



Termes de références de l'étude de base du projet « Renforcement des capacités des adolescents et des jeunes à exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso »

Avril 2020

1. Contexte

Depuis la tenue au Caire en 1994 de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), l'approche visant l'amélioration des droits de la personne humaine en général et des droits des individus en matière de santé sexuelle et de la reproduction en particulier a été intégrée dans les priorités de développement au Burkina Faso. Cela s'est traduit par la mise en place d'un cadre légal approprié dont (i) la Loi N° 049-2005/AN du 21 décembre 2005 portant Santé de la Reproduction ; (ii) loi n°030-2008/AN du 20 Mai 2008 portant lutte contre le VIH/SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et ; (iii) la loi N° 061-2015/CNT portant prévention, répression et réparation des violences à l'égard des femmes et des filles, et prise en charge des victimes adoptée le 06 septembre 2015. Malgré ce cadre légal mis en place pour créer un environnement favorable au changement des normes sociales, des perceptions négatives portées à la sexualité des adolescent(e)s et jeunes, l'acceptation des violences du fait des "normes" et représentations sociales, et de l'insuffisance générale des connaissances sur ces droits, l'accès des adolescent(es) et des jeunes aux services de santé de la reproduction et leur recours à la justice en cas de violence restent toujours un défi, limitant ainsi l'expression de leurs droits en matière de santé sexuelle et de la reproduction.

Ceci se traduit par une forte fécondité des adolescentes et jeunes. En effet, selon l'enquête Multisectorielle, Module Démographie et Santé réalisée par l'institut national de la statistique et de la démographie en 2015, le taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans est 117 pour mille ; ce taux est de 241 pour mille pour les adolescentes de 20-24 ans. Par ailleurs, selon l'EDS IV, le pourcentage des adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie féconde (ont eu une naissance vivante ou enceintes d'un premier enfant) était de 23,8% pour l'ensemble du pays avec une prépondérance en milieu rural (29,2%) par rapport au milieu urbain (12,6%). Cette forte fécondité s'explique en partie par l'accès limité ou inexistant aux services et aux informations en matière de santé et droit sexuels et reproductifs de qualité et confidentiels notamment la contraception. Celle-ci engendre des conséquences néfastes sur la santé de ce groupe cible, notamment la précocité des rapports sexuels non protégés chez les adolescentes et les jeunes, les grossesses précoces et non désirées, les IST et le VIH/SIDA. En outre, 68,6% des filles adolescentes et jeunes de 15-24 ans ont déjà eu des rapports sexuels dont 44% pour les 15-19 ans et 93% pour les 20-24 ans.

Les MGF et le mariage des enfants sont fréquemment pratiqués par la quasi-totalité des communautés. Au niveau national, la prévalence de l'excision est de 67,3% pour les tranches d'âge de 15 à 49 ans. Dans la région du Centre la prévalence des MGF est de 1,6% pour les 0-14 ans tandis que cette prévalence est de 7,6% dans la région du Centre-Ouest (EMC-MDS 2015). Quant au mariage des enfants, on note que 49% des femmes de 20-49 ont contracté le mariage avant l'âge de 18 ans. Dans la région du Centre, ce sont 26,7% des femmes de 20-49 qui ont contracté le mariage avant l'âge de 18 ans contre 40,3% dans la région du Centre Ouest. Ces pratiques néfastes ont des répercussions négatives sur les droits sexuels et reproductifs des femmes notamment des jeunes filles. En effet, on estime que chaque année, 800 femmes sont victimes des fistules obstétricales au Burkina Faso et que 65% de ces cas de fistules obstétricales se produisent chez les filles de moins de 18 ans. En ce qui concerne le

mariage des enfants, il entraîne la déscolarisation des filles ; toutes choses qui renforcent la restriction de leurs connaissances, de leurs compétences et, secondairement perpétuent les inégalités de sexes.

Malgré les efforts déployés ces dernières années par le gouvernement et ses partenaires au développement, de nombreux défis persistent pour le plein exercice des droits en matière de santé sexuelle et reproductive et pour l'accès à l'information et à des services de qualité en matière de SRAJ. Nombreux sont ceux et celles qui ne bénéficient pas d'accès à un éventail de services de qualité, en particulier des services liés à la grossesse et à la prévention, au dépistage et au traitement du VIH et des autres IST. L'après-2015 offre donc au Burkina Faso la possibilité pour impulser la promotion du développement et les engagements relatifs aux droits humains.

