes et des adolescentes à la prise de décision au niveau du ménage et de la communauté est la création et le renforcement de groupes de soutien aux femmes et de groupes de pairs pour les adolescentes. Le projet investit dans un programme d'autonomisation ciblé qui brise les stéréotypes sexistes négatifs, développe les atouts personnels et sociaux, et permet aux femmes et aux adolescentes de travailler ensemble pour la promotion et la réalisation de l'égalité des sexes et des droits des filles. Parallèlement, des femmes influentes au sein des communautés et des ménages, telles que les grand-mères en **Haïti** et au **Nigeria**, les Queen Mothers au **Ghana**, s'engagent à promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles.

La création d'Associations Villageoises d'épargne et de Crédit (AVEC) contribue également à ce résultat. En plus de fournir une plate-forme de sensibilisation à l'égalité des sexes et à la SMNI/SDSR, les activités des AVEC offrent aux femmes la possibilité d'assumer des rôles de direction au sein de leur association. Les membres des AVEC ont reçu une formation sur le leadership des femmes, la gouvernance inclusive et l'égalité des sexes. On s'attend également à ce que la participation à ces groupes puisse renforcer le pouvoir de décision économique des femmes dans leur ménage.

**SHOW s'efforce d'accroître la participation des femmes à la gouvernance de la santé communautaire en sensibilisant à l'importance de la participation et du leadership des femmes en plus de la participation des adolescentes. Les CSC, qui soutiennent toutes les activités communautaires liées à la santé et servent également d'agents de liaison entre la communauté et les établissements de santé, ont été formés à la gouvernance inclusive en matière de genre et au leadership féminin.**

Au total, il existe 1 450 AVEC dans les cinq pays, et 18 400 groupes communautaires ont été sensibilisés à l'égalité des sexes, aux droits des femmes et des filles, à la SMNI/SDSR et à l'engagement des hommes par le biais d'approches transformatrices en genre, telles que les groupes de soutien aux femmes, les clubs de pères, les groupes d'adolescents.

**1 450**  
AVEC DANS  
5 PAYS

**18 400**  
GROUPES COMMUN  
AUTAIRES

## SERVICES OFFERTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS

Un élément clé du projet SHOW est la collaboration avec les établissements de santé publique et les ministères de la santé pour améliorer la qualité et la disponibilité des **services de SMNI/SSR sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents**.<sup>1</sup>

Résultats des établissements de santé	RÉSULTS GLOBAUX	
	ÉTUDE DE BASE	ÉTUDE À MI-PARCOURS
Pourcentage d'établissements de santé qui offrent des services de SMNI/SSR sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.	28 %	61 %
Pourcentage d'établissements de santé qui offrent des services de planification familiale sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.	17 %	27 %
Pourcentage d'établissements de santé qui offrent des services d'orientation sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.	47 %	46 %
Pourcentage d'établissements de santé qui disposent de méthodes d'élimination des déchets respectueuses de l'environnement.	54 %	80 %

Les données à mi-parcours montrent que le pourcentage d'établissements de santé offrant des services de SMNI/SSR sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents a augmenté au **Ghana**, en **Haïti**, au **Bangladesh** et au **Nigeria**, tout en restant stable au **Nigeria**. Pour ce qui est résultats sur les critères clés associés aux services de SMNI/SSR, les données à mi-parcours montrent que dans tous les pays, depuis l'étude de base, le pourcentage d'établissements de santé disposant de coins pour adolescents et de matériel IEC relatif à la grossesse/SDSRA a augmenté dans tous les pays sauf le **Nigeria**.

1. Pour évaluer si les établissements de santé offraient des services de SMNI/SSR sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, un ensemble de facteurs précis a été utilisé, y compris les questions liées aux infrastructures et aux services. Les facteurs à prendre en compte sont : la formation du personnel de l'établissement sur l'égalité entre les sexes et l'adaptation aux besoins des adolescents; la disponibilité de directives relatives à l'égalité des sexes et aux services adaptés aux besoins des adolescents; l'intimité suffisante pour les patients grâce à des chambres/zones séparées pour les consultations de conseil, les bilans de santé et l'allaitement; et l'hébergement des partenaires masculins/membres de la famille pendant les consultations de conseil.

