

Lueurs d'espoir

La santé de la reproduction
des adolescents au Sahel



Cette publication a été produite par le Département de l'Institut du Sahel dénommé Centre d'Etudes et de Recherche en Population et Développement (CERPOD/INSAH) avec l'appui du Projet Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique (SARA). SARA est géré par l'Académie pour le Développement de l'Education (AED) et financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International, Bureau de l'Afrique, Division du Développement Durable aux termes du Contrat N° AOT-C-00-99-00237-00.

Les vues exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles de l'USAID ou de l'AED.

Note méthodologique : Cette étude documentaire a été complétée par des entretiens avec quelques informateurs clés, à savoir des responsables et des prestataires de programmes de santé de la reproduction. L'analyse quantitative est basée sur les données des enquêtes démographiques et de santé réalisées dans les pays et couvre six pays du Comité permanent Inter-Etats de lutte contre la sécheresse dans le Sahel (CILSS): Burkina Faso (1992/1993 et 1998/1999), Mali (1995/1996 et 2001), Mauritanie (2000/2001), Niger (1992 et 1998), Sénégal (1992/1993 et 1997) et Tchad (1996).

Photo de couverture : Sarah Holtz/Photoshare

LUEURS D'ESPOIR

Résultats d'une étude régionale

CONTENU

▶ Sigles et abréviations	i	• Révision des politiques et des programmes	11
▶ Introduction	1	• Plaidoyer et communication	12
▶ Des lueurs d'espoir	3	• Réforme des structures	12
▶ L'activité sexuelle des adolescents	3	• Approches nouvelles	13
• L'âge au mariage	4	• Mise en oeuvre des programmes	15
• La fécondité	4	• Nouveaux partenariats	16
• La contraception	5	▶ Contraintes communes	17
• L'utilisation des services de soins	7	▶ Actions pour faire une différence	19
• La connaissance du syndrome d'immunodéficience acquise et des infections sexuellement transmissibles	9	▶ Conclusion	21
▶ Progrès des programmes au Sahel	11		

SIGLES ET ABREVIATIONS

CERPOD	Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement
CILSS	Comité permanent Inter-Etats de lutte contre la sécheresse dans le Sahel qui compte neuf états membres : Burkina Faso, Cap-Vert, Gambie, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Le Caire, 1994)
EDS	Enquêtes Démographiques et de Santé
GEEP	le Groupe pour l'Etude et l'Enseignement de la Population
INSAH	Institut du Sahel
IST	Infections sexuellement transmissibles
ONG	Organisation non gouvernementale
PAO	Programme d'Action de Ouagadougou
PF	Planification familiale
SARA	Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique
SIDA	Syndrôme d'immunodéficience acquise
SR	Santé de la reproduction
SRAJ	Santé de la reproduction des adolescents et jeunes
SSR	Santé sexuelle et de la reproduction
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

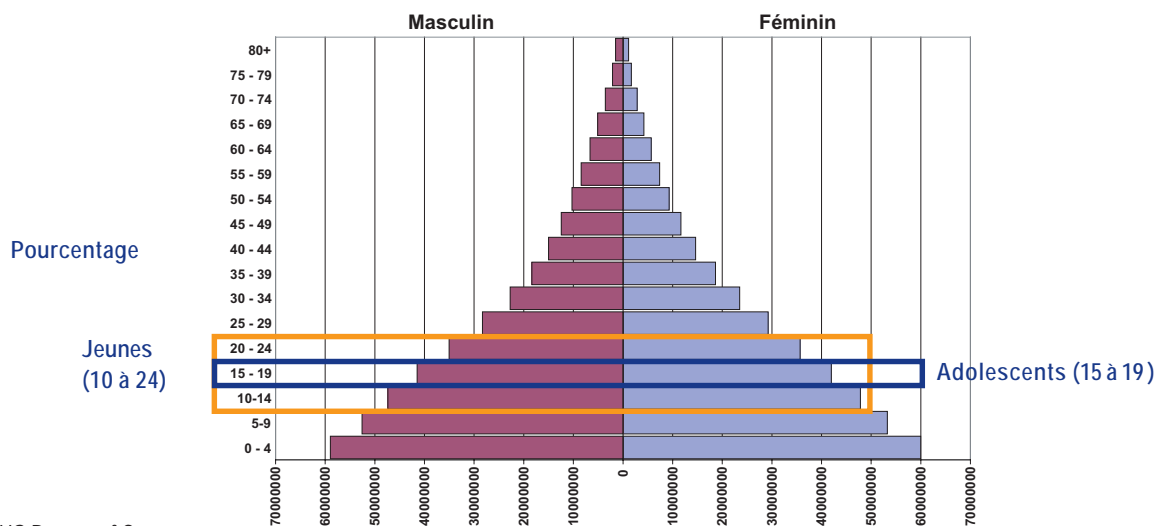
Les jeunes, plus spécialement les adolescents,¹ constituent un groupe important de la population des neuf pays membres du Comité permanent Inter-Etats de lutte contre la sécheresse dans le Sahel (CILSS). Sur une population sahélienne estimée à 54 millions en 2000, le sous-groupe des adolescentes et adolescents est plus de 5,7 millions. Les comportements que les adolescents adopteront au cours de leur vie féconde détermineront, pour une large part, le visage du Sahel de demain.

En 1995, le programme majeur population/développement de l'Institut du Sahel, du Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD/INSAH), a publié une étude sur la santé de la reproduction des adolescents au Sahel. L'un des produits de l'étude a été la publication d'une brochure intitulée *Les Jeunes en danger*. Ce document a fait l'état des lieux dans cinq pays (Burkina Faso, Gambie, Mali, Niger et Sénégal) et formulé des recommandations pour une meilleure prise en

Au Sahel, les adolescents de 15 à 19 ans représentent plus de dix pour cent de la population.

Les jeunes représentent une large proportion de la population de l'Afrique subsaharienne.

Graphique 1: Pyramide de la population de l'Afrique subsaharienne – 2005



Source : US Bureau of Census

¹ L'Organisation Mondiale de la Santé identifie les jeunes comme âgés de 10 à 24 ans et les adolescents de 15 à 19 ans.

charge des problèmes de santé de la reproduction chez les jeunes.

La brochure a été largement disséminée dans tous les pays de l'Afrique de l'Ouest. A la suite d'une forte demande, le CERPOD a aussi disséminé une version en anglais pour le monde anglophone. L'étude et *Les jeunes en danger* ont servi de base à l'organisation d'activités de plaidoyer mises en œuvre par les équipes locales au Mali, Sénégal et Burkina Faso.

