



# Services de Santé Sexuelle et Reproductive adaptés aux Adolescents et aux Jeunes

Éléments clés pour une mise en œuvre et mise à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre







---

# Services de Santé Sexuelle et Reproductive adaptés aux Adolescents et aux Jeunes

---

Éléments clés pour une mise en œuvre et mise  
à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre

## Acronymes

<b>AA-HA!</b>	Accelerated Action for the Health of Adolescents	<b>PARC</b>	Projet d'Appui au Renouveau des Curricula
<b>AGUIPSSU</b>	Association Guinéenne pour la Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire	<b>PE</b>	Pairs Éducateurs
<b>A&amp;J</b>	Adolescents et Jeunes	<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>ASC</b>	Agent de Santé Communautaire	<b>PPS</b>	Points de Prestation de Services
<b>AGBEF</b>	Association Guinéenne pour le Bien-être Familial	<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>CESSPHAM</b>	Cercle Scientifique Stomatologie-Pharmacie-Médecine	<b>RHS</b>	Ressources Humaines de Santé
<b>DSSRAJ</b>	Droits et Santé Sexuels et Reproductifs des Adolescents et des Jeunes	<b>SAJ</b>	Santé des Adolescents et des Jeunes
<b>ECS</b>	Éducation Complète à la Sexualité	<b>S&amp;E</b>	Suivi et Évaluation
<b>FFM</b>	Fonds Français Muskoka	<b>SF</b>	Sage-femme
<b>ICPD</b>	Conférence Internationale sur la Population et le Développement	<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>IEC/CCSC</b>	Information, Éducation et Communication/ Communication pour le Changement Social et de Comportement	<b>SMNIA</b>	Santé Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents
<b>IPPF</b>	International Planned Parenthood Federation	<b>SRMNIA</b>	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles	<b>SNU</b>	Système des Nations Unies
<b>MAJ</b>	Mouvement d'Action des Jeunes (pair éducateurs)	<b>SSR</b>	Santé Sexuelle et Reproductive
<b>MEN</b>	Ministère de l'Éducation Nationale	<b>SSRAJ</b>	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
<b>MSI</b>	Marie Stopes International	<b>TIC</b>	Technologie de l'Information et de la Communication
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé	<b>UNDAF</b>	United Nations Development Assistance Framework
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale	<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>OSC</b>	Organisation de la Société Civile	<b>UNICEF</b>	United Nations Children's Fund
		<b>VBG</b>	Violences Basées sur le Genre
		<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
		<b>VPH</b>	Virus du papillome humain

## Sommaire

---

Acronymes .....	4
Remerciements .....	6
Avant-propos .....	7
Résumé exécutif.....	8
<b>1.</b> Introduction.....	16
<b>2.</b> Contexte.....	20
2.1 Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes de la région.....	21
2.2 Interventions efficaces .....	22
2.3 La mise à l'échelle .....	25
<b>3.</b> Éléments clés d'une mise en œuvre .....	26
3.1 Considérations techniques.....	28
3.2 Créer la demande .....	60
3.3 Création d'un contexte propice à la mise en œuvre.....	73
3.4 Collaboration & coordination .....	75
<b>4.</b> Conclusions et recommandations.....	78
4.1 Technical considerations .....	81
4.2 Demand creation .....	86
4.3 Creating an enabling environment .....	89
ANNEXE – Pratiques prometteuses .....	93

## Remerciements

Le Bureau régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (BRAOC) a commandité ce rapport avec le soutien des Fonds Français Muskoka. Nos remerciements à l'endroit de la France pour son soutien et du Danemark qui a rejoint l'initiative Muskoka en 2018.

Le rapport a été rédigé par Audrey Kettaneh, consultante indépendante, sous la direction technique et la coordination d'Anandita Philipose, spécialiste adolescents et jeunes, et de Marie Soulié, spécialiste santé sexuelle et reproductive, au bureau régional de l'UNFPA. Idrissa Ouédraogo, Chef de file de l'Unité Adolescents et Jeunes et Fenosoa Ratsimanetrimanana, Chef de file de l'Unité Santé des Femmes, ont assuré la coordination générale du document.

Ce rapport n'aurait pas été possible sans les contributions et le soutien des collègues du siège, du bureau régional, des bureaux de pays UNFPA de la Guinée, du Sénégal, du Tchad et du Togo, en particulier les spécialistes adolescents et jeunes ainsi que les points focaux Muskoka.

Nous tenons ici à saluer les efforts constants des gouvernements, des institutions régionales, des donateurs, des jeunes et des organisations de la société civile afin de soutenir, mettre en œuvre et développer des programmes en faveur des droits et santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes en Afrique de l'Ouest et du Centre.

## Avant-propos

La population d'Afrique de l'Ouest et du Centre est majoritairement jeune avec 65% âgée de moins de 24 ans et 32% appartenant à la tranche d'âges des 10-24 ans. Cette population adolescente et jeune rencontre chaque jour d'innombrables défis dans l'accès à ses besoins primaires. Des besoins qui ne peuvent plus être ignorés, tant la situation devient de plus en plus préoccupante.

Les données démographiques, sanitaires et sociales soulignent l'urgence de fournir aux jeunes des services de santé sexuelle et reproductive de qualité, adaptés à leur besoin afin de leur donner les moyens d'éviter les grossesses précoces et non désirées, de prévenir le VIH ou de faire face à la violence basée sur le genre (VBG).

Aujourd'hui dans la région, plus d'une fille de 15 à 19 ans sur dix sont déjà mères, faisant du taux de grossesse chez les adolescentes de la région le plus élevé au monde : plus de deux fois supérieur à la moyenne mondiale. Le plus important pourcentage de besoin non satisfait de planification familiale parmi les femmes mariées et non mariées âgées de 15 à 24 ans se trouve également dans la région. A cela s'ajoute le nombre très élevé de mariages précoces, le faible niveau d'éducation des filles, l'accès difficile aux services de santé sexuelle et de la reproduction, les violences et inégalités de genre...

Les Droits et Santé Sexuels et Reproductifs des Adolescentes et des Jeunes sont, plus que nulle part ailleurs, une priorité sociétale et de santé publique dans la région. Nous devons répondre aux besoins des jeunes si nous voulons tirer pleinement profit du dividende démographique, renforcer la résilience et la transformation du continent et réaliser les Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030 et « l'Afrique que nous voulons » à l'horizon 2063, en suivant la feuille

de route de l'Union africaine pour la capture du Dividende Démographique.

Ce rapport régional intitulé « **Les services de Santé Sexuelle et Reproductive adaptés aux Adolescents et Jeunes - Éléments clés pour une mise en œuvre et mise à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre** » s'inscrit en complément du précédent rapport régional sur l'Éducation Complète à la Sexualité (ECS) et documente, au travers d'exemples concrets de quatre pays de l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Côte d'Ivoire, Sénégal et Togo), les pratiques prometteuses, les leçons apprises, et propose des recommandations clés à partager avec l'ensemble des pays de la région.

Le Fonds Français Muskoka s'inscrit dans cette dynamique et permet à l'UNFPA de renforcer l'appui technique et financier en matière de droits et santé sexuels et reproductifs des adolescents et jeunes dans huit pays de la région. Parmi les interventions clés et unanimement reconnues comme efficaces figurent l'ECS ainsi que l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité adaptés pour les adolescents et jeunes.

Le bureau régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre réitère à travers ce rapport son plein soutien aux gouvernements et aux autres partenaires en faveur du développement et de la mise à l'échelle des programmes pour les adolescents et jeunes dans l'ensemble des pays de la région.

Ensemble, réalisons un monde où chaque grossesse est désirée, chaque accouchement est sans danger, et le potentiel de chaque jeune est accompli.

### **Mabingue Ngom**

Directeur Régional de  
l'UNFPA pour la région  
Afrique de l'Ouest



---

## Résumé exécutif





MUSKOKA Guinée © Vincent Tremeau

A travers l'expérience globale sur les Droits et Santé Sexuels et Reproductifs des Adolescents et des Jeunes (DSSRAJ), nous savons maintenant ce qui est efficace (l'Éducation Complète à la Sexualité et les services de santé adaptés aux Adolescents et aux Jeunes – A&J) et devrait être mis à l'échelle, et ce qui ne l'est pas (les centres de jeunes, l'éducation par les pairs et les réunions publiques ponctuelles). **Néanmoins certaines interventions considérées comme étant moins efficaces continuent d'être mises**

**en œuvre** et bénéficient de ressources. **Celles qui ont fait leurs preuves ont tendance à ne pas être mises à l'échelle** (par exemple Éducation Complète à la Sexualité – ECS, services intégrés, etc.) souvent dû aux coûts élevés et au temps nécessaire à la mise à l'échelle. La mise à l'échelle d'interventions efficaces comme la qualité de leur mise en œuvre au long terme, souffrent du manque d'attention et de ressources qui leurs sont accordées.