Ainsi, du fait de sa longue expérience et son expertise dans ces domaines, l'UNFPA a bénéficié d'un financement du Japon pour la mise en œuvre d'un projet dénommé « renforcement des capacités des adolescents et des jeunes à exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso ». Comme dans tout dispositif normal de la gestion de projet, une étude de base s'impose. Cette étude permettra de fournir aux partenaires de mise en œuvre du projet les informations nécessaires devant permettre non seulement de mieux orienter les interventions mais aussi de mieux apprécier les résultats du projet.

2. Objectifs du projet et principales stratégies d'intervention du projet

L'objectif du projet est de renforcer les capacités des adolescent(e)s et jeunes des sites d'intervention du projet à exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive. Pour ce faire, le projet adressera les questions relatives aux droits et services de santé sexuelle et de la reproduction à travers quatre résultats stratégiques :

- **Produit 1 :** Les adolescent(e)s et jeunes des sites d'intervention du projet ont davantage accès aux informations et aux services de santé et droits sexuels et reproductifs
- **Produit 2 :** Les adolescent(e)s et jeunes des sites d'intervention du projet disposent des connaissances et compétences nécessaires pour plaider en faveur de leur santé et droits sexuels et reproductifs
- **Produit 3 :** Des services de santé de qualité sont fournis aux adolescent(e)s et jeunes des sites d'intervention du projet par les formations sanitaires cibles du projet
- **Produit 4 :** Un environnement favorable à l'exercice de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescent(e)s et jeunes est créé dans la zone d'intervention du projet

Pour réaliser ces produits, quatre stratégies seront utilisées : (i) accès aux informations et aux services de SDSR (en recourant à la paire éducation); (ii) renforcement des connaissances et compétences des adolescents et des jeunes en matière de plaidoyer ; (iii) fourniture de services de santé sexuelle et reproductive de qualité aux adolescents et jeunes ; (iv) création d'un environnement favorable à la promotion de la SDSR. La création d'un environnement favorable se fera à travers l'identification et le renforcement des capacités (formation, mise à

disposition d'outils de communication et de plaidoyer, partage d'expériences en ligne avec des adultes japonais) des adolescents/jeunes et d'adultes favorables à la SDSR.

3. Objectifs et champ de l'étude de base

L'enquête de base couvre quatre districts sanitaires dont deux dans la région du Centre (Bogodogo et Sig Nonghin) et deux dans la région du Centre Ouest (Sabou et Réo) et vise à assurer l'efficacité et l'efficacités de la mise en œuvre du projet sur la base des changements opérés à travers les produits, effets des interventions en faveur des adolescents et des jeunes. En outre, elle permettra de circonscrire la situation de référence afin de disposer des informations et des indicateurs précis sur les différents secteurs concernés par le projet, et d'améliorer le suivi-évaluation pour la mise à jour continue des changements et faciliter l'analyse des progrès induits à la fin du projet.

De façon spécifique, il s'agit de :

- Déterminer le niveau de connaissances des adolescents et des jeunes en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs (SDSR);
- Analyser les comportements, attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive;
- Identifier les barrières socioculturelles qui réduisent l'accès des adolescents et des jeunes filles aux informations et aux services de SSR ;
- Identifier les sources de messages et d'informations sur la SDSR ;
- Déterminer les valeurs de références des indicateurs contenus dans le tableau 1;
- Formuler des recommandations pertinentes pour orienter la mise en œuvre du projet.

Tableau 1 : Liste des indicateurs pour lesquels les valeurs de références doivent être déterminées

Impact	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage des adolescents ayant déjà eu une grossesse 2. Pourcentage des adolescentes et des jeunes mariées avant l'âge de 15 ans et de 18 ans 3. Pourcentage des enfants et adolescentes de 0-14 ans excisées 4. Espérance de vie scolaire
Effet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niveau de connaissance des adolescents et des jeunes en matière de santé et droits sexuels et reproductifs 2. Pourcentage des adolescents et des jeunes ayant déjà reçu des services de santé et droits sexuels et reproductifs (y compris la planification familiale) 3. Niveau d'engagement des leaders communautaires (députés, chefs de communauté, chefs religieux, etc.) en faveur des services santé et droits en matière de SR des adolescents et des jeunes
Produit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niveau de satisfaction des adolescents par rapport aux services de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes

	2. Pourcentage des formations sanitaires offrant des services adaptés aux adolescents et jeunes.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Résultats attendus

- Les comportements, attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes en matière de santé et droits sexuels et reproductifs sont analysés ;
- Les barrières socioculturelles qui réduisent l'accès des adolescents et des jeunes filles aux informations et aux services de SSR sont identifiées et analysées;
- Les sources de messages et d'informations sur la SDSR sont identifiés ;
- Les valeurs de références des indicateurs ciblés (tableau 1) sont connues ;
- Des recommandations pertinentes sont formulées pour orienter la mise en œuvre du projet.