## Le projet SHOW forme les prestataires de soins de santé à la prestation de services de SMNI/SSR sexospécifiques, adaptés aux besoins des adolescents et respectueux de l'environnement.

La formation des prestataires de services de santé comprenait le renforcement de leurs capacités en matière de compétences et de connaissances dans des domaines thématiques tels que soins prénataux; soins postnataux; planification familiale (FP); prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles; accouchement vaginal normal; prévention des infections; gestion du troisième stade du travail; hémorragie antepartum et hémorragie postpartum, et éclampsie; alimentation du nourrisson et du jeune enfant; soins post-avortement; gestion des déchets biomédicaux; supervision de soutien; audits de décès maternels et néonataux; et normes pour des services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.

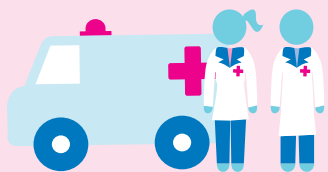


Le projet SHOW travaille également avec les établissements de santé et les ministères de la santé afin d'améliorer la qualité et la disponibilité de services de **planification familiale (PF) sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents**.<sup>2</sup>

Les indicateurs de l'étude de base étaient généralement très faibles, et le pourcentage d'établissements offrant des services de planification familiale sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents a augmenté dans tous les pays, sauf au **Bangladesh** (l'augmentation au **Nigeria** a été très faible). Sur la base des données à mi-parcours, il a été observé que la plupart des établissements de santé échantillonnés ont fourni des explications détaillées sur les avantages du report et de l'espacement des grossesses et ont également fourni des explications sur les différentes options contraceptives disponibles.

En ce qui concerne les établissements de santé qui offrent des **services d'orientation sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents**, les données à mi-parcours montrent de fortes augmentations au **Ghana** et en **Haïti**, mais des diminutions au **Bangladesh**, au **Nigeria** et au **Nigeria**. Les principaux sujets de discussion pendant la période d'orientation étaient de s'assurer auprès des patients qu'ils pouvaient être accompagnés par leur famille, d'expliquer la raison de l'orientation, de suggérer des méthodes de transport et d'écouter et de répondre à toute préoccupation que les patients pourraient avoir.

Les activités renforçant les services d'orientation dans les cinq pays comprennent la formation des prestataires de soins de santé et des chauffeurs d'ambulance aux protocoles d'orientation sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, à la sécurité du transport, en plus du développement de la sensibilisation maternelle et du suivi des références (MART) au **Bangladesh** et des directives d'orientation des États au **Nigeria**. Au **Bangladesh**, ces formations ont également permis de tirer parti des solutions TIC, tandis qu'au **Nigeria**, des réunions de sensibilisation ont été organisées avec les autorités locales sur le renforcement des réseaux de référence communautaires.



L'un des principaux objectifs du projet SHOW est d'aider les établissements de santé à utiliser des **méthodes d'élimination des déchets sans danger pour l'environnement** dans les cinq pays du projet<sup>3</sup>. Les données à mi-parcours ont montré une augmentation de la proportion des établissements de santé échantillonnés qui utilisent des méthodes d'élimination des déchets sans danger pour l'environnement dans tous les pays, sauf au **Nigeria**, où les résultats sont restés stables depuis l'étude de base. Au **Bangladesh**, des améliorations significatives ont été constatées dans le domaine des procédures d'élimination des déchets et des bacs de couleur séparés pour l'élimination des déchets. Au **Ghana**, la proportion d'établissements de santé échantillonnés ayant une procédure d'élimination des déchets a augmenté. En **Haïti**, beaucoup plus d'établissements de santé ont déclaré disposer de bacs de couleur séparés pour l'élimination des déchets.

Au **Bangladesh**, le projet a permis de fournir du matériel et des fournitures à 71 établissements et de poursuivre les projets de fosses à placenta et de fosses d'enfouissement protégées (deux domaines où les résultats à mi-parcours sont restés faibles). Au total, 40 installations au **Ghana**, 11 en **Haïti**, 236 au **Nigeria** et 48 au **Nigeria** ont été dotées de matériel et de fournitures.