**UNFPA est engagé à**

- ↳ assister dans l'analyse des différentes considérations techniques
- ↳ soutenir l'élaboration d'un plan national pour une mise à l'échelle des services de SSRAJ
- ↳ mobiliser des ressources humaines et financière

A l'échelle globale, un nombre de partenaires œuvrent pour partager et disséminer les expériences sur la Santé des Adolescents et des Jeunes (SAJ), par exemple au moyen du guide AA-HA<sup>1</sup>. Plus d'efforts sont maintenant nécessaires pour améliorer la planification et la mise en œuvre au niveau national. UNFPA est bien placé pour soutenir les pays à analyser la situation, identifier les priorités et élaborer des plans d'action chiffrés basés sur des interventions qui ont fait leurs preuves. Les trois axes principales d'une mise en œuvre et à l'échelle de services de Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes (SSRAJ) sont : les considérations techniques, la création de la demande et un contexte propice.

**Considérations techniques**

Bien que les pays de la revue aient des politiques/stratégies et plans qui couvrent les A&J, aucun n'a un plan d'action budgétisé qui détaille les actions nécessaires et la chronologie des interventions pour une mise en œuvre et à l'échelle des services de SSRAJ. Les pays mettent en œuvre les interventions de leurs stratégies dépendant des ressources financières à leur disposition. Le plus souvent ce financement vient de Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et donc dépend de leurs intérêts et priorités, ce qui ne permet pas au

pays de mettre en place une réponse globale à court, moyen et long terme.

L'élaboration d'un plan de mise en œuvre et à l'échelle requiert la prise de décisions telles que : le choix de Points de Prestation de Services (PPS) à utiliser ; un paquet minimum de services (l'offre de service) ; la sélection des prestataires à responsabiliser et comment les former ; où et par quoi commencer ; etc. Le plan devrait inclure au minimum la méthodologie/stratégie préconisées, y compris pour le Suivi et l'Évaluation (S&E) ; une analyse du processus nécessaire pour une mise œuvre progressive ; les objectifs ; les rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes et des mécanismes de coordination et collaboration ; les actions requises aux niveaux national, provincial/district et opérationnel ; et une estimation des coûts, du financement actuellement disponible, et les stratégies pour une mobilisation des ressources.

Les quatre pays de la revue documentaire mettent en œuvre une combinaison de modèles de PPS et tous préconisent l'intégration de la SSRAJ dans les structures de santé publique. Actuellement la capacité des structures de santé à offrir des services de SSRAJ de qualité est faible dans tous les pays documentés. Le paquet de services diffère en fonction du modèle et du niveau auquel il est offert. Chaque pays devra donc élaborer un paquet d'activités minimum à être mis en œuvre à chaque niveau et pour chaque modèle de Points de Prestation de Services. Comme les besoins changent et un modèle unique n'est pas efficace, le paquet de services doit être adapté entre autres à l'âge et au sexe, ce qui n'est pas toujours le cas.

L'offre de services, le soutien nécessaire à sa mise en œuvre, ainsi que la combinaison de modèles préconisés auront des répercussions. Une intégration des services SSRAJ

peut requérir une réorganisation de la gestion des formations sanitaires car elle aura un impact sur la charge de travail des prestataires. Ceci pourrait à son tour se répercuter sur le temps d'attente des clients et la qualité des services offerts si les effectifs ne sont pas adaptés au besoin. L'identification des prestataires (sage-femme, infirmier(e), agents de santé, etc.) et de quels services ils sont responsables (tous les services, ceux de contraception ou de planification familiale uniquement, le suivi de la grossesse, les violences basées sur le genre - VBG, etc.), est nécessaire. Cette clarification permet d'identifier les besoins en ressources humaines et de savoir quels effectifs former, comment et pour quels services.

L'élaboration ou une révision des normes et standards par type de PPS qui comprend entre autres les exigences en matière d'infrastructure, de transport, d'équipement et de technologie, de médicaments et de produits de base (inclus de contraception), ainsi que les besoins en ressources humaines, est nécessaire pour une mise en œuvre efficace. Les normes devraient aussi définir les compétences et attitudes nécessaires aux prestataires. De plus, des outils d'aide à la décision pour les prestataires sur la SSRAJ devraient être révisés/élaborés et diffusés. Trois des quatre pays de la revue et la majorité des pays de la région ont élaboré des normes de SSRAJ ou de services de santé adaptés aux A&J. Néanmoins, la mise en œuvre est souvent incomplète, s'arrêtant à la diffusion ou avec très peu de formation et de soutien aux prestataires. De plus, certaines ont été élaborées il y a plusieurs années et pourraient ne pas être alignées avec les directives les plus récentes de l'OMS.

Tous les effectifs en contact avec les A&J devraient être formés, bien que le contenu de la formation dépend du rôle de chacun. Étant donné que le nombre de personnes à former

est tributaire de la combinaison de modèles préconisée, du paquet de services offert, et de son intégration, la formation pourrait être un facteur influant les décisions nécessaires à une mise à l'échelle. La formation requiert non seulement de développer des compétences, connaissances et aptitudes, mais aussi de changer les attitudes négatives. Pour ce faire, une méthodologie qui inclut une réflexion sur les valeurs propres du personnel devra être utilisée. Une formation initiale et continue est nécessaire pour atteindre tous les prestataires. L'intégration de la SSRAJ dans la formation initiale prend plus longtemps à mettre en œuvre mais sera plus rentable à moyen et long terme. Tous les pays de la revue mettent en œuvre des formations continues mais aucun pays n'a intégré la SSRAJ dans les formations initiales des différents prestataires. La supervision et le soutien aux prestataires bien que démontrés comme étant essentiels, sont identifiés comme une faiblesse dans nombre de pays.

Améliorer l'accès et l'utilisation des services de SSRAJ dépend non seulement des systèmes mis en place dans les PPS, mais aussi de l'environnement dans lequel les A&J vivent et interagissent. Il est donc important de créer la demande, transmettre aux A&J l'information et les connaissances, et changer les attitudes et comportements (inégalités de genre; barrières socioculturelles; changer les perceptions des parents sur les services pour les amener à comprendre le bien-fondé d'amener leurs enfants vers les services; les idées reçues sur les contraceptifs et leurs effets secondaires; etc.) afin de protéger leur santé sexuelle et reproductive.

Des activités de Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC) sont mises en œuvre dans tous les pays. Le projet «C'est la Vie» qui est actif au niveau régional et dans certains pays, contribue aux campagnes de CCSC.

Néanmoins, aucun des pays de la revue ne met en œuvre actuellement une campagne nationale de CCSC.

Une mise en œuvre et à l'échelle de services de SSRAJ entraînera non seulement un besoin accru d'équipement et de technologie, mais aussi de préservatifs, d'autres contraceptifs et de médicaments. Tous les pays de la revue et un grand nombre de pays dans la région indiquent des faiblesses dans la fonctionnalité de leur système d'approvisionnement, de stockage et de distribution des produits, ce qui résulte en ruptures.

Le Suivi et l'Évaluation (S&E) est une composante importante d'une mise en œuvre et mise à l'échelle de services de SSRAJ permettant d'adapter les interventions selon les résultats. En fonction du pays, certaines données sont collectées à différents niveaux, mais les données ne sont souvent pas transférées vers le niveau national, ni analysées. Tous les pays de la revue et un grand nombre de pays dans la région indiquent des faiblesses dans le système de suivi et d'évaluation ainsi qu'un manque de données ventilées par âge, sexe, état civil et autres indicateurs. Le manque de données est plus important pour les adolescents de 10-14 ans et les adolescents non mariés.