Depuis la publication de la brochure en 1996, des ministres et experts de la région se sont réunis en 1997 pour élaborer le programme d'action de Ouagadougou (PAO) sur la population et le développement. Cette réunion a adapté les nouveaux paradigmes issus de la conférence internationale sur la population et le développement de 1994 aux réalités du Sahel. La santé de la reproduction (SR) y figure en bonne place, et particulièrement la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (SRAJ). Ainsi, de 1997 à nos jours, les pays du CILSS ont pris des mesures pour prendre en charge les problèmes de santé de la reproduction auxquels les adolescents sont confrontés.

Cinq années après, le CERPOD a procédé, en juin 2002, à une évaluation à mi-parcours connue sous le nom de PAO + 5. Par la suite, une étude a été

commanditée pour évaluer les changements intervenus depuis 1995 à travers une analyse des données quantitatives dans 6 pays membres du CILSS. L'étude a été consacrée à l'analyse approfondie des données collectées sur la sexualité, la nuptialité et la fécondité des adolescentes dans la sous région à partir des enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées dans les pays du CILSS notamment au Burkina Faso, au Mali, au Niger et au Sénégal pour lesquels on a pu comparer deux enquêtes. On a aussi regardé les EDS uniques pour la Mauritanie et le Tchad.

Un volet qualitatif de l'étude a permis de conduire une revue de programmes au Burkina Faso, au Mali, au Niger, au Sénégal et en Gambie en se basant sur une revue documentaire et des entretiens avec des informateurs clés, à savoir des responsables et des prestataires de programmes de santé de la reproduction et d'une revue rapide des politiques et programmes orientés vers la santé de la reproduction des jeunes dans cinq pays.

La présente brochure intitulée *Lueurs d'espoir : la santé de la reproduction des adolescents au Sahel* résume les résultats de cette étude et les actions à entreprendre dans le futur pour répondre aux besoins de la santé de la reproduction au Sahel.



Source: Sarah Holtz/Photoshare

L'augmentation des rapports sexuels avant le mariage s'accompagne de risques et conséquences sérieux.

DES LUEURS D'ESPOIR

Malgré des contraintes réelles communes aux pays sahéliens et qui persisteront au cours des prochaines années, des progrès ont été accomplis. Ils ne sont pas toujours spectaculaires, mais ils montrent que les choses commencent à bouger et, surtout, qu'il est possible de les faire bouger.

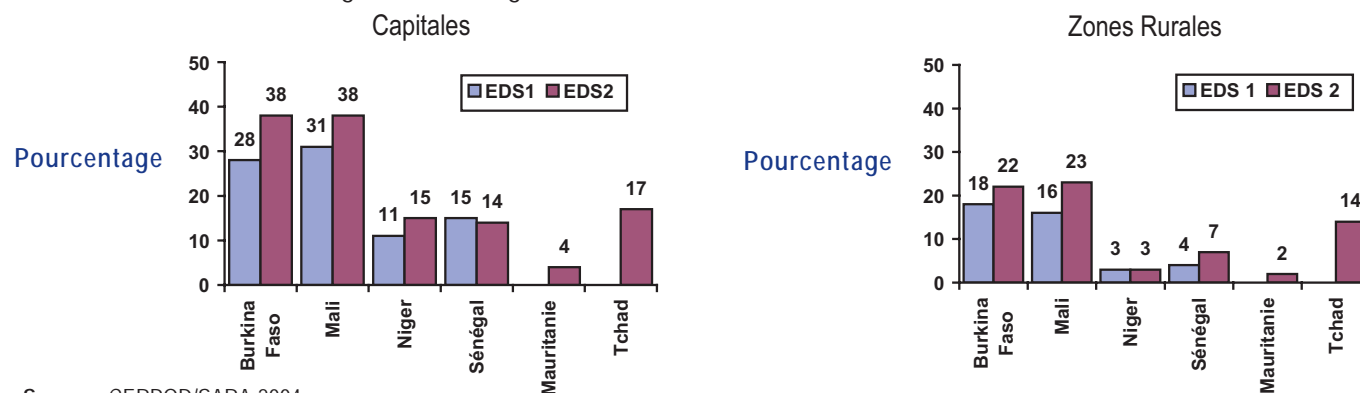
L'activité sexuelle des adolescents

Parmi les femmes âgées de 20 à 49 ans au moment de l'enquête, les premiers rapports sexuels surviennent un peu plus tard qu'auparavant. Pour les pays ayant eu deux

enquêtes, l'âge médian des premiers rapports sexuels survient un peu plus tard qu'auparavant (plus d'un an au Sénégal). On observe (Graphique 2) quand même que dans certains pays les rapports sexuels avant le mariage et avant l'âge de 20 ans sont en hausse surtout dans les capitales. Excepté le Niger où la proportion de femmes ayant eu un rapport sexuel avant le mariage et avant 20 ans en milieu rural reste quasi-stationnaire, le phénomène est plutôt en hausse dans trois pays : Burkina Faso, Mali et Sénégal.

Les rapports sexuels avant le mariage et avant l'âge de 20 ans sont en hausse surtout dans les capitales.

Graphique 2. Pourcentage de femmes âgées de 20 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avant le mariage et avant l'âge de 20 ans.



Source : CERPOD/SARA 2004.

EDS1 signifie les EDS de Burkina Faso 1992/1993, Mali 1995/1996, Niger 1992, Sénégal 1992/1993.

EDS2 signifie les EDS les plus récentes: Burkina Faso 1998/1999, Mali 2001, Mauritanie 2000/2001, Niger 1998, Sénégal 1997 et Tchad 1996.

L'âge au mariage

Le mariage précoce des filles existe toujours. On note quand même que l'âge au mariage a légèrement augmenté. Les femmes se marient plus tôt dans les zones rurales que dans les capitales. Dès l'âge de 18 ans, plus de la moitié des femmes entre 20 à 49 ans sont mariées au Sahel. Plus d'un quart des femmes sont mariées à l'âge de 15 ans dans quatre des six pays, avec des pourcentages les plus élevés au Niger (44 %) et au Tchad (35 %). On observe dans certains pays que les jeunes attendent un peu plus tard pour se marier. On note une légère augmentation de l'âge au mariage au Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal.