5. Profil et tâches des consultants

L'étude sera réalisée par un bureau d'études légalement installé au Burkina Faso et à jour de ses obligations fiscales. Les évidences justifiant de la légalité et de paiement des obligations fiscales doivent être incluses dans le dossier de candidature. En outre, le bureau d'études fournira les ressources humaines compétentes pour la réalisation d'un travail de bonne qualité. Les compétences minimales suivantes sont requises :

Consultant principal

- Etre titulaire d'un diplôme de troisième cycle en sciences sociales ou équivalent (santé publique, Démographie, Economie, Statistique, sociologie ou tout autre diplôme des sciences sociales jugés équivalent) ;
- Avoir au moins sept (7) ans d'expérience en matière de recherches et d'évaluation de projets et programmes ;
- Avoir une bonne connaissance en matière de santé et droits sexuel et reproductifs des adolescents et jeunes et de planification familiale;
- Avoir une grande expérience en matière de collecte et d'analyse des données quantitatives et qualitatives ; ;
- Avoir une excellente capacité de rédaction et de communication en français;
- Avoir une excellente capacité de présentation avec une bonne maîtrise des outils informatiques (Internet, World, Excel et Powerpoint).

Consultant associé démographe ou statisticien

- Etre titulaire d'un diplôme universitaire niveau BAC+5 au moins en Démographie ou en Statistique ;
- Avoir une expérience avérée en matière de sondage, de traitement et d'analyse de données ;
- Avoir au moins trois (3) ans d'expérience en matière d'étude ou d'évaluation des projets/ programmes ;

- Avoir une bonne connaissance en matière de santé de la reproduction des adolescents et jeunes et de planification familiale;
- Avoir une excellente capacité de rédaction et de communication en français;
- Avoir une excellente capacité de présentation avec une bonne maîtrise des outils informatiques (World, Excel et Powerpoint, logiciels d'analyse statistique).

6. Tâches du Bureau d'études

Les principales tâches du bureau d'études sont :

1. Elaborer un rapport de démarrage comprenant une méthodologie détaillée et les outils de collecte des données;
2. Participer à l'atelier de validation du rapport de démarrage et intégrer les observations qui en seront issues;
3. Collecter les données sur le terrain ;
4. Elaborer le rapport provisoire de l'étude;
5. Intégrer les contributions et les commentaires et observations des participants et rédiger le rapport final.

7. Méthodologie

Le bureau d'études travaillera sous la supervision d'un comité qui facilitera l'accès à la documentation nécessaire et les contacts avec les structures et personnes ressources pour la conduite de l'étude. Les phases d'exécution de l'étude comprennent essentiellement une réunion de cadrage et un atelier de restitution des résultats. La réunion de cadrage aura lieu au début de la mission entre le bureau d'études et le comité de pilotage.

Le bureau d'études veillera au recrutement du personnel de terrain pour la collecte des données et pour leur traitement. En outre, il fournira au comité de pilotage un rapport d'étape immédiatement à la fin de la collecte.

8. Produits livrables

Quatre produits livrables sont attendus du bureau d'études au cours du processus de réalisation de l'étude. Il s'agit (i) du rapport de démarrage, (ii) du rapport provisoire ; (iii) du rapport final de l'étude ; et (iv) des Photos / Vidéos prises sur le terrain.

- **Rapport de démarrage**

Le bureau d'études fournira un rapport de démarrage comprenant la méthodologie détaillée et les outils de collecte des données qui devra être validé par un comité restreint.

- **Le rapport provisoire de l'étude**

Un rapport provisoire de l'étude de 50 pages maximum (sans les annexes), dont un résumé exécutif de 4 pages maximum, sera produit en **français et en anglais**.