2. Pour évaluer si les établissements de santé offraient des services de SMNI/SSR sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, un ensemble de facteurs précis a été utilisé, y compris les questions liées aux infrastructures et aux services. Les facteurs à prendre en compte sont : la formation du personnel de l'établissement sur l'égalité entre les sexes et l'adaptation aux besoins des adolescents; la disponibilité de directives relatives à l'égalité des sexes et aux services adaptés aux besoins des adolescents; l'intimité suffisante pour les patients grâce à des chambres/zones séparées pour les consultations de conseil, les bilans de santé et l'allaitement; et l'hébergement des partenaires masculins/membres de la famille pendant les consultations de conseil.

3. Pour évaluer si les établissements de santé échantillonnés disposent de méthodes d'élimination des déchets respectueuses de l'environnement, un indicateur composite a été élaboré à partir de plusieurs critères clés, notamment la disponibilité a) d'une procédure d'élimination des déchets, b) d'un incinérateur fonctionnel, c) d'une fosse à placenta fonctionnelle, d) de bacs de couleur séparés pour l'élimination des déchets et e) de boîtes sécurisées pour l'élimination des objets pointus.



## ANALYSE DES DONNÉES SUR LES ADOLESCENTS

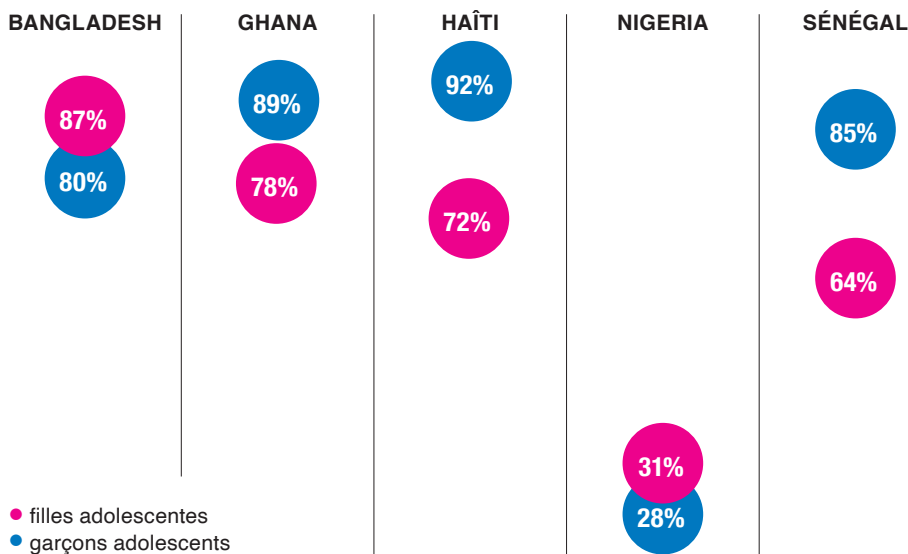
Le volet « adolescents » de l'étude à mi-parcours a été conçu pour mieux comprendre le niveau de sensibilisation et de connaissance des questions de SDRS chez les adolescents, filles et garçons, de 15 à 19 ans. Il n'a été possible d'enregistrer les perceptions des adolescents que lorsque la stratégie SDRS complète du projet a été élaborée et que la stratégie du projet pour les adolescents non mariés et la formation des groupes d'adolescents ont pu être définies pour chaque pays. Pour cette raison, les données sur les adolescents n'ont pas été recueillies lors de l'étude de base.<sup>4</sup>



## SOURCES D'INFORMATION SDRS POUR LES ADOLESCENTS, FILLES ET GARÇONS

Les données à mi-parcours au **Bangladesh**, au **Ghana** et en **Haïti** ont montré qu'environ trois quarts des adolescents avaient le sentiment qu'il y avait des personnes dans la communauté dont ils pouvaient recevoir des informations sur les services SDRS. Au **Nigeria**, ce taux était proche d'un tiers, tandis qu'au **Nigeria**, il était plus bas pour les filles que pour les garçons. Les mères

**FIGURE 3 :** Pourcentage d'adolescents, filles et garçons, ayant déclaré qu'il y avait une personne disponible dans leur communauté pour fournir des informations sur la santé et les droits sexuels et reproductifs.