La fécondité

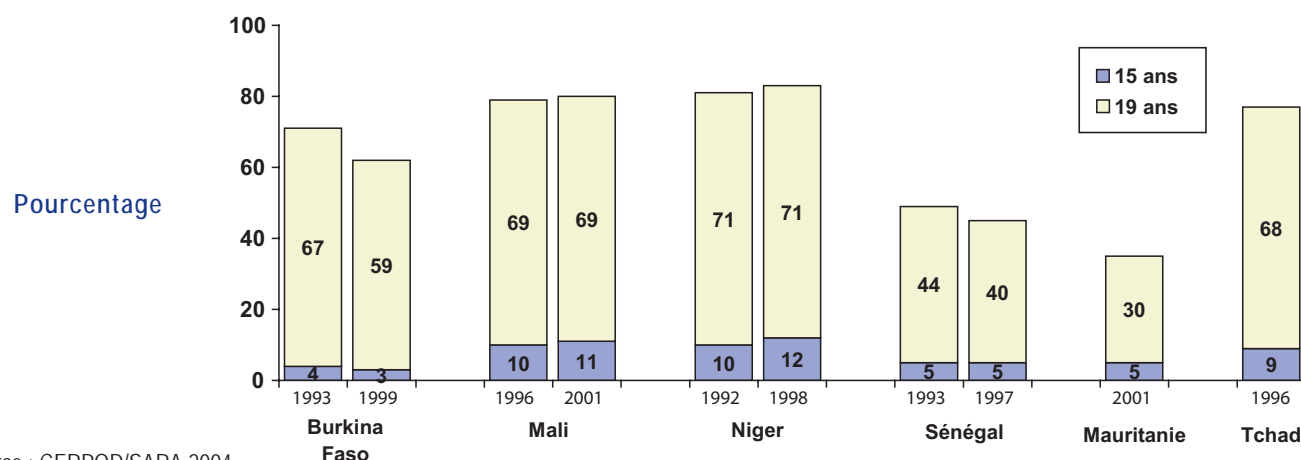
Les adolescentes sahéniennes sont nombreuses à avoir des enfants dès le jeune âge au risque de mettre en danger leur santé et leur vie ainsi que celles de leur bébé (Graphique 3). En Afrique de l'Ouest, plus de 55 % des femmes sont mères avant l'âge de 20 ans. Dans trois des pays au Sahel (Mali, Niger et Tchad), la grande majorité (près de 70 %) des adolescentes âgées de 19 ans ont commencé leur vie féconde. Elles ont eu leur 1^{er} enfant avant 15 ans, ou attendent leur premier bébé. Au Mali, par exemple, 11 % d'adolescentes ont commencé leur vie féconde avant 15 ans et 69 % avant 19 ans. Elles ont déjà eu un enfant ou



Source : Susan Adamchak

Les adolescentes au Sahel continuent à être mères très jeunes.

Graphique 3 : Pourcentage d'adolescentes de 15 ans et de 19 ans, ayant déjà un enfant ou qui sont enceintes.



Source : CERPOD/SARA 2004

La maternité précoce est fréquente et souvent entrave l'éducation des adolescentes.

L'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les adolescentes sexuellement actives est assez limitée au Sahel.

en attendant un. La même situation avait été observée six ans auparavant. Cette précocité de la vie féconde n'est pas sans conséquences sur la santé des mères et de leurs enfants. Dans le Sahel, la mortalité maternelle chez les femmes de 15 à 19 ans est deux fois plus élevée que celle des femmes de 20 ans et plus.

Les naissances avant le mariage chez les filles de moins de 20 ans ne sont pas un phénomène négligeable dans les pays du Sahel. L'évolution du pourcentage de femmes ayant eu une naissance avant le mariage et avant l'âge de 20 ans est

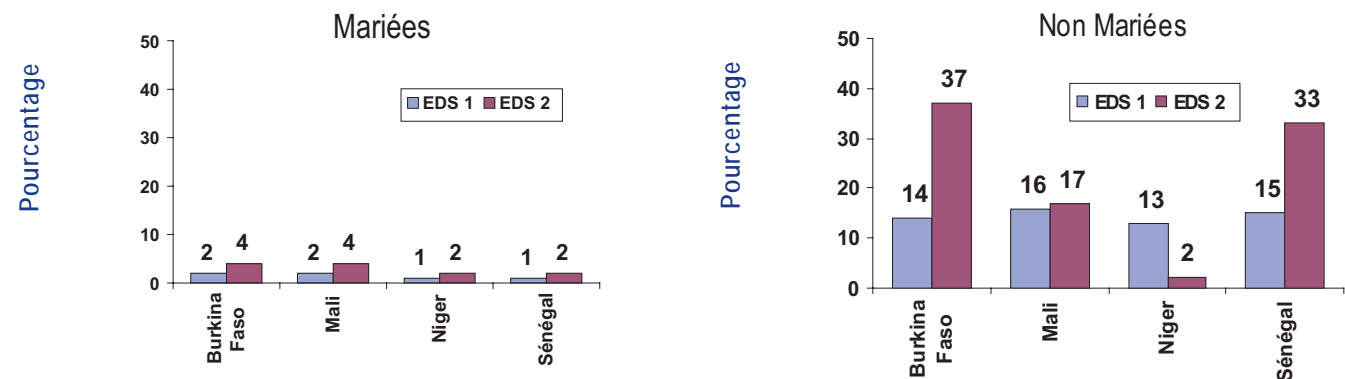
disparate. Par exemple, on observe une baisse dans les zones rurales du Niger et du Sénégal ainsi qu'à Niamey et Ouagadougou. En revanche, une hausse est notée d'une part à Bamako et Dakar et, d'autre part, dans les campagnes du Mali et du Burkina Faso.

La contraception

L'utilisation de la planification familiale a pratiquement doublé parmi les adolescentes mariées et non-mariées dans quatre pays du Sahel (Graphique 4). Même si l'utilisation des

L'utilisation de la contraception par les adolescentes est faible mais augmente, surtout chez les non-mariées.

Graphique 4 : Pourcentage d'adolescentes (mariées et non mariées) utilisant actuellement la planification familiale (PF)



Source : CERPOD/SARA 2004

EDS1 signifie les EDS de Burkina Faso 1992/1993, Mali 1995/1996, Niger 1992, Sénégal 1992/1993.

EDS2 signifie les EDS les plus récentes: Burkina Faso 1998/1999, Mali 2001, Mauritanie 2000/2001, Niger 1998, Sénégal 1997 et Tchad 1996.

méthodes contraceptives modernes reste encore faible, plus spécialement pour les adolescentes mariées, le niveau actuel est deux fois plus élevé chez les adolescentes que celui enregistré dans les enquêtes précédentes. L'évolution de la proportion d'adolescentes mariées qui utilisent actuellement une méthode contraceptive moderne est en progression dans tous les pays : Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal. Dans le cas du Mali, le pourcentage est passé de 2 % en 1995/1996 à 4 % en 2001.

L'approbation de la planification familiale (PF) par les adolescentes mariées dans les capitales est forte dans presque tous les pays sauf en Mauritanie et au Tchad. L'approbation dans les zones rurales l'est moins pour les adolescentes et leurs conjoints. Globalement, les conjoints sont moins convaincus des bénéfices de la PF.