### **Créer la demande**

L'expérience globale démontre que l'efficacité d'une intervention est d'autant plus forte quand les adolescents et les jeunes participent à l'élaboration, à la mise œuvre, l'évaluation et au plaidoyer en faveur d'interventions en matière de droits et santé sexuels et reproductifs. Tous les pays de la revue ont des organisations de jeunes qui sont actives sur les DSSR, que ce soit au travers de Pairs Éducateurs (PE), ou de groupes œuvrant sur le plaidoyer. Néanmoins, ce secteur est plus développé dans certains pays (le Sénégal) que dans d'autres.

Tous les pays de la revue mettent en œuvre des projets d'autonomisation des A&J. Ces projets sont souvent couplés à la sensibilisation sur les DSSR. Des centres de jeunes sont présents dans tous les pays, et la plupart forment des PE et mettent en œuvre diverses activités. Néanmoins, l'expérience globale démontre que « les centres de jeunes, l'éducation par les pairs et les réunions publiques ponctuelles n'ont généralement pas été efficaces » pour la SSRAJ<sup>2</sup>. L'allocation de fonds pour les centres de jeunes ayant pour but d'améliorer l'utilisation des services de SSRAJ devraient donc être abandonnées. Toutefois, dans les pays ayant reçu des investissements humains et financiers de taille, les centres pourraient être réaménagés et réorientés à d'autres fins. Les leçons tirées de la prestation de services de SSRAJ dans les centres de jeunes devraient être identifiées et partagées, et toute composante efficace devrait être intégrée à la prestation de services SSRAJ. Lorsque les centres de jeunes sont bien établis, il est essentiel d'identifier le public cible et de discuter de la façon de réduire progressivement les services de SSRAJ tout en assurant que ces services soient disponibles dans un autre PPS accessible.

L'expérience globale démontre qu'une sensibilisation sur la SSRAJ n'est pas suffisante. Une Éducation Complète à la Sexualité (ECS) de qualité est beaucoup plus efficace. Aucun pays n'a un programme d'ECS en et hors milieu scolaire à l'échelle nationale. Des quatre pays, le Sénégal est le plus avancé. Présentement, la plupart des gouvernements de la région n'ont ni les ressources humaines ni financières pour une mise à l'échelle de l'ECS.

Les Gouvernements et les organisation de la société civile (OSC) utilisent de plus en plus les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) pour atteindre les



jeunes non seulement « physiquement » mais aussi au travers d'un « langage » qu'ils comprennent et dans lequel ils se reconnaissent. Un grand nombre de pays de la région ont des lignes vertes (lignes téléphonique gratuites) sur la SSRAJ, pour les enfants en détresses et sur les VBG. Les autres TIC, tels que les réseaux sociaux sont utilisés avec succès dans plusieurs pays par des organisations de jeunes et des organisations non gouvernementale (ONG) (très peu de projets gouvernementaux sont mis en œuvre par le biais de TIC).

L'expérience globale démontre que la participation des tuteurs/parents/communauté/leaders dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes sur l'ECS et de services SSRAJ contribue significativement à surmonter les obstacles et à augmenter l'impact du programme. Tous les pays de la revue ont initié des activités avec les leaders religieux et communautaires. D'autres stratégies telles que la

mobilisation communautaire, les programmes de communication parents-enfants, ainsi que la formation des membres influents de la communauté en matière de plaidoyer et de communication sur la SSRAJ, etc. sont nécessaires et sont mis en œuvre dans la région.

L'information sur le paquet de services offert et où y accéder est essentielle pour augmenter l'utilisation des services. L'information peut être disséminée au travers de campagnes nationales d'Information, Éducation et Communication/Communication pour le Changement Social et de Comportement (IEC/CCSC), intégré dans l'ECS hors et en milieu scolaire (information sur les Points de Prestation de Services et un système d'orientation vers ces services), et à travers différentes activités. Les clubs scolaires qui sont présents dans les quatre pays sont souvent utilisés pour véhiculer l'information et organiser des événements de sensibilisation parfois soutenus par les prestataires de santé. Les

PE œuvrent dans la communauté, les centres de jeunes et les écoles. De plus les TIC sont un mécanisme efficace et peu coûteux pour transmettre de l'information. Différents pays de la région expérimentent des activités pour renforcer les liens entre les différents secteurs (tel que l'éducation et la santé) pour créer la demande.

### **Créer un contexte propice**

L'appropriation et le leadership du gouvernement sont essentiels pour une mise en œuvre et à l'échelle des services de SSRAJ. Selon le contexte du pays, cela peut nécessiter des changements de politique, de lois, de budgets, etc. qui sont impossibles sans un leadership de haut niveau. Le leadership et l'appropriation sont également nécessaires aux niveaux provincial/district ainsi qu'au niveau opérationnel. Bien qu'une volonté politique soit visible dans tous les pays, elle n'est pas toujours traduite en actions concrètes.

Tous les pays de la revue ont soit une division/unité/section de la santé de l'adolescent soit une unité plus spécifiquement axée sur la SSRAJ. Ces unités sont pour la plupart placées sous l'égide de la Direction de la Santé Reproductive/Santé Maternelle et Infantile/Planning Familial. Bien que ces unités existent, elles sont pour la plupart assez faibles, du fait de ressources humaines et financières limitées et d'un positionnement qui ne leur permet pas de travailler facilement avec les autres sections du Ministère, ce qui est essentiel pour garantir l'intégration des services de SSRAJ dans les structures de santé publique.

Un contexte juridique et politique propice est essentiel pour une mise en œuvre et à l'échelle des services de SSRAJ. Certaines lois peuvent entraver ou au contraire soutenir la mise en œuvre. Une loi ou une politique

nationale qui rend obligatoire la prestation (par les agents de santé) de services de SSRAJ sans restriction, permet de justifier la mise en œuvre de ces services auprès des parents et tuteurs, et assume la responsabilité pour leurs prestations. De plus cette loi/politique inscrira le droit des A&J aux services de SSRAJ.

La plupart des pays de la revue ont un cadre juridique propice à une mise à l'échelle des services SSRAJ. Néanmoins dans tous, il existe un manque d'harmonisation entre la législation et la politique, un manque de décrets d'application et une insuffisance de la vulgarisation et de l'application de lois et textes juridiques, autant de facteurs affectant la mise en œuvre.

La SSRAJ requiert une réponse multisectorielle. Une coordination et collaboration intra et intersectorielles avec les partenaires non gouvernementaux (à tous les niveaux : national, régional/district et opérationnel) sont donc essentielles pour une mise à l'échelle horizontale. La revue note des faiblesses dans la coordination et la collaboration dans chaque pays, souvent du fait de la complexité et du nombre d'intervenants travaillant dans l'ECS et la SSRAJ, et dans certains cas parce que l'unité responsable n'a pas l'autorité, le mandat, les ressources, la capacité et/ou les compétences requises pour mener la coordination.

Au niveau des PTF du Système des Nations Unies (SNU) plusieurs mécanismes existent pour améliorer la coordination et la collaboration, tels que le « One UN » et l'UNDAF. Le Fonds Français Muskoka de par son mécanisme inter-agence propose une réponse concrète pour une meilleure planification, mise en œuvre et synergie des interventions. Toutefois, le renforcement récent de l'attention portée à la spécificité de la cible

adolescents et jeunes dans les programmes nécessite encore la formalisation d'une répartition et complémentarité précise des tâches et pour veiller à ce qu'entre autres, il n'y ait pas de chevauchements, et que la couverture géographique soit équitable. Une meilleure coordination et collaboration entre le SNU, les PTF et le gouvernement permettrait un regroupement des ressources pour une mise à l'échelle d'interventions efficaces, plutôt que le statu quo actuel d'une mise en œuvre parcellaire.

Chaque pays de la revue met en œuvre des interventions pour améliorer l'accès à et l'utilisation de services de SSRAJ de qualité. Aucun des pays n'a atteint une mise à l'échelle nationale et la plupart requièrent un appui technique et financier des PTF. L'UNFPA travaille depuis longtemps sur la SSRAJ et continue de renforcer ses interventions et son appui aux gouvernements dans ce domaine. L'UNFPA en coordination avec les autres agences de l'ONU et les PTF présents dans chaque pays a un grand rôle à jouer.

L'UNFPA accompagnera les pays au moyen d'assistance technique, en utilisant ses contacts dans les différents secteurs et avec différentes parties prenantes (gouvernemental, OSC, PTF, etc.) pour rassembler et créer des liens multisectoriels. Les priorités et recommandations identifiés dans ce rapport sont trop nombreuses pour les ressources de l'UNFPA qui met déjà en œuvre un nombre d'interventions essentielles qui ne sont pas mentionnées ici. Les bureaux pays devront donc décider de leurs positionnement et priorités, sur la base de l'avantage comparatif de l'UNFPA et des priorités du gouvernement et des autres PTF.