étaient une source d'information importante pour les adolescentes, tandis que les garçons adolescents ont indiqué que les amis étaient une source clé. Au **Ghana** et au **Nigeria**, les adolescents, garçons et filles, ont indiqué que les enseignants étaient une source d'information importante. Dans tous les pays, sauf le **Nigeria** et le **Bangladesh**, plus de garçons que de filles ont déclaré avoir accès aux informations sur la SDRS.

En ce qui concerne la santé menstruelle, la majorité des filles, dans les deux groupes d'âge (15 à 17 et 18 à 19 ans) de tous les pays, ont déclaré avoir reçu des informations, en particulier de leur mère. Une proportion non négligeable de filles dans le groupe d'âge des 15 à 17 ans, tant en **Haïti** qu'au **Nigeria**, a toutefois déclaré n'avoir personne pour discuter des questions de santé menstruelle.

L'une des principales interventions de SHOW ciblant les adolescents non mariés sont les groupes d'adolescents, qui servent de plate-forme de sensibilisation aux questions de SMNI, de SDSRA et d'égalité des sexes. Les Champions du changement (CdC) en **Haïti** et l'éducation élargie par les pairs dans tous les pays, qui reprennent les thèmes principaux du CdC, sont des interventions stratégiques du programme qui non seulement renforcent l'estime de soi mais encouragent aussi les adolescents à aller de l'avant et à jouer un rôle significatif dans les espaces de participation et de prise de décision au sein des ménages et des communautés. Ces sessions de CdC et d'éducation par les pairs, dirigées par des animateurs formés et utilisant un programme approuvé par le gouvernement, offrent une plate-forme aux adolescents, filles et garçons, pour discuter de la physiologie et des questions relatives à la santé sexuelle et reproductive tout en comprenant leurs droits sexuels et reproductifs.

En outre, les sessions de la Soirée avec les adolescents entre les dirigeants communautaires et les adolescents, les matériels d'IEC et de communication pour le changement social et de comportements et le théâtre pour le développement ont tous des composantes axées sur la SDSRA et contribuent à sensibiliser les adolescents aux questions de SMNI, de SDSRA et d'égalité des sexes.

4. Le critère d'inclusion utilisé pour l'échantillonnage des enquêtes auprès des adolescents était constitué d'adolescents, filles et garçons (âgés de 15 à 19 ans) sans enfant vivant, qui étaient principalement membres de groupes d'adolescents soutenus par le projet. Cependant, ce n'était pas le cas au Nigeria, car les groupes d'adolescents étaient encore en cours de formation au moment de la collecte des données. Au Nigeria, les adolescents ont été sélectionnés dans les communautés où le processus de formation de groupe était en cours.



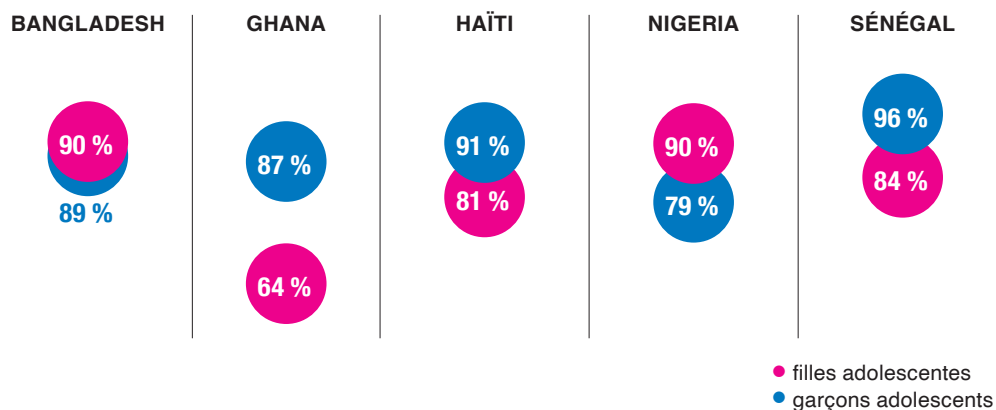
## CONNAISSANCE ET ACCÈS DES ADOLESCENTS AUX MÉTHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les données à mi-parcours ont montré une variété de résultats en termes de connaissance de la contraception moderne. La majorité des adolescents, garçons et filles, dans les deux groupes d'âge et dans tous les pays, connaissaient les méthodes contraceptives modernes, ont cité l'utilisation de contraceptifs comme moyen d'éviter une grossesse, les préservatifs/injectables/pilules étant le plus souvent cités comme étant la contraception qu'ils connaissaient.