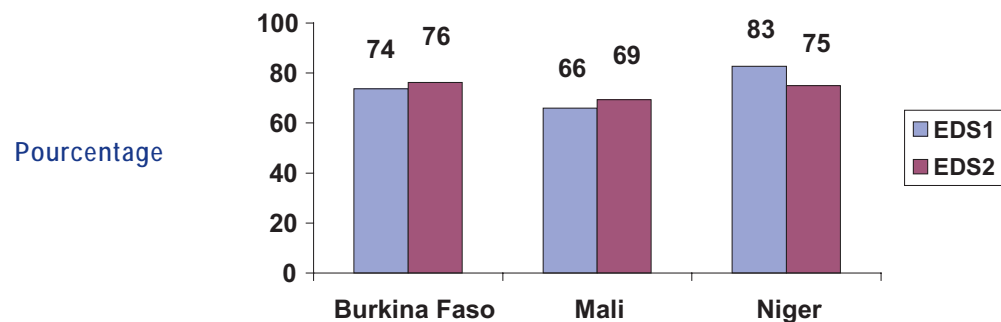
Les couples d'adolescents et de jeunes mariés parlent peu de la PF (Graphique 5). La communication entre les adolescentes mariées et



Source: Bérengère de Negri

La plupart des jeunes parlent peu de planification familiale avec leurs conjoints.

Graphique 5 : Pourcentage des adolescentes mariées n'ayant jamais discuté de planification familiale avec leurs conjoints.



Source: CERPOD/SARA 2004

EDS1 signifie les EDS de Burkina Faso 1992/1993, Mali 1995/1996, Niger 1992.

EDS2 signifie les EDS les plus récentes: Burkina Faso 1998/1999, Mali 2001, Niger 1998.

La communication sur la PF entre adolescents mariés est faible, ainsi que l'approbation de la PF des conjoints d'adolescentes mariées.

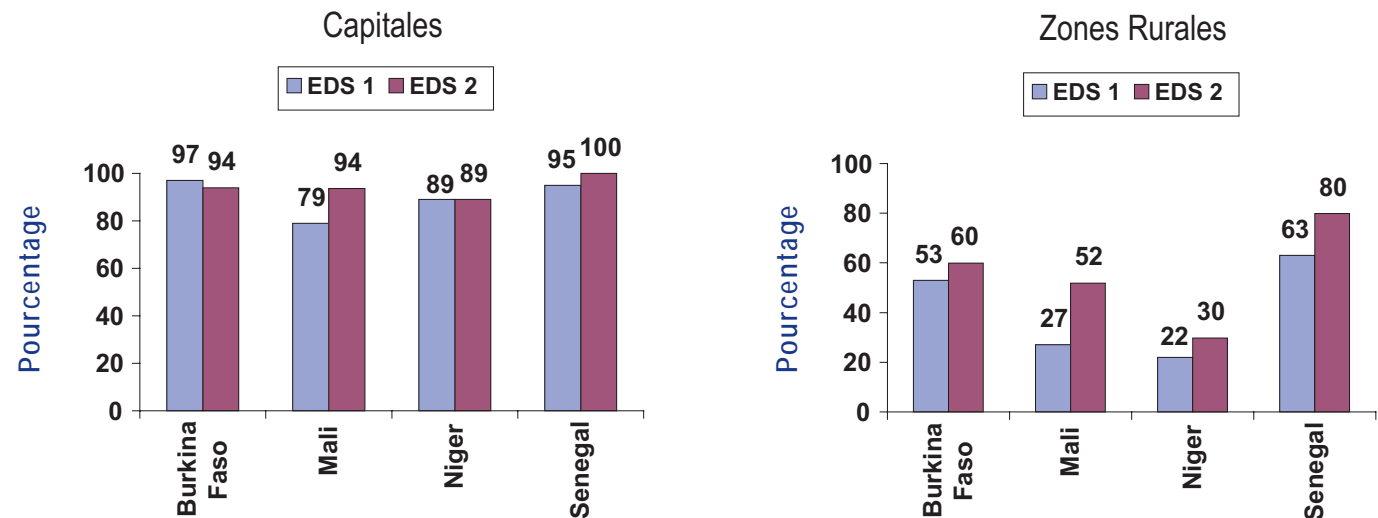
leurs conjoints en matière de planification familiale est limitée ; plus de deux tiers des femmes n'ont jamais parlé de la PF avec leurs conjoints. La faible communication sur la PF entre adolescents mariés et la faible approbation des conjoints d'adolescentes mariées contribuent à la faible utilisation de la PF au Sahel.

L'utilisation des services de soins

Dans tous les pays considérés, le niveau des consultations prénatales a augmenté chez les adolescentes. Dans la plupart des pays, la proportion d'adolescentes ayant eu au moins une consultation prénatale a augmenté dans les capitales et, surtout, dans les zones rurales. (Graphique 6)

Dans les zones urbaines, les jeunes mères sont toujours aussi nombreuses à avoir au moins une consultation prénatale. En milieu rural, malgré la fréquentation moindre, la situation évolue favorablement.

Graphique 6 : Pourcentage de mères adolescentes ayant eu au moins une consultation prénatale.



Source : CERPOD/SARA 2004

EDS1 signifie les EDS de Burkina Faso 1992/1993, Mali 1995/1996, Niger 1992, Sénégal 1992/1993.

EDS2 signifie les EDS les plus récentes: Burkina Faso 1998/1999, Mali 2001, Mauritanie 2000/2001, Niger 1998, Sénégal 1997 et Tchad 1996.

Dans tous les pays considérés, le niveau des consultations prénatales a augmenté chez les adolescentes.



Source: REDUCE/MALI 2004.

*La maternité précoce
peut avoir des
conséquences néfastes
sur la santé des mères
et de leurs enfants.*

L'augmentation du taux de mortalité néonatale chez les mères adolescentes est inquiétante.

Le nombre de bébés de mères adolescentes qui décèdent dans le premier mois de la vie augmente au Mali, au Burkina, au Niger et au Sénégal (Graphique 7). Ces dernières années, l'évolution du taux de mortalité néo-natale des enfants de mères adolescentes est relativement disparate. Toutefois, on constate que pour les pays à deux enquêtes démographiques et de santé (EDS), la tendance des taux est plutôt à la hausse. Au Mali, le taux est passé 99 0/00 en 1995 à 111 0/00 en 2001. Au Niger, l'évolution est tout aussi nette : de 71 0/00 en 1992 à 77 0/00 en 1998.