Chaque bureau devrait revoir (si cela n'a pas encore été fait) ses activités en SSRAJ à la lumière de l'expérience mondiale de ce qui est efficace et de ce qui ne fonctionne pas pour améliorer la SSRAJ, tout en prenant en compte le mandat et les activités des autres agences. Ceci ne nécessiterait pas une grosse évaluation de tous les projets, mais plutôt une révision des activités, des objectifs du programme pays, et de prédire si ces interventions atteindront les objectifs, et sinon quelles interventions auraient un meilleur rendement en terme de coût-/efficacité. Ceci est particulièrement important étant donné le contexte global actuel où les ressources financières pour la SSR et le VIH/Sida s'amenuisent. L'expérience globale démontre l'importance de mettre en œuvre et à l'échelle avec fidélité les stratégies prouvées. Malheureusement les exigences considérables de la mise en œuvre fait qu'elle est rarement faite avec fidélité. Cette situation requiert d'être prise en compte durant l'élaboration ou la révision des programmes pays.

---

# 1

---



## Introduction





MUSKOKA Bénin © Vincent Tremeau

### **Objectifs spécifiques & méthodologie**

Fin 2017, UNFPA a entrepris quatre missions de documentation du processus de mise en œuvre de services de Santé Sexuelle et Reproductive adaptés aux Adolescents et aux Jeunes<sup>3</sup> en Afrique de l'Ouest et du Centre. Les quatre pays visés étaient la Guinée, le Sénégal, le Tchad et le Togo. L'objectif de ces missions était d'entreprendre une étude documentaire sur le

statut des services de SSRAJ dans le cadre de l'initiative des Fonds Français Muskoka (FFM) et des activités menées par le bureau régional en matière de SSRAJ et d'Éducation Complète à la Sexualité (ECS) au moyen d'une analyse, revue et documentation des processus, activités, résultats obtenus, et pratiques prometteuses sur le plaidoyer, le développement, l'institutionnalisation, la mise en œuvre et la mise à l'échelle des services.

Les objectifs spécifiques comprenaient l'analyse, l'évaluation et la documentation des étapes clés de la mise en œuvre, des résultats obtenus, des pratiques prometteuses et des défis identifiés et surmontés, afin de proposer des recommandations et partager les leçons apprises avec d'autres pays de la région. Les missions se sont déroulées en trois temps :

1. Étude documentaire - analyse des documents d'information et de communication développés dans le pays ; analyse des politiques et stratégies nationales ; documentation de projets spécifiques ; étude de documents nationaux et internationaux sur la mise à l'échelle d'interventions pour améliorer l'accès à et la qualité des services SSRAJ ; etc. Cette étude documentaire a permis une analyse des stratégies de mise en œuvre/mise à l'échelle, des actions menées et de leurs résultats, permettant ainsi de développer des questions et priorités pour les visites de terrain.
2. Visite de terrain durant les mois de septembre, octobre et novembre 2017 - entretiens individuels et par groupe des partenaires clés (voir les rapports pays pour la liste complète des intervenants) afin de recueillir des informations qualitatives.
3. Analyse des informations recueillies et développement de rapport pour chaque pays.

Ce rapport régional, basé sur les quatre rapports nationaux, développe une synthèse régionale. La synthèse réunit les résultats principaux, pratiques prometteuses, défis et recommandations clés sur les différentes étapes du processus technique de mise en œuvre des services SSRAJ. Cette documentation sera mise à la disposition des pays de la région et servira de base pour l'élaboration d'appuis techniques de l'UNFPA. En complément à ce rapport, 4 rapports pays ont été développés et sont disponibles. De plus, en 2017, UNFPA a entrepris un exercice similaire sur la mise en œuvre et la mise à l'échelle de programmes d'Éducation Complète à la Sexualité. Ces deux rapports régionaux sont donc complémentaires.

Ce rapport comprend plusieurs chapitres. Le deuxième chapitre traite du contexte et résume les méthodes et stratégies qui ont fait leurs preuves dans l'amélioration de la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes. Les stratégies factuelles du troisième chapitre analysent les éléments essentiels d'une mise en œuvre, identifiant les pratiques prometteuses et les recommandations pour appuyer une mise à l'échelle. Le rapport se termine sur des recommandations pour l'UNFPA concernant les priorités à court et moyen terme.



---

# 2

---

## Contexte



# UNIQUE DES JEUNES

## D'OUVERTURE

Jeudi - 7h30 à 17h30

li - 7h30 à 16h00



MUSKOKA Togo © Vincent Tremeau

## 2.1 Droits et Santé Sexuels et Reproductifs des Adolescents et des Jeunes de la région

En Afrique de l'Ouest et du Centre, 64 % de la population<sup>4</sup> est âgée de moins de 24 ans. Si cette population était éduquée, en bonne santé, et bénéficiant d'un emploi décent, la région pourrait alors profiter du dividende démographique. Un des obstacles majeurs à l'accomplissement du dividende démographique est la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) de ces adolescents et ces jeunes de la

région, caractérisée entre autres par des taux de grossesses adolescentes élevés et une forte proportion de besoins non satisfaits en planification familiale:

- ↪ 9 sur 10 naissances chez les adolescentes se font dans le contexte d'un mariage précoce<sup>5</sup>;

- ↳ L'Afrique de l'Ouest et du Centre enregistre le plus fort pourcentage (28%) de femmes de 20 à 24 ans ayant indiqué avoir eu un enfant avant l'âge de 18 ans<sup>6</sup>;
- ↳ 6% de naissances se font dans le groupe d'âge de moins de 15 ans, le taux le plus élevé de toutes les régions du continent<sup>7</sup>;
- ↳ Comparé aux autres groupes d'âge, les adolescentes ont à la fois les taux les plus faibles d'utilisation de contraceptifs (21% pour les 15-19 ans contre 64% pour les 35-39 ans) et la majorité de besoins en planification familiale non satisfaits (25% pour les 15-19 ans contre 14% pour les 35-39 ans)<sup>8</sup>.

Dans ce contexte, les Droits et Santé Sexuels et Reproductifs des Adolescents et des Jeunes, plus que nulle part ailleurs, demeure

une priorité sociétale et de santé publique, pour assurer aux jeunes le développement de leur plein potentiel et la capture du dividende démographique. L'impact de ces statistiques se répercute sur le secteur de l'éducation, et se manifeste entre autres au travers d'absences, d'abandons scolaires, et d'une réduction de la qualité de l'éducation des jeunes. Cette situation impacte à son tour le monde du travail, réduisant les opportunités et les options des jeunes.

Le faible niveau de connaissances des adolescents et des jeunes sur les Droits et Santé Sexuels et Reproductifs, ainsi que l'accès et le taux d'utilisation limités de services SSR et des méthodes contraceptives, rendent donc nécessaire l'établissement d'une Éducation Complète à la Sexualité (ECS) ainsi qu'un accès à des services de SSR de qualités adaptés aux adolescents et aux jeunes.