Les connaissances des garçons adolescents étaient plus élevées que celles des filles dans tous les pays, à l'exception du **Bangladesh** et du **Nigeria**. La majorité des adolescents des deux sexes étaient également conscients du fait que les filles peuvent tomber enceintes en ayant des rapports sexuels une seule fois.

La source d'information sur les contraceptifs modernes a également été mentionnée dans le cadre des données de mi-parcours. Les médias, en termes de télévision et de radio, ainsi que les événements communautaires, les discussions sur l'éducation et les cours scolaires ont été considérés dans tous les pays par les adolescents et les adolescentes comme des sources d'information importantes. En ce qui concerne les personnes à qui elles s'adresseraient pour obtenir des informations sur les moyens de contraception modernes, la plupart des adolescentes de tous les pays ont indiqué qu'elles comptaient sur leurs mères, leurs sœurs, leurs amies, leurs professeurs et leurs médecins/infirmières. La majorité des adolescents ont déclaré qu'ils comptaient sur leurs amis, leurs enseignants, puis sur les médecins et les infirmières.

FIGURE 4 : Pourcentage d'adolescents, filles et garçons, qui ont entendu parler des méthodes contraceptives modernes.



## CONNAISSANCE DES IST ET DES AVANTAGES DE RETARDER LA GROSSESSE ET DE L'ESPACEMENT DES NAISSANCES

La grande majorité des adolescents interrogés dans tous les pays avaient entendu parler du VIH/SIDA – les filles de 15 à 17 ans ont déclaré être les moins sensibilisées (86 %) tandis que les filles de 18 à 19 ans et les garçons de 18 à 19 ans en **Haïti** ont déclaré être les plus sensibilisés (100 %). Le pourcentage d'adolescents, filles et garçons, qui connaissaient des informations factuelles sur le VIH/SIDA était également élevé dans tous les pays, notamment des informations sur la manière de réduire le risque de contracter le VIH/SIDA et sur le mode de propagation du virus. Toutefois, un certain nombre d'idées fausses ont encore été exprimées par une partie des personnes interrogées, comme la croyance selon laquelle le VIH/SIDA est causé par des esprits maléfiques, que le VIH/SIDA se transmet uniquement par voie sexuelle et que les femmes ne peuvent pas être infectées par le VIH/SIDA si elles n'ont de relations sexuelles qu'avec leur mari. Le taux de connaissance des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les adolescents, garçons et filles, était considérablement inférieur à celui de la connaissance du VIH/SIDA.

FIGURE 5 : Pourcentage d'adolescents, filles et garçons, qui ont entendu parler du VIH/SIDA.

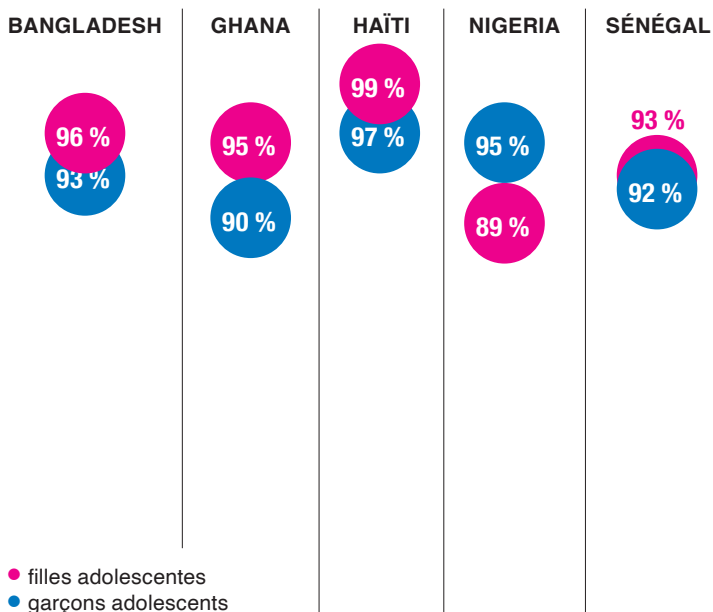
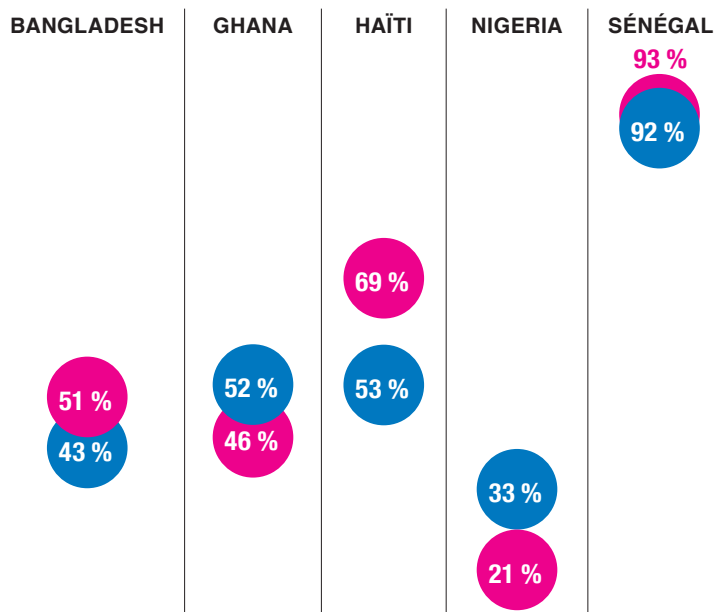


FIGURE 6 : Pourcentage d'adolescents, filles et garçons, qui ont entendu parler d'autres infections sexuellement transmissibles



Les résultats étaient mitigés en ce qui concerne la connaissance des avantages de retarder la grossesse. Un pourcentage élevé de personnes interrogées au **Bangladesh** (83 à 94 %) ont déclaré qu'il y avait des avantages à retarder la grossesse. Au **Nigeria**, quel que soit le groupe d'âge et le sexe des personnes interrogées, la sensibilisation aux avantages de retarder la grossesse est relativement faible, moins de 40 % des personnes interrogées.

Dans les autres pays, les résultats varient de 44 à 77 %, les adolescentes plus âgées (sauf en **Haïti**) affichant les connaissances les plus élevées. Les réponses variaient également selon les pays et les groupes d'âge et de sexe en ce qui concerne les connaissances sur les avantages de l'espacement des grossesses. Un pourcentage élevé de personnes interrogées dans les

FIGURE 7 : Pourcentage d'adolescents, filles et garçons, qui connaissent les avantages à retarder la grossesse.

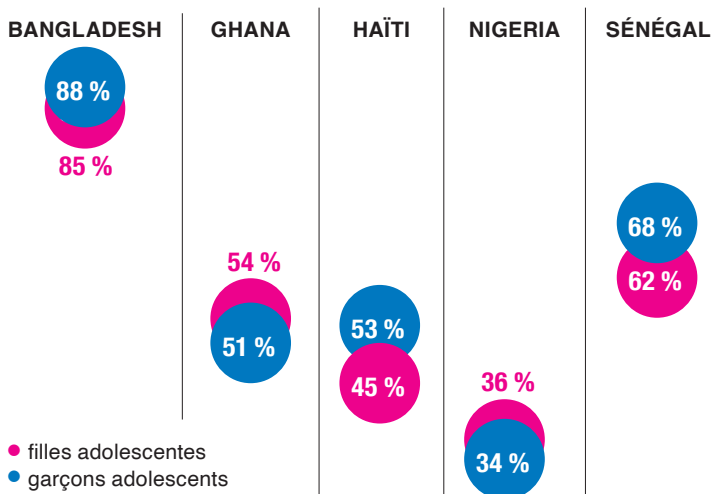
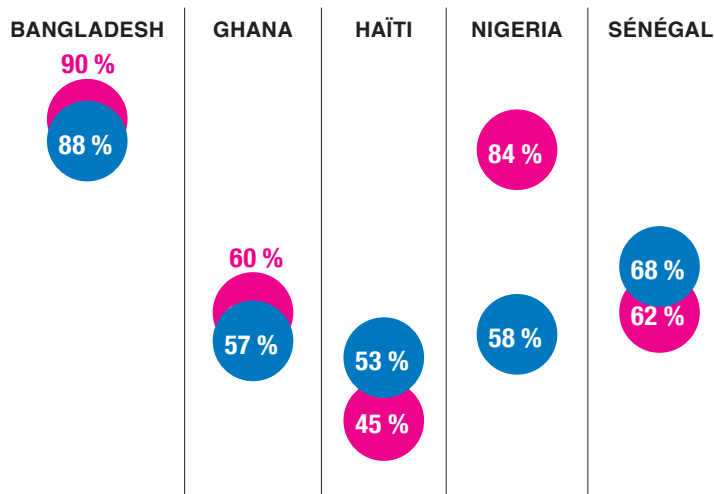


FIGURE 8 : Pourcentage d'adolescents, filles et garçons, qui connaissent les avantages de l'espacement des grossesses.





deux groupes d'âge et les deux sexes au **Bangladesh** ont déclaré que l'espacement des grossesses présentait des avantages. Le pourcentage de filles des deux groupes d'âge est également élevé au **Nigeria**, mais nettement moins chez les garçons adolescents. En **Haïti**, quel que soit le groupe d'âge et le sexe des personnes interrogées, la sensibilisation aux avantages de l'espacement des grossesses semble relativement faible, soit environ 50 % dans l'ensemble. En général, les jeunes adolescents semblent moins conscients des avantages de l'espacement des grossesses que les adolescents plus âgés.

## ACCÈS ET PRISE DE DÉCISION DES ADOLESCENTS SUR LES SERVICES DE SSR

En ce qui concerne les obstacles à l'accès aux services SDRS, les données à mi-parcours ont montré que la perception des adolescents, filles et garçons, est que les adolescentes non mariées rencontrent plus de résistance et de désapprobation que les adolescentes mariées en termes d'évaluation des services SDRS. Les principales raisons de cette résistance ou désapprobation étaient des raisons religieuses et la stigmatisation.

En ce qui concerne la prise de décision en matière de SDRS, l'enquête à mi-parcours a demandé aux adolescents, jeunes et plus âgés, filles et garçons, si les adolescentes non mariées ou mariées avaient le droit de refuser des rapports sexuels avec leur mari ou partenaire. Les résultats globaux de tous les pays ont montré qu'un pourcentage plus élevé de personnes interrogées estimait que les adolescentes non mariées avaient davantage le droit de refuser des rapports sexuels que les adolescentes mariées.

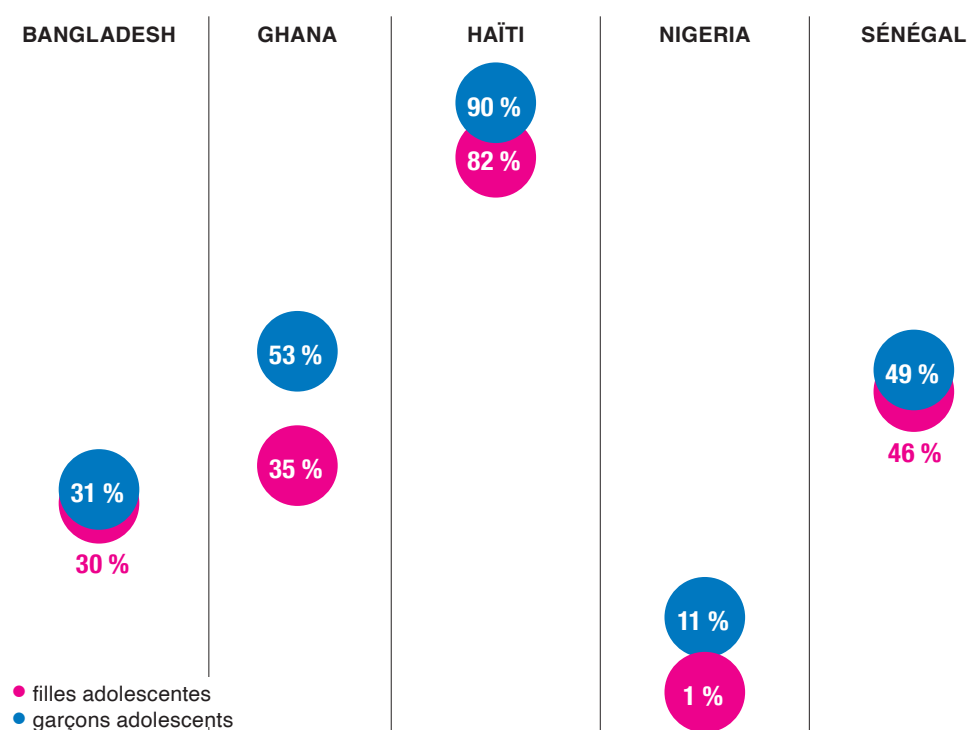
## PERCEPTIONS DES ADOLESCENTS SUR LA PRISE DE DÉCISION AU NIVEAU DU MÉNAGE ET DE LA COMMUNAUTÉ

L'enquête demandait aux répondants de rendre compte de leur participation à la prise de décision au sein du ménage et de la communauté. Les répondants de tous les pays ont indiqué que les décisions devraient être prises collectivement avec les parents concernant diverses questions, telles que la possibilité de travailler ou non en dehors du foyer, la possibilité de rechercher des informations sur la santé sexuelle et reproductive pour eux-mêmes, la possibilité de rechercher des services de santé sexuelle et reproductive pour eux-mêmes, la possibilité d'avoir une relation amoureuse ou non, et autres.

L'enquête mesure les perceptions des adolescents concernant la fréquence de la participation des filles et des garçons au processus décisionnel de la communauté. Les répondants ont indiqué que la participation active des adolescents, filles et garçons, à la prise de décision est assez fréquente en **Haïti**, modérée au **Nigeria**, au **Bangladesh** et au **Ghana**, mais pas si fréquente au **Nigeria**.

On observe une légère variation entre les filles et les garçons au **Ghana** et au **Nigeria**, les garçons indiquant un niveau de participation plus élevé dans les deux cas. En outre, les adolescents, filles et garçons, de 18 à 19 ans ont déclaré avoir participé un peu plus que leurs homologues de 15 à 17 ans, à l'exception du **Nigeria**.

**FIGURE 9 :** Pourcentage d'adolescents, filles et garçons, qui déclarent que les adolescents participent toujours ou souvent à la prise de décision au sein de leur communauté.



Les répondants indiquent également les raisons pour lesquelles les adolescents, garçons et filles, ne participent pas activement à la prise de décision au niveau communautaire. Les raisons les plus souvent citées sont le fait d'être trop occupé par l'école, le manque de compétences ou de capacités, le fait de ne pas être informé de la réunion et la tendance des adultes à prendre en charge la discussion dans tous les pays du projet. L'acceptation culturelle ou sociale des adolescents semble être un problème au **Ghana**, au **Nigeria** et au **Nigeria**. En outre, les personnes interrogées ont indiqué que les adolescentes du **Nigeria** et du **Nigeria** ne participent pas à la prise de décision au niveau communautaire parce qu'elles estiment que ce n'est pas leur rôle.



# Canada

Pour en savoir plus et participer, visitez [plancanada.ca](http://plancanada.ca)



## Plan International Canada Inc.

### Bureau national

245, avenue Eglinton Est  
Bureau 300  
Toronto, ON M4P 0B3  
Canada

### Bureau d'Ottawa

130, rue Slater  
Bureau 1350  
Ottawa, ON K1P 6E2  
Canada

416 920-1654  
1 800 387-1418  
[info@plancanada.ca](mailto:info@plancanada.ca)  
[plancanada.ca](http://plancanada.ca)



Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance de l'ARC 11892 8993 RR0001

© 2020 Plan International Canada Inc. Les noms, marques et logos associés de Plan international Canada et Parce que je suis une fille sont des marques de commerce de Plan International Canada Inc.

\*La marque de confiance du Programme des normes est une marque d'Imagine Canada utilisée sous licence par Plan International Canada.