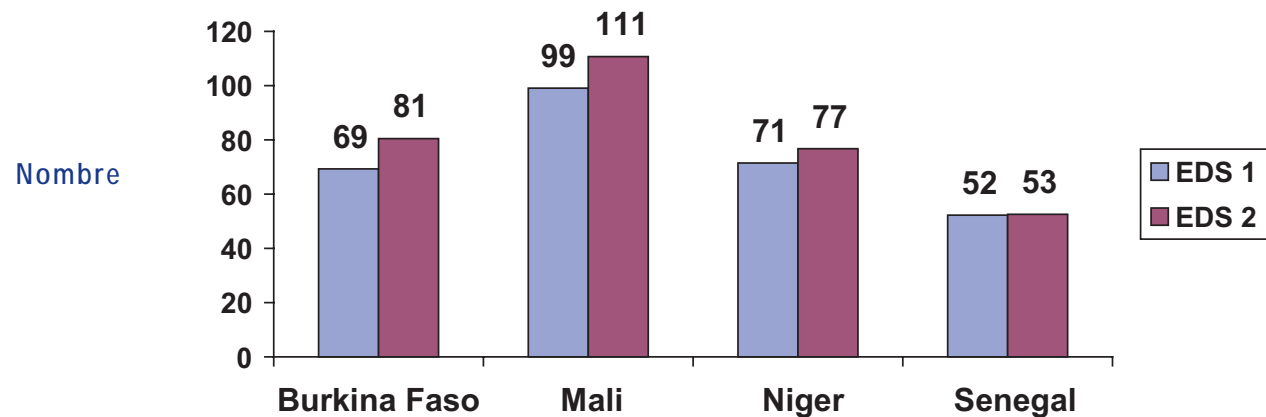
Globalement, le taux est plus de 50 sur 1000 naissances.

Au Mali, un bébé sur 9 nés de mères âgées de 20 à 29 ans meurt tandis qu'un bébé sur 6 nés de mères âgées de moins de 20 ans meurt.

Au Niger, plus de la moitié des filles de 15 à 19 ans sont mariées. Une fille sur 4 est déjà mère et un sur 6 de leurs bébés meurt avant l'âge d'un an.²

Les bébés des mères adolescentes meurent plus qu'auparavant dans le premier mois de la vie.

Graphique 7 : Nombre de morts néonataux sur 1000 naissances de mères adolescentes



Source : CERPOD/SARA 2004

EDS1 signifie les EDS de Burkina Faso 1992/1993, Mali 1995/1996, Niger 1992, Sénégal 1992/1993.

EDS2 signifie les EDS les plus récentes: Burkina Faso 1998/1999, Mali 2001, Niger 1998, Sénégal 1997.

² State of the World's Mothers 2004. ORC Macro MEASURE DS+ STAT compiler.

La connaissance du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et des infections sexuellement transmissibles (ISTs)

La connaissance du SIDA est presque universelle dans les capitales des pays considérés par l'étude. Mieux encore, elle a augmenté au cours des dernières années. Cependant, les adolescentes vivant dans les zones rurales n'ont pas pu bénéficier de la même façon des campagnes de communication sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le SIDA. Au Niger et au Tchad en particulier, moins de la moitié des adolescentes de la zone rurale ont entendu parler du VIH/SIDA.

Connaissance des méthodes de prévention

L'utilisation du condom, comparée à l'abstinence et à la fidélité, est la mesure de prévention la plus connue par les adolescentes dans les capitales, tant à Ouagadougou qu'à Bamako. Ainsi, à Ouagadougou, 66 % des citadines ont cité le condom comme mesure de prévention en 1998/1999 contre seulement 16 % pour l'abstinence. En revanche, à Nouakchott, en Mauritanie, les

adolescentes ont plus cité l'abstinence (18 %) que le condom (9 %). En milieu rural, les adolescentes sont souvent plus nombreuses à citer la fidélité que l'abstinence ou l'utilisation du condom, excepté en Mauritanie.

La connaissance relativement faible des ISTs autres que le VIH/SIDA constitue un problème, car ces ISTs exposent davantage un individu à l'infection au VIH. On note une faible connaissance des ISTs autres que le VIH. Dans tous les pays, les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont moins nombreuses à avoir entendu parler des infections sexuellement transmissibles autres que le VIH/SIDA. Au Burkina Faso, au Mali, en Mauritanie et au Sénégal, une très forte proportion (au moins les trois quarts) des jeunes femmes ont entendu parler du VIH/SIDA.

Sur l'ensemble des pays, la Mauritanie présente un taux de connaissance des ISTs particulièrement limité. Seuls 9 % des jeunes Mauritaniennes âgées de 15 à 24 ans contre 58 % des Sénégalaises ont entendu parlé des infections sexuellement transmissibles autres que le VIH/SIDA.

La connaissance du SIDA est presque universelle dans les capitales des pays considérés. Par contre la connaissance des ISTs autres que le VIH / SIDA reste faible.



Source: Sarah A. Holtz/Photoshare.

PROGRES DES PROGRAMMES AU SAHEL

En 1996, les études qui avaient servi de base à l'élaboration de la brochure *Jeunes en Danger* avaient mis en relief les principaux problèmes rencontrés dans les pays du Sahel:

- ◆ Une absence de politiques et de programmes de santé de la reproduction pour les jeunes et les adolescents.
- ◆ Un manque de services destinés aux jeunes et aux adolescents ;
- ◆ Un déficit de prestataires formés pour prendre en charge les besoins des jeunes en santé de la reproduction ;

Grâce aux efforts des gouvernements, organisations non gouvernementales (ONGs), et différents partenaires au développement, il y a beaucoup de progrès dans les domaines ci-après:

Révision des politiques et des programmes

Cinq ans après la publication de la brochure *Les Jeunes en danger* et six ans après la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), les neuf pays membres du Comité Inter Etats de la lutte contre la Sécheresse dans le Sahel (CILSS) ont, en 2000, élaboré des politiques et programmes conformes

aux orientations des conférences du Caire et de Ouagadougou.

Les pays du CILSS ont également engagé un processus de mise en oeuvre de ces politiques et programmes en matière de santé de la reproduction (SR), y compris celle des jeunes et des adolescents. Toutefois, la SR de cette tranche de la population n'est pas l'objet d'une politique structurée. Dans les documents de politique et de programme, on note également qu'il n'est pas fait explicitement mention du Programme d'Action de Ouagadougou (PAO). Cependant, les pays se sont inscrits dans le sillage du PAO, car ils se sont tous adaptés aux nouveaux paradigmes définis lors de la conférence du Caire de 1994.

Plaidoyer et communication

De vastes campagnes de sensibilisation et des activités de plaidoyer ont été organisées au Burkina Faso, au Mali, en Gambie, au Niger et au Sénégal, les cinq pays concernés par la revue des programmes de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (SRAJ). Le but recherché était de rendre, dans les pays concernés par cette revue, l'environnement favorable à la santé de la reproduction des adolescents.

Partout, ces campagnes ont ciblé les membres de la communauté comme les parents, les chefs et coutumiers, les élus locaux, les groupements de femmes, les leaders d'organisations communautaires de base, les leaders politiques. La mobilisation sociale a aussi permis de renforcer la communication parents-enfants (Sénégal et Burkina Faso), à inciter les jeunes et adolescents à tourner le dos à certaines pratiques néfastes comme l'excision quand ils seront mères et pères de famille (Burkina Faso).

Réforme des structures

Au cours des dernières années, les états sahéliens, pour se conformer aux recommandations des conférences du Caire et de Ouagadougou, ont procédé à des réformes de structures afin de mieux prendre en charge la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents.

La direction nationale de la santé du Mali, à travers la division de la SR, a entamé une réorganisation des services de SR des jeunes pour une meilleure prise en charge de leurs besoins spécifiques. Une section de la santé de la SRAJ a été créée au sein de la division de la SR.

Au Niger, la politique de SR des jeunes et des adolescents n'est pas encore adoptée, mais on note un engagement du gouvernement. Le ministère de la santé publique a créé une direction de la SR

doté d'un bureau pour la santé des jeunes et des adolescents.

Le Sénégal a élaboré, en 1999, une politique de la santé de la reproduction des adolescents et a mis en place un bureau au sein du service national de la santé de la reproduction. Ce bureau est chargé de la coordination de la politique de SR.

Au Burkina Faso, la politique de SR est une composante de la politique sanitaire nationale et un élément de promotion de la santé des groupes vulnérables notamment les jeunes et les adolescents.

En Gambie, le projet santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (2002-2006) est la matérialisation d'une des recommandations de la politique nationale de la santé de la reproduction.

Mise en oeuvre des programmes

Au **Burkina Faso**, un paquet minimum de services est désormais offert aux jeunes dans les structures sanitaires y compris les services de santé scolaire et universitaire ainsi que dans toute autre structure fréquentée par cette tranche de la population. C'est là un des acquis de la mise en oeuvre des politiques et programmes au cours des cinq dernières années.



Source: MNH Project/Burkina Faso

Grâce au plaidoyer et à la communication, l'environnement devient plus favorable à la santé de la reproduction des adolescents.

Approches nouvelles

Burkina Faso. Durant les cinq dernières années, des changements notables ont été constatés dans les prestations de services de santé de la reproduction aux adolescents. Un paquet minimum de services destinés aux jeunes et aux adolescents a été défini à partir de politiques, normes et protocoles. Certaines structures sanitaires offrent déjà ces services. Une ONG, l'Association Burkinabée de Bien-Etre Familial, a ouvert des centres pour jeunes et formé des prestataires sur la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes. Les services pour les jeunes sont offerts dans les structures sanitaires y compris les services de santé scolaires ou tout autre structure fréquentée par les jeunes.

Niger. Ce pays a engagé avec des partenaires une initiative ambitieuse pour répondre aux préoccupations des jeunes et des adolescents du Niger. L'initiative pour la santé et la reproduction des jeunes et des adolescents sera réalisée sur une période de 5 ans (2002-2006). Quatre centres de conseils et de prestations de services ont été implantés dans quatre départements administratifs. La stratégie de l'initiative est d'aménager les « maisons de jeunes et de la culture » disséminées

dans tout le pays en « sites amis des jeunes » pour offrir aux jeunes et aux adolescents un paquet de services d'écoute, de conseils, d'information et de prestation en santé sexuelle et de la reproduction (SSR). Différents organismes non gouvernementaux (ONG, associations) et gouvernementaux (sept ministères) assureront la mise en oeuvre de l'initiative. Tous ces partenaires entreprendront des activités simultanées et multisectorielles, en s'associant de manière synergique et harmonieuse.

Sénégal. En partenariat avec les ministères de l'éducation, des jeunes et de la santé, une ONG sénégalaise, le Groupe pour l'Etude et l'Enseignement de la Population (GEEP), appuyée par des organismes internationaux, intervient dans des lycées et collèges du Sénégal. Les activités de cette ONG ont augmenté les aptitudes et le niveau de communication sur la sexualité au sein des familles, entre les familles, les communautés et les jeunes dans trois districts du pays. L'implication de l'école dans la promotion de la SR a montré que ces efforts de sensibilisation ont d'une part augmenté la connaissance des méthodes contraceptives, la prévention IST/VIH et, d'autre part, stimulé l'intérêt des parents et chefs des communautés.

En **Gambie**, la mise en oeuvre du projet santé de la reproduction des jeunes (2002-2006) matérialise une des recommandations de la politique nationale de santé de la reproduction. L'objectif de ce projet est de promouvoir l'information et des services de SR adaptés aux besoins des jeunes.

Au **Mali**, un paquet minimum d'activités en SR des jeunes et des adolescents a été défini offrant ainsi un service de qualité. Six centres de conseils et de prestations de services spécifiques aux jeunes et aux adolescents sont ouverts dans la capitale, Bamako, et dans quatre autres villes de l'intérieur par l'Etat et les ONGs.

Le **Niger** a engagé une initiative ambitieuse pour répondre aux préoccupations des jeunes et des adolescents. L'initiative pour la santé et la reproduction des jeunes et des adolescents sera réalisée sur une période de 5 ans (2002-2006) ; elle couvrira les régions d'Agadez, Dosso, Zinder et la Communauté urbaine de Niamey. Différents organismes non gouvernementaux (ONGs, associations) et gouvernementaux (7 ministères) assureront la mise en oeuvre de l'initiative qui a permis d'ouvrir des centres dédiés aux jeunes et adolescents.

Le **Sénégal** a élaboré, en 1999, une politique nationale de la santé de la reproduction des adolescents. Un bureau de la santé de la

reproduction des adolescents a été créé au sein du service national de la santé de la reproduction du ministère de la santé. Ce bureau s'attèle, avec des fortunes diverses, à la coordination de la politique de santé de la reproduction au Sénégal.

Aux côtés du ministère de la santé, d'autres structures publiques et des ONG mènent des activités en matière de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes. Une quinzaine de centres conseils et de prestations de services a été créée, ouverts aussi bien à Dakar (4 centres), que dans d'autres villes du pays (11 centres).

Nouveaux partenariats

D'importants efforts ont été déployés dans les états sahéliens par les structures publiques (des ministères de la santé, de l'éducation, de la jeunesse et des sports, etc.) et les ONGs, appuyées par les partenaires au développement, pour créer des synergies dans les activités et, surtout, offrir des services de SR tant dans les capitales que dans certaines villes de l'intérieur des pays. C'est le cas notamment au Niger, Burkina Faso, Mali, Sénégal et en Gambie.

Le partenariat entre le secteur public et les organisations de la société civile comme les ONGs devient, dans presque tous les pays, un des piliers des programmes de SR des jeunes et des adolescents.

Le partenariat entre le secteur public et les organisations de la société civile devient un des piliers des programmes de SR des jeunes.

Les campagnes de sensibilisation augmentent la connaissance des ISTs/VIH/SIDA chez les adolescents et les jeunes.



Source: GEEP/Sénégal.

DES CONTRAINTES COMMUNES QUI DEMEURENT...

Malgré les progrès observés, il reste encore beaucoup de problèmes notamment dans les domaines suivants :

Mise en oeuvre de programmes - Les programmes de santé de la reproduction (SR) des jeunes et des adolescents mis en oeuvre dans les pays concernés ne couvrent pas souvent l'ensemble du territoire. Ils sont faiblement financés par les ressources nationales, ce qui pose des problèmes pour leur pérennisation et leur élargissement tant dans les zones urbaines qu'en milieu rural.

Des connaissances insuffisantes des jeunes sur les infections sexuellement transmissibles/le virus de l'immunodéficience humaine/le syndrome d'immunodéficience acquise (ISTs/VIH/SIDA)

- Les jeunes et les adolescents ont une connaissance partielle des ISTs autres que le SIDA. La connaissance du SIDA est incomplète car les jeunes éprouvent quelques difficultés à identifier correctement les modes de transmission.

L'influence de la division sociale - Les préjugés relatifs à la division des rôles des garçons et des filles demeurent encore vivaces aussi bien chez les adolescents que chez leurs parents. Ces attitudes continuent de confiner les filles à des rôles de reproduction biologique de la famille

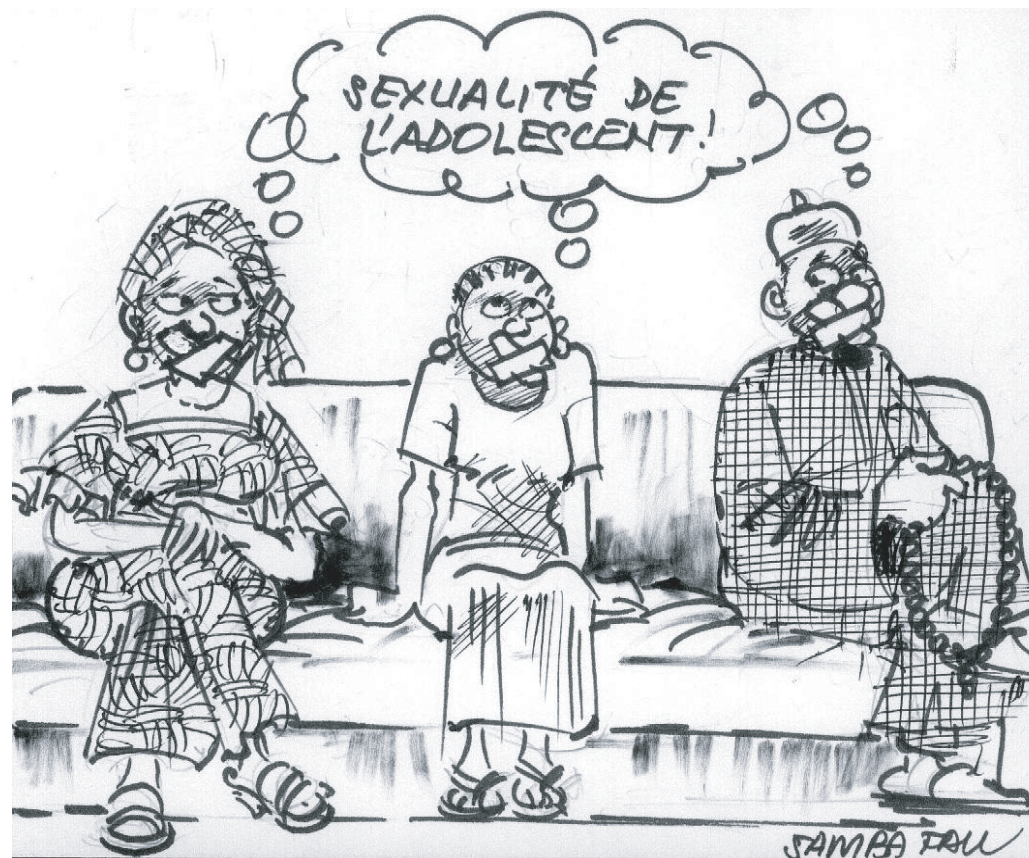
(fonder un foyer/avoir un mari) alors que chez les garçons l'objectif social est d'acquérir une autonomie. De tels préjugés collectifs expliquent aussi l'adoption de comportements négatifs notamment le manque d'approbation de l'utilisation des services de SR par les adolescents, ce qui induit une faible fréquentation des structures.

Les attitudes des leaders d'opinion et des parents - Les leaders d'opinion notamment les chefs religieux et coutumiers sont hostiles quand il s'agit notamment de la contraception. Les parents déplorent leur faible implication en matière de communication pour le changement de comportement des adolescents. Beaucoup d'entre eux désapprouvent la fréquentation des structures de SR par les jeunes et les adolescents.

Des prestataires peu formés. Les prestataires ne sont toujours suffisamment formés pour prendre en charge correctement les problèmes de SR des jeunes. La confidentialité n'est pas souvent respectée et certains prestataires émettent des jugements de valeurs qui n'encouragent pas les adolescents à fréquenter les structures sanitaires. D'autres défendant leurs convictions religieuses refusent d'offrir des services aux jeunes et aux adolescents.

Les attitudes des leaders d'opinion et des parents ont beaucoup d'influence sur la santé de la reproduction des jeunes.

*La communication
entre les parents et les
jeunes sur la sexualité
est souvent très
difficile.*



Faible engagement des décideurs politiques - Les décideurs politiques connaissent l'existence des programmes, mais ils n'en connaissent pas toujours les objectifs. A cause d'une part du contexte socioculturel qui fait de la sexualité des adolescents une question sensible et, d'autre part, de la faible connaissance de ces objectifs, les décideurs politiques ne soutiennent pas souvent suffisamment les politiques et programmes.

Un environnement juridique peu favorable à la SR des adolescents et des jeunes - En plus des contraintes socioculturelles, la SR des jeunes et des adolescents ne bénéficie pas encore, dans les

pays sahéliens d'un environnement juridique. Des lois et règlements limitent voire interdisent l'accès de cette importante partie de la population aux services de santé de la reproduction. Au Niger, la législation sur la planification familiale est restrictive en ce qui concerne les jeunes et les adolescents. Ces derniers doivent, en effet, selon cette législation, être accompagnés d'un parent pour accéder aux services de planification familiale. Cependant, cette restriction n'est pas observée dans les centres spécifiques d'offre de services de santé sexuelle et de la reproduction pour jeunes.



Les jeunes ne trouvent pas souvent de réponse à leurs problèmes de santé quand ils fréquentent les services.



Source: FRONTIERS/Sénégal (Edmond Badge)

*La communication
entre les jeunes les
prépare à une vie
sexuelle plus
responsable.*

ACTIONS POUR FAIRE UNE DIFFERENCE

Au cours des prochaines années, pour faire des progrès décisifs dans le domaine de la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents, il s'agira d'appuyer de façon durable, concertée et simultanée sur les leviers suivants :

Les campagnes de sensibilisation - Le renforcement des campagnes de sensibilisation en vue d'une plus grande promotion de la santé de la reproduction (SR) des jeunes et des adolescents. L'information des parents, des chefs religieux, traditionnels et autres leaders d'opinion de même que celles des adolescents et les prestataires pour une meilleure compréhension des enjeux de la SR des jeunes en sera un volet important. L'objectif visé est d'instaurer un système de prise en charge de la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes par la communauté.

Le plaidoyer - Le plaidoyer qui peut aider à rendre opérationnels les programmes et politiques et à augmenter les ressources notamment nationales nécessaires à la mise en oeuvre des programmes. L'augmentation des ressources allouées par les pouvoirs publics et les communautés devrait aider à rendre durables les

programmes. Les activités de plaidoyer devraient également permettre de promouvoir la santé de la reproduction des adolescents et d'améliorer l'environnement juridique et réglementaire. Dans ce processus, les leaders d'opinion en général joueront un rôle déterminant.

L'éducation sur la santé de la reproduction - L'amélioration de la communication sur la santé de la reproduction chez les jeunes et adolescents promeut le changement de comportement. Comme le soulignent certaines enquêtes, les adolescents ont, en effet, une connaissance insuffisante de leur corps et des mécanismes de la reproduction humaine. Ils ont peu entendu parlé du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et sont peu renseignés sur les autres infections sexuellement transmissibles. Au Sénégal, une enquête de base 2000 sur l'amélioration de la SR des adolescents révèle que les discussions sont peu fréquentes sur ce sujet. Si elles ont lieu, c'est essentiellement avec les amis ou les parents qui, à leur tour, n'ont pas une connaissance suffisante sur la question.

Les prestations de services de qualité pour les jeunes - Certains prestataires émettent, souvent, en recevant cette tranche de la

population, des jugements de valeur qui découragent les jeunes et adolescents à demander des services en santé de la reproduction. En plus, la confidentialité n'est pas toujours respectée. Il faut promouvoir la mise en place des structures pouvant offrir des conseils et prestations de services de qualité aux jeunes et aux adolescents. Les programmes de formation de base et continue des médecins, sages-femmes, infirmiers et autre personnel de santé dans le cadre de politiques structurées de SR des adolescents doivent s'adapter et préparer ces personnels de la santé à encourager les jeunes et adolescents à fréquenter les structures.

L'adoption de politiques structurées de SR des adolescents - Pour rendre accessibles les services à tous les jeunes potentiellement demandeurs par le biais de la décentralisation et la réduction des coûts, il est essentiel d'adopter des politiques structurées. Grâce à ces politiques, il sera possible d'offrir des services dans les points de prestation de services classiques. Même s'ils permettent de répondre aux besoins urgents des adolescents et des jeunes, les centres spécifiques pour les

adolescents coûtent, en effet, cher et dépendent presque entièrement des sources de financements extérieures. Cela pose le problème de leur pérennisation et celui de leur contribution au maintien de la stigmatisation de ceux et celles qui les fréquentent.

Un environnement juridique plus favorable - La création d'un environnement juridique plus favorable à la SR des jeunes et des adolescents par, d'une part, l'adoption de lois garantissant les droits de ceux-ci à la SR et, d'autre part, de dispositions réglementaires susceptibles de supprimer les goulets d'étranglement dans le système de mise en oeuvre des politiques et programmes.

Le partage d'expériences dans la sous région - Il faudra, au cours des prochaines années, favoriser des échanges d'expériences entre les différents pays de la sous région afin que ceux qui sont les plus avancés dans la mise en oeuvre des politiques et programmes apportent leur concours aux autres.

CONCLUSION

Les jeunes et les adolescents constituent la majorité de la population du Sahel. Leur accès à des services de santé de la reproduction ainsi que le respect de leurs droits dans ce domaine constituent un des défis majeurs auxquels sont confrontés les pays sahéliens.

Appuyés par les partenaires au développement et les organisations de la société civile, les états doivent en faire une priorité.

Pour cela, il faudra, au cours des prochaines années avoir :

- ☑ un engagement plus fort des décideurs politiques et des leaders d'opinion ;
- ☑ des politiques plus structurées ;
- ☑ un environnement juridique plus favorable ;
- ☑ un partage d'expériences au plan sous-régional.

La santé des jeunes et des adolescents ainsi que la qualité de la vie au Sahel en dépendent.



Source: Sarah A. Holtz/Photoshare.

Agissons pour que les jeunes profitent de tout leur potentiel.

EQUIPE DE REALISATION

RECHERCHE

Bakary Doumbia, CERPOD

Badara Seye, SARA

Holley Stewart, SARA

Baba Traore, CERPOD

RÉDACTION

Sambe Duale, SARA

Suzanne Prysor-Jones, SARA

Ahamadou Sankare, CERPOD

El Hadji Bassirou Sow, CERPOD

Holley Stewart, SARA

Baba Traore, CERPOD

Sadio Traore, CERPOD

MAQUETTE ET MONTAGE

H. J. Lee Bennett, III, SARA

El Hadji Bassirou Sow, CERPOD

Dex Thompson, SARA

PHOTOS

Susan Adamchak, Sarah Holtz/Photoshare, Bérengère de Negri, FRONTIERS/Sénégal
(Edmond Badge), GEEP/Sénégal, Projet MNH, REDUCE/Mali 2004

DESSINS

Samba Fall



CERPOD

Institut du Sahel

B.P. 1530 Bamako-Mali

Téléphone: (223) 22 30 43

(223) 22 80 86

Télécopie : (223) 22 78 31

Le Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD) a été créé en 1988 par le CILSS (Comité permanent Inter-Etats de lutte contre la sécheresse dans le Sahel) qui compte neuf Etats membres : Burkina Faso, Cap-Vert, Gambie, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad.

Le Centre intervient également dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest et du continent.

Le CERPOD est un département de l'Institut du Sahel (INSAH) dont le siège est à Bamako (Mali).