## 2.2 Interventions efficaces

La SSRAJ est l'un des domaines les mieux étudiés dans le domaine de la Santé des Adolescents et des Jeunes (SAJ). De plus en plus de preuves existent pour démontrer ce qui fonctionne et ce qui est inefficace. Plus spécifique à la région, le Projet E2A est en train de mener une étude, en collaboration avec le gouvernement, sur l'offre de services SSR adaptés aux A&J au Sénégal. Quant à elle, la recherche internationale souligne entre autres que<sup>9</sup>:

- ↳ La formation ponctuelle des prestataires en services de SSRAJ sans concomitance avec une supervision formative accompagnée d'un soutien aux prestataires pour la mise en œuvre, n'augmentera pas l'utilisation des services. **Un ensemble d'actions ciblant les Ressources Humaines en Santé (RHS) est nécessaire** (entre autres

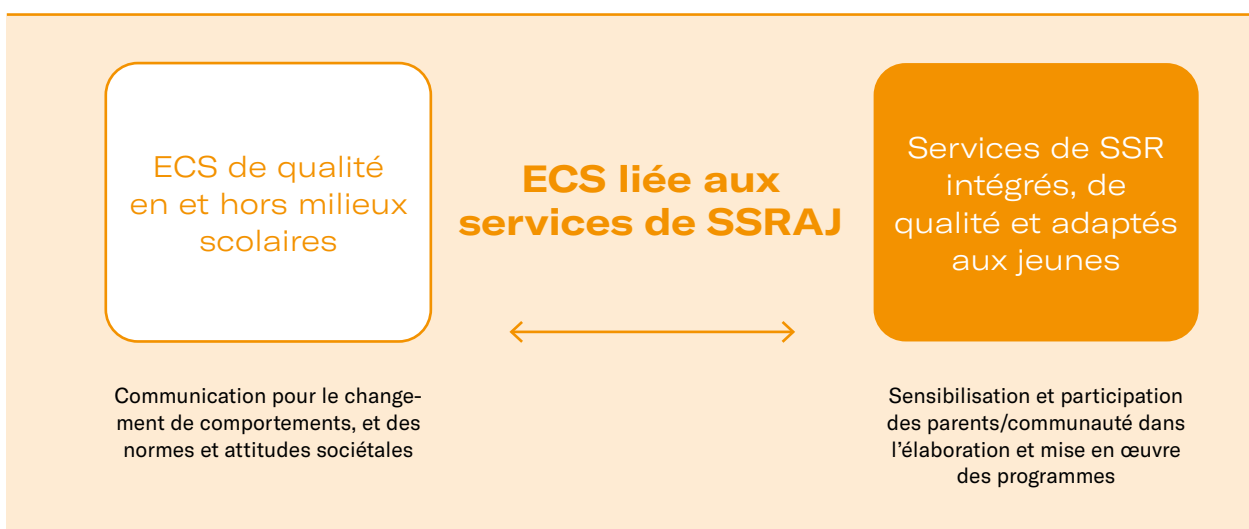
formation initiale et continue, supervision formative, soutien aux prestataires, descriptions précises des responsabilités, outils de référence). La sensibilisation des Adolescents et des Jeunes (A&J) sans d'autres interventions n'augmentera pas l'utilisation des services. Elle doit être accompagnée d'interventions pour améliorer l'accès à, et la qualité des services.

- ↳ Les A&J ne sont pas un group hétérogène. Les besoins diffèrent et les services doivent être adaptés aux circonstances telles que l'âge, le sexe, l'état civil, etc. (par exemple les besoins d'une adolescente de 15 à 19 ans non mariée sont très différents de ceux d'une adolescente mariée). De plus, les besoins des A&J changent d'où l'inefficacité d'un modèle unique.

- ↪ Les services de SSRAJ doivent être liés à une ECS de qualité.
- ↪ L'intégration des services de VIH, de SSR y compris de contraception / Planification Familiale (PF) peut accroître l'efficacité.
- ↪ La sensibilisation, l'approbation et le soutien pour les services de SSRAJ doivent être renforcés chez les A&J et les prestataires.
- ↪ La sensibilisation, l'approbation et le soutien pour les services de SSRAJ et l'ECS doivent être renforcés chez les parents, tuteurs et leaders religieux et communautaires.
- ↪ La tranche d'âge du début de l'adolescence (10-14 ans) est très difficile à atteindre et nécessite un ciblage. C'est aussi la tranche d'âge sur laquelle nous possédons le moins de données fiables en particulier sur la SSR.
- ↪ Idéalement, la SSRAJ implique ne pas porter de jugement, d'être amical, que les établissements de santé soient accueillants et attrayants, etc., or ceci n'est pas toujours le cas.

La santé des adolescents est affectée par des déterminants sociaux à tous les niveaux (personnel, familial, communautaire et national). Les facteurs structurels tels que la pauvreté, l'accès à l'éducation, et les inégalités de genre, et les facteurs tels que les relations interfamiliales et la violence, affectent négativement la santé des A&J<sup>10</sup>. Les inégalités de genre affectent la capacité des jeunes à prendre des décisions saines et à s'y tenir (par exemple il est particulièrement difficile pour une jeune adolescente d'accéder à et d'utiliser des services de SSRAJ et de demander le respect de ses droits). Pour améliorer l'accès à et l'utilisation de services de SSRAJ, les inégalités de genre doivent donc être abordées en prenant en compte les croyances, les attitudes et les normes.

L'efficacité d'une intervention est d'autant plus forte quand les adolescents et les jeunes participent à l'élaboration, à la mise œuvre, à l'évaluation et au plaidoyer en faveur d'interventions en matière de DSSR, car différentes approches sont nécessaires pour répondre aux besoins de tous, les adolescents et les jeunes. Les besoins d'une adolescente de 14 ans sont très différents de ceux d'une femme de 25 ans ou plus, et les adolescentes ont souvent moins accès aux services de santé destinés à la population adulte.



Interventions	Impact positif sur l'utilisation des services SSRAJ et/ou le changement de comportement	Inefficace
Services adaptés aux A&J	x	
Éducation Complète à la Sexualité	x	
Formation initiale et continue des prestataires en SSRAJ, en concomitance avec une supervision formative in-situ accompagnée d'un soutien aux prestataires	x	
Intégration des services de VIH, de SSR y compris de contraception et de PF	x	
Développement de la validation et du soutien pour les services de SSRAJ et l'ECS chez les A&J, leurs parents/tuteurs, la communauté, et les leaders religieux et communautaires	x	
Centres de jeunes		x
Éducation par les pairs		x
Réunions publiques de sensibilisation		x
<b>Approches/stratégies coordonnées et complémentaires</b>	x	
<b>Interventions efficaces mises en œuvre et à l'échelle avec fidélité</b>	x	

Une revue de ce qui est inefficace note que **« les centres de jeunes, l'éducation par les pairs et les réunions publiques ponctuelles n'ont généralement pas été efficaces :** pour faciliter l'accès des adolescents et des jeunes aux services de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR); modifier leurs comportements; ou influencer les comportements sociaux/normes concernant la SSR<sup>11</sup>».

Les auteurs notent que les approches qui se sont avérées efficaces si fidèlement mises en œuvre, telles que l'Éducation Complète à la Sexualité et les services adaptés aux A&J, ont pourtant tendance à ne pas être mises à échelle en raison des exigences considérables de mise en œuvre qui sont rarement satisfaites (telles que les ressources humaines et financières nécessaires). Ils concluent que pour que les programmes de SSRAJ soient efficaces, un gros effort est

nécessaire pour mettre en œuvre des approches/stratégies coordonnées et complémentaires. Les approches qui n'ont pas fait leurs preuves devraient être abandonnées et les autres devraient être mises en œuvre et à échelle avec fidélité pour assurer leur efficacité. De nouvelles approches doivent être identifiées et une plus grande attention portée à la prévention, l'engagement du secteur privé et un meilleur accès à une gamme plus large de méthodes contraceptives qui répondent aux besoins des A&J<sup>12</sup>.

L'expérience globale ayant identifié les stratégies inefficaces, une discussion dans chaque pays est nécessaire pour décider de l'avenir de ces stratégies. Certaines peuvent être simplement abandonnées, telles que les réunions publiques ponctuelles, d'autres telles que les centres de jeunes ont reçu des investissements humains et financiers de



taille et ont peut-être déjà été mis à l'échelle. Plutôt que de les abandonner, une discussion sur les possibilités de réaménagement et de réorientation à d'autres fins est nécessaire. Les leçons tirées de la prestation de services de SSRAJ dans les centres de jeunes devraient être identifiées et partagées, et toute composante efficace devrait être intégrée

à la prestation de services SSRAJ. Lorsque les centres de jeunes sont bien établis, il est essentiel d'identifier le public cible et de discuter de la façon de réduire progressivement les services de SSRAJ tout en assurant que ces services soient disponibles dans un autre PPS accessible.

## 2.3 La mise à l'échelle

L'amélioration de l'accès et de la qualité des services SSRAJ ont fait leurs preuves au travers de nombreux programmes pilotes ou à petite échelle dans différents pays. Il est maintenant temps de s'assurer que tous les adolescents et les jeunes puissent profiter de services de SSRAJ. La question est donc « comment peut-on assurer des services de SSRAJ de qualité pour tous les adolescents et les jeunes d'un pays? ». Pour ce faire, une mise à l'échelle est essentielle.

L'OMS/ExpandNet définit le passage à grande échelle comme étant : « des efforts délibérés pour renforcer l'impact d'innovations testées avec succès afin d'en faire bénéficier un plus grand nombre de personnes et d'encourager la formulation de politiques et de programmes sur une base durable<sup>13</sup> ».

ExpandNet traduit « efforts délibérés » comme étant un processus raisonné et guidé (au contraire d'une diffusion spontanée des innovations) et la « formulation des politiques et des programmes sur une base durable » telle que l'importance du renforcement des capacités institutionnelles et de la pérennisation.

Deux principaux types d'extension sont identifiés par ExpandNet :

↳ L'extension de type vertical – institutionnalisation par une modification

des conditions politiques, juridiques et budgétaires ou autres modifications des systèmes du secteur.

↳ L'extension de type horizontal – expansion géographique et /ou des populations cibles.

Ces deux types d'extension sont nécessaires, car une mise à l'échelle requiert l'institutionnalisation des interventions dans les systèmes des ministères impliqués pour assurer la pérennisation, mais aussi une mise en œuvre dans l'ensemble du territoire national et pour toutes les populations cibles.

ExpandNet identifie quatre principes de base pour guider une mise à l'échelle :

↳ Une approche systémique

↳ Un accent sur la durabilité

↳ Le renforcement du potentiel de passage à grande échelle

↳ Le respect des droits humains, de l'équité et de l'égalité des genres

Le chapitre suivant identifie les éléments clés d'une mise en œuvre et d'une mise à l'échelle de services de SSRAJ, identifiant les particularités et les pratiques prometteuses de la région et les leçons locales à tirer.

---

# 3

---



**Éléments  
clés d'une mise  
en œuvre**

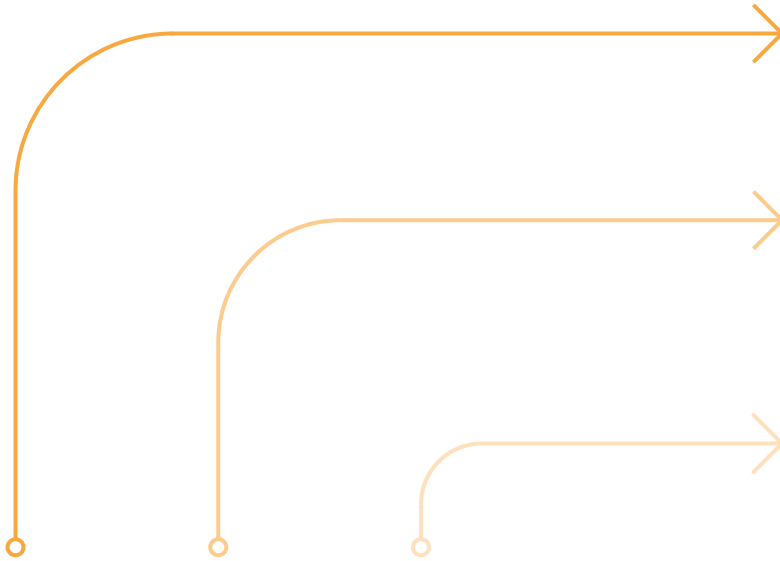


MUSKOKA Sénégal © Vincent Tremeau

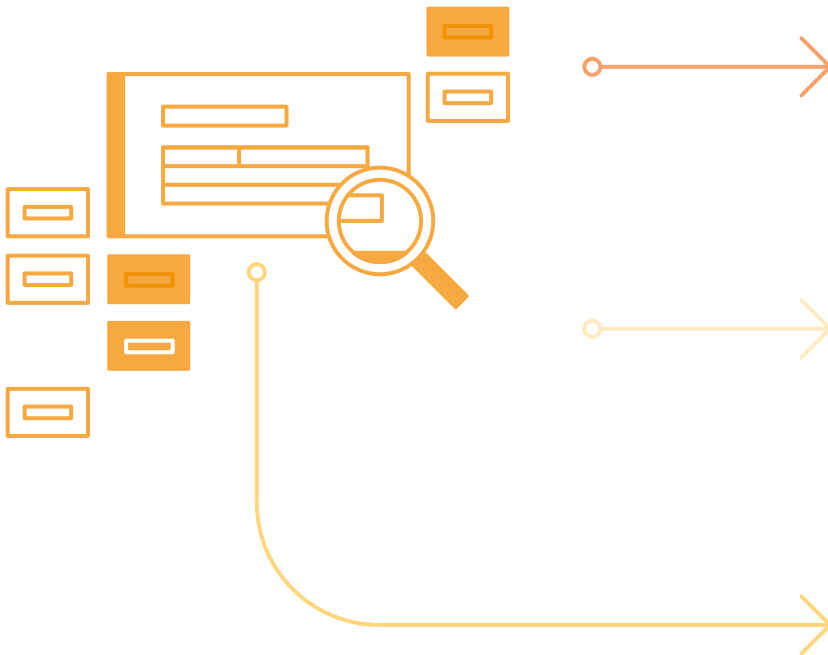
Le processus de documentation dans les quatre pays: la Guinée, le Sénégal, le Tchad et le Togo, ainsi qu'une revue de la recherche mondiale actuelle a mis à jour un nombre d'éléments clés non seulement à la mise en œuvre mais aussi à la mise à l'échelle de services de SSRAJ. À ce jour, aucun de ces quatre pays n'a mis à l'échelle nationale les services de SSRAJ, et tous sont à différents stades du processus. Néanmoins certaines pratiques prometteuses ainsi que des défis

et recommandations peuvent être tirés de leurs expériences. La synthèse a permis d'identifier un nombre d'éléments clés tels que les considérations techniques; les interventions pour créer la demande; et la nécessité d'un contexte propice. D'autres aspects tels que le financement d'une mise à l'échelle ne sont pas traités dans le contexte de ce rapport, mais sont néanmoins importants.

### 3.1 Considérations techniques



Elaborer les priorités et le plan d'action



Points de prestation de services

Le paquet de services et son intégration

Suivi et évaluation

Intrants

Normes & standards

Formation, supervision et soutien aux prestataires

IEC/CCSC

Chaque pays devra choisir la combinaison de modèles de Points de Prestation de Services (PPS) par lesquels les services de SSRAJ seront mis en œuvre. Le choix,

à court et long terme, dépendra des besoins, de la faisabilité de la mise à l'échelle des différents modèles et de leurs pérennisations à long terme.

Chaque pays devra s'assurer d'élaborer et d'intégrer dans son paquet d'activités minimum défini, le paquet minimum de services à destination des A&J à mettre en

œuvre à chaque niveau et pour chaque modèle de PPS, tels que les activités de prévention, la PF, le dépistage, le traitement, etc.

Un S&E des intrants, des coûts, des processus et des résultats permet d'analyser quelles stratégies sont efficaces pour atteindre les différents sous-groupes et les plus vulnérables. Il existe une carence de données ventilées par âge, sexe, niveau d'instruction, état

matrimonial, lieu, quintile de richesse, conditions de vie et autres facteurs socioéconomiques clés (spécialement pour les 10-14ans) qui devraient être remédiés par une intégration de ces indicateurs dans les systèmes d'information existants.

Une mise en œuvre et à l'échelle de services de SSRAJ entraîne un besoin accru d'équipement, d'intrants, de produits de PF y compris préservatifs, et médicaments. Selon les services qui seront intégrés et la rapidité

d'une mise à l'échelle, il faudra identifier les intrants essentiels, la quantité souhaitée et si les fonds existants couvriront les coûts (en tenant compte du besoin d'une gratuité ou d'un coût modeste pour les A&J).

Chaque pays devra établir ou mettre à jour des normes et standards par type de PPS qui incluent entre autres : les exigences en matière d'infrastructure, de transport, d'équipement et de technologie ; de médicaments et de produits de base (PF inclus) ; les besoins en ressources

humaines ; et les compétences et attitudes nécessaires aux prestataires. Ces documents devront être diffusés dans tous les PPS, un plan de formation développé et mis en œuvre, et un système mis en place pour le S&E.

Tout le personnel en contact avec les A&J devra être formé. La formation requiert non seulement de développer des compétences, connaissances et aptitudes, mais aussi de changer les attitudes négatives. Pour ce faire, une méthodologie qui inclut une réflexion

sur les valeurs propres du personnel devra être utilisée. Une supervision formative accompagnée d'un soutien aux prestataires est aussi essentielle. Si possible, la SSRAJ devrait être incluse dans les descriptions de postes de tous les prestataires en contact avec les A&J.

IEC/CCSC. Le besoin de changer les mentalités est un élément essentiel. Ceci inclut entre autre la nécessité de s'attaquer aux inégalités de genre ; aux barrières socio-culturelles ; aux raisons pour lesquelles les A&J n'utilisent pas les services ; aux idées reçues sur les contraceptifs et la PF et leurs effets secondaires ; etc. Une segmentation des populations cibles (par âge, sexe,

état civil, A&J, parent, leader, etc.) est essentielle pour développer des messages et des interventions efficaces pour l'IEC, les activités de création de demande et sur le paquet de services offerts.



### 3.1.1 Définition des priorités et élaboration d'un plan d'action chiffré

Une mise en œuvre et à l'échelle de services de SSRAJ requiert l'élaboration d'un plan national d'action chiffré qui définit les éléments clés du processus. Ce plan peut être autonome ou faire partie d'un plan national de SSR, de SAJ, ou ce qui devient de plus en plus commun le plan de Santé Reproductive, Maternelle, Néonatal, Infantile et des Adolescents (SRMNIA). Les principales composantes sont analysées dans ce chapitre.

La première étape de l'élaboration d'un plan est une analyse de la situation sur l'état de la santé des adolescents, des services existants et de leur utilisation. Cette analyse influencera les priorités politiques et programmatiques et devrait inclure entre autres : un examen de la documentation et des données probantes nationales et internationales ; une cartographie des parties prenantes, des services et des Points de Prestation de Services existants ; le fardeau de la maladie ; le nombre de personnes à

atteindre et leur emplacement géographique ; une analyse des obstacles ; ainsi que l'élaboration d'indicateurs (tels que les résultats sanitaires souhaités). Idéalement les données de l'analyse sont ventilées par sexe, âge, niveau d'éducation, état matrimonial, lieu de résidence, quintile de richesse, conditions de vie et autres facteurs socioéconomiques clés. Ceci permettrait d'identifier les besoins en fonction du contexte géographique et/ou pour les groupes cibles, et permettrait l'établissement de priorités. Cette ventilation est rarement présente et ne devrait pas retarder l'élaboration d'un plan. L'analyse devra également inclure une évaluation des besoins de formation initiale et continue, un examen de toutes les normes et lignes directrices existantes en matière de SSRAJ et une analyse de l'acceptabilité de la SSRAJ pour les parents, les communautés, et les leaders religieux et communautaires.

#### Processus pour définir les priorités en santé des A&J

##### 1. Évaluation des besoins

Identifier les maladies, les facteurs de risques et les déterminants sociaux ayant le plus grand impact sur la santé et le développement des adolescents (y compris les plus vulnérables).

##### 2. Analyse de la situation

Identification des programmes, politiques, législation, capacités et ressources existants dans le pays pour la santé des adolescents, ainsi qu'une revue mondiale et locale des interventions recommandées basées sur des données probantes.

##### 3. Établissements des priorités

Les priorités dépendent de l'urgence, la fréquence, l'ampleur et les conséquences de certains fardeaux de maladie ; l'existence d'interventions efficaces, appropriées et acceptables pour réduire ces fardeaux ; les besoins des personnes vulnérables ; et la disponibilité de ressources et capacité pour mettre en œuvre ou à échelle les interventions prioritaires de manière équitable.



MUSKOKA Guinée © Vincent Tremeau

L'élaboration d'un plan de mise en œuvre et à l'échelle requiert la prise de décisions telles : le choix de Points de Prestation de Services (PPS) à utiliser ; un paquet minimum de services (l'offre de services) ; la sélection des prestataires à responsabiliser et comment les former ; où et par quoi commencer ; etc. Le plan devrait inclure au minimum la méthodologie/stratégies préconisées, y compris pour le Suivi et l'Évaluation (S&E) ; une analyse du processus nécessaire pour une mise en œuvre progressive ; les objectifs ; les rôles et les responsabilités de toutes les parties prenantes et des mécanismes de coordination et collaboration ; les actions requises aux niveaux national, provincial/district et opérationnel ; et une estimation des coûts, le financement actuellement disponible, et les stratégies pour une mobilisation des ressources.

**Aucun des pays visités ne possède de plan d'action détaillé et budgétisé** pour la mise en œuvre et à l'échelle des services de SSRAJ. Néanmoins, des plans/stratégies/politiques diverses existent et forment la base d'interventions de mises en œuvre dans les pays. La SSRAJ ne requiert pas nécessairement son propre plan d'action budgétisé, mais doit au minimum être intégré dans un autre plan tel que le Plan SRMNIA et être budgétisé. En Guinée, plusieurs documents existent qui couvrent les A&J : le Plan stratégique en santé et développement des A&J 2015-2019, le Plan de repositionnement de la PF 2014-2018, et le Plan stratégique national de la santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes (SRMNIA) 2016-2020. La budgétisation du Plan SRMNIA est en cours d'élaboration. Le Sénégal a un Plan stratégique sur la SSRAJ (2014-2018) et un Plan



Stratégique de la Santé de la Reproduction 2012-2015. Le Togo a un Plan Stratégique de 2008-2012 pour la santé des adolescents et des jeunes au Togo, mais pas de plan d'action. Une budgétisation était prévue pour 2017 mais a été mise en attente. En effet le pays a décidé d'intégrer la SAJ au Plan National de la Santé Maternelle, Néonatale, Infantile

et de l'Adolescent (SMNIA) qui est en cours d'élaboration. Le Tchad n'a pas de plan ou stratégie ciblant spécifiquement la SSRAJ. Les Politiques et les normes de la planification familiale (2014) et une feuille de route sur la santé maternelle et infantile (venue à échéance en 2016 et pas encore révisée) couvrent partiellement les A&J.

### 3.1.2 Points de Prestation de Services

**L'établissement de santé a des heures d'ouverture pratiques, présente un environnement accueillant et propre, et garantit le respect de la vie privée et de la confidentialité. Il dispose des équipements, des médicaments, des fournitures et des technologies nécessaires pour garantir la mise à disposition d'un service efficace à destination des adolescents.<sup>14</sup>**

Norme 5 (OMS/ONUSIDA) - Caractéristiques des établissements

Différents modèles pour la prestation de services SSRAJ existent et sont mis en œuvre dans la région. Des modèles existent pour une mise en œuvre en milieu sanitaire, scolaire et communautaire. Chacun a ses avantages et ses inconvénients. **La combinaison de PPS à utiliser variera selon le district, les besoins, les installations existantes et les ressources humaines et financières disponibles.** Il est probable que toute mise à l'échelle nécessitera une mise en œuvre progressive, et les modèles à utiliser

dépendront des besoins, de la faisabilité de la mise à l'échelle des différents modèles de PPS et de leurs pérennisations à long terme. Les différents modèles et les aspects à prendre en compte sont décrits ci-dessous. La description des modèles, leurs avantages et désavantages, la faisabilité de la mise à l'échelle et la pérennité, est tirée et adaptée d'un document élaboré par E2A<sup>15</sup>, *Sortir des sentiers battus: un outil décisionnel pour concevoir des services adaptés aux jeunes*<sup>16</sup>.

Le Projet E2A a initié une étude en collaboration avec le Ministère de la Santé, sur la SSRAJ au Sénégal. L'étude utilise des méthodes quantitatives et qualitatives pour :

1. Examiner les caractéristiques ayant une influence sur une extension (passage à grande échelle) potentielle des modèles de SAJ existants.
2. Identifier les facteurs qui favorisent ou entravent la qualité des services de SAJ, y compris la mesure dans laquelle les normes nationales sont appliquées.
3. Évaluer les facteurs qui influencent l'utilisation des services par les adolescentes et les jeunes, y compris l'accessibilité, l'acceptabilité et l'assurance de l'équité des services.
4. Développer des recommandations et des conseils pratiques pour la mise en œuvre des éléments de l'offre de services du Plan Stratégique National pour la SSRAJ (2014-2018).

Bien que l'étude soit sur le Sénégal, les leçons apprises pourraient s'appliquer à d'autres pays.

Une mise à échelle des services de SSRAJ requiert une combinaison de modèles.

## Intégrés dans les services existants



### Type de PPS

Intégrés dans les services existants au sein d'établissement de santé public ou privé (sans espace séparé). Peut inclure matériel d'Information, Éducation et Communications (IEC), Pairs Éducateurs (PE) et promotion des services.

### Avantages

- **Plus rapide à être mis à l'échelle car l'infrastructure est déjà présente.**
- Améliore l'égalité d'accès.
- Pas de coûts d'infrastructure.
- Peut être exécuté à tous les niveaux du système sanitaire.

### Désavantages

- Mélange les A&J avec les adultes, ce qui peut constituer un obstacle. Moins de garanties de confidentialité.
- Des ressources humaines et financières déjà trop sollicitées peuvent conduire à de mauvais services.
- Requier une réorganisation des services au sein de l'établissement pour, entre autres gérer une demande accrue et répondre au besoin des A&J, tel au travers d'heures d'ouvertures adaptées.
- Besoin de **former, superviser et appuyer tous les prestataires** du centre de santé.
- Le succès dépend d'un bon système de supervision et de soutien aux prestataires.

### Mise à l'échelle

- **Potentiel élevé** (mais encore à démontrer)
- **Bonne possibilité de mise à l'échelle car institutionnalisé dans le système de santé et ne dépend pas d'un endroit séparé et d'un prestataire dédié.**
- Demande de fortes ressources initiales pour la formation de tous les prestataires. (Possibilité d'économies d'échelle)

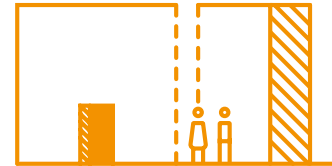
### Pérennisation

- **Potentiel élevé** (mais encore à démontrer)
- **Probabilité élevée de pérennisation si institutionnalisé dans le système de santé et mis en œuvre fidèlement.**
- Diminution des coûts à long terme.

### Recommandations

**FORTEMENT RECOMMANDÉ ET UNE PRIORITÉ POUR UNE PÉRENNISATION À LONG TERME.**

- Ce modèle est un des plus longs à mettre en place mais de grand potentiel.
- Une planification est nécessaire à court, moyen et long terme. D'autres modèles devront être mis en œuvre dans le court et moyen terme en attendant la mise à l'échelle de ce modèle.



## Espaces séparés A&J dans les établissements publics ou privés

**Type de PPS** Un prestataire dédié aux A&J. Services multiples tels que contraceptions/PF, dépistages VIH/IST/grossesses etc., traitement, santé maternelle. Peut-y avoir une salle d'attente avec des supports d'IEC et des PE (inclus pour la promotion des services dans la communauté).

### Avantages

- **Moins de stigmatisation.**
- **Plus de confidentialité.**
- Moins de prestataires à former, superviser et soutenir.
- Heures d'ouverture peuvent être adaptées aux besoins des A&J.
- Peut être exécuté à tous les niveaux du système sanitaire.
- S'il n'y a pas de gratuité, possibilité de subventionner les services pour les A&J.

### Désavantages

- **Besoin d'un espace/infrastructure séparé(e).**
- **Besoin d'un effectif dédié** et formé.
- **Le roulement élevé des RHS exige une formation constante des nouveaux effectifs** (si la SSRAJ n'est pas inclus dans la formation initiale).
- Risque de cessation des services lorsque les prestataires formés partent ou quand le projet se termine.

### Mise à l'échelle

- **Possible mais demande de ressources importantes** (RHS réservés et espace dans l'infrastructure).

### Pérennisation

**Possible seulement si institutionnalisé dans le système de santé et s'il y a suffisamment de RHS.**

La dépendance face à l'espace disponible et aux prestataires réservés signifie que les services risquent de cesser lorsque les prestataires formés partent ou que le projet se termine.

### Recommandations

#### OPTION POUR ÉLARGIR L'ACCÈS SELON LE CONTEXTE

(si l'espace existe ou peut être facilement intégré dans de nouvelles constructions, si les RHS et la demande le permettent, etc.).

## Services à base communautaire



### Type de PPS

Ces services sont administrés par des Agents de Santé Communautaire (ASC)/relais communautaires.

### Avantages

- Accessible à un grand nombre d'A&J.
- Distribution de préservatifs et conseil/IEC.
- Distribution de PF (dans certains pays uniquement pour le renouvellement d'ordonnances, dans d'autres l'ASC peut proposer des méthodes contraceptives telles que la pilule).
- Cette option peut être complémentaire au modèle d'intégration des services de SSRAJ dans les services existants.

### Désavantages

- Peu d'intimité et de garanties de confidentialité.
- Peur de l'attitude des prestataires qui le plus souvent font partie de la communauté.
- Services généralement restreints à l'IEC et la distribution de préservatifs pour les A&J.
- Une forte demande de la part d'autres clients est susceptible d'influer sur la qualité des services offerts aux A&J.
- Problèmes récurrents de chaîne d'approvisionnement.

### Mise à l'échelle

**Mise à l'échelle dépendante d'une allocation budgétaire ou d'un bailleur.**

Difficultés de mise en œuvre telles que la rotation fréquente des ASC limitent la mise à l'échelle.

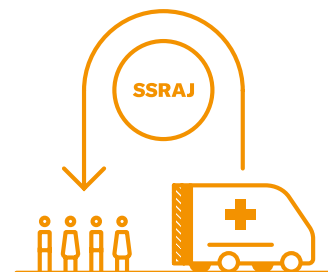
### Pérennisation

La pérennisation n'est possible que si le modèle est institutionnalisé dans le système de santé (par exemple le poste d'ASC est établi et les effectifs payés par l'état).

### Recommandations

OPTION POUR ÉLARGIR L'ACCÈS MAIS LE PAQUET DE SERVICE OFFERT SERA INCOMPLET

## Services mobiles



**Type de PPS** Gamme complète de services offerts dans une fourgonnette spécialement équipée, dans un centre satellite ou une tente. Ces services peuvent aussi être offerts par une équipe mobile d'agents de santé dans un établissement périphérique, comme un dispensaire, qui habituellement n'offre pas ces services et par le biais d'événements d'extension communautaire (journées de vaccination, journées de SMI). Les services sont offerts par des professionnels de la santé.

<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Peut atteindre des communautés difficiles à joindre.</li><li>→ Accessible à un grand nombre d'A&amp;J (si durant une période où ils sont dans la communauté – après l'école, vacances etc.)</li><li>→ Peut avoir un impact sur l'utilisation des services de contraception/PF et de dépistage.</li></ul>
<b>Désavantages</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ <b>Peu d'intimité.</b></li><li>→ Mélange les A&amp;J avec les adultes, ce qui peut constituer un obstacle.</li><li>→ Besoin de former, superviser et appuyer tous les effectifs.</li><li>→ Une forte demande de la part d'autres clients est susceptible d'influer sur la qualité des services offerts aux A&amp;J.</li><li>→ Les cliniques mobiles ont souvent lieu pendant la journée lorsque les jeunes sont à l'école.</li><li>→ <b>Les cliniques mobiles ne retournent pas régulièrement dans la communauté.</b></li><li>→ Requier des activités de promotion pour améliorer l'utilisation.</li><li>→ Selon le contexte du pays, il pourrait y avoir moins de services disponibles qu'un point de prestation de services statique.</li><li>→ <b>Plus cher à mettre en œuvre.</b></li></ul>
<b>Mise à l'échelle</b>	→ Peut être mis à échelle <b>si les ressources sont suffisantes et si les services font partie du système de santé existant</b> (ou si la mise à l'échelle est prise en charge par le secteur privé qui est en mesure de recouvrir une partie des coûts).
<b>Pérennisation</b>	→ <b>La nécessité de ressources importantes réduit le potentiel de pérennisation</b> (dans un contexte de ressources limitées).
<b>Recommandations</b>	<u><b>OPTION POUR ÉLARGIR L'ACCÈS AU MOINS À COURT ET MOYEN TERME</b></u>

## Infirmières scolaires/universitaires



### Type de PPS

Services de santé et d'éducation fournis au sein d'une infirmerie scolaire ou universitaire.

### Avantages

- **Moins de stigmatisation.**
- **Plus de confidentialité.**
- Peut y avoir une meilleure attitude et qualité des services offerts.
- Heures d'ouverture peuvent être adaptées aux besoins des A&J.
- Gratuité des services.
- Peut améliorer l'utilisation de la PF.
- Plus facile de relier l'ECS aux services SSRAJ.

### Désavantages

- **Peu d'infirmières scolaires** dans la plupart des pays de la région, donc difficile de mettre à échelle nationale.
- La plupart des