- **Le rapport final de l'étude**

Après validation du rapport provisoire, le bureau d'études disposera de deux semaines pour la prise en compte des amendements et observations issus de l'atelier de validation avant transmission du rapport final à l'UNFPA.

Le rapport final doit être de haute qualité rédactionnelle et analytique produit en deux (02) exemplaires formats papier A4 et sous supports numériques (clé USB).

9. Rôles et responsabilité des acteurs

Quatre principaux acteurs sont impliqués dans la conduite de l'étude notamment UNFPA ; JOICFP ; ABBEF et KIMI. Les rôles et responsabilités sont contenus dans le tableau 2.

Tableau 2 : Rôles et responsabilités des principaux acteurs

Activité	UNFPA	JOICFP	ABBEF & KIMI
Elaborer les termes de références de l'étude	X	X	
Publier l'avis de recrutement des consultants	X		
Fournir les fonds et la logistique au consultant	X		
Fournir l'assistance technique nécessaire aux consultants pour la conduite de l'étude	X	X	
Superviser et / ou coordonner les activités du consultant	X		
Amender rapport de démarrage et d'étude soumis et fournir des contributions techniques	X	X	X
Demander l'autorisation du comité d'éthique	X		
Amender le rapport provisoire		X	
Organiser l'atelier de validation du rapport	X		
Collaborer avec JOICFP pour la publication du rapport d'étude	X		
Collaborer avec l'UNFPA - Bureau du Burkina pour la publication du rapport d'étude		X	
Fournir les documents de projet et les informations nécessaires	X		X
Faciliter la collecte des données sur le terrain	X		X

10. Durée de la consultation et chronogramme indicatif

La durée d'exécution de l'étude est fixée à quarante cinq jours à compter de la date de signature du contrat. Le tableau 3 présente le chronogramme indicatif de l'étude.

Tableau 3 : Chronogramme indicatif de l'étude

Activité	Plage de temps	Responsable
Draft de termes de références	1 juin	UNFPA, JOICFP
Amendement des termes de références par les parties prenantes	2 au 9 juin	UNFPA, JOICFP
Finalisation des termes de références	10 juin	UNFPA
Avis de recrutement des consultants	15 juillet	UNFPA
Réception des offres	31 juillet	UNFPA

Activité	Plage de temps	Responsable
Mise en place du comité technique	31 juillet	UNFPA
Evaluation des offres	10 août	Comité technique
Résultats des offres	17 août	UNFPA
Élaboration de du rapport de démarrage (méthodologie et des outils de collecte)	24 au 29 août	Consultant
Soumission du rapport de démarrage	1 ^{er} septembre	Consultant
Révision du rapport de démarrage	8 septembre	Comité technique
Finalisation du rapport de démarrage (méthodologie et des outils de collecte)	15 septembre	Consultant
Demande d'autorisation du comité d'éthique	15 septembre au 15 octobre	Consultant
Formation des agents de collecte	19 au 23 octobre	Consultant
Collecte des données sur le terrain	26 au 31 octobre	Consultant
Saisie des données	02 au 06 novembre	Consultant
Apurement de la base de données	09 novembre au 13 novembre	Consultant
Analyse des données	16 novembre au 19 novembre	Consultant
Soumission des résultats de l'analyse des données	20 novembre	Consultant
Rédaction du rapport	20 au 29 novembre	Consultant
Soumission du rapport d'analyse	30 novembre	Consultant
Amendement du rapport d'analyse	2 au 7 décembre	Comité technique
Atelier de validation du rapport	9 décembre	UNFPA, JOICFP, Comité technique
Finalisation et soumission du rapport final	16 décembre	Consultant

11. Présentation de l'offre technique et financière du Bureau d'études

- **L'offre technique doit comprendre :**

- une note de compréhension des présents termes de référence ;
- une méthodologie détaillée de réalisation de l'étude;
- un chronogramme détaillé de l'étude ;
- une lettre d'engagement faisant ressortir les expériences antérieures du bureau d'études pouvant être un atout pour la conduite de la présente étude;
- une présentation du bureau d'études faisant ressortir ses qualifications et expériences professionnelles.

- **L'offre financière doit comprendre:**

- la lettre de soumission de proposition financière ;
- le budget estimatif détaillé de l'étude.

NB : Pour la sélection, l'ensemble des dossiers seront soumis à une **analyse technique et financière** avec 80% pour l'offre technique et 20% pour l'offre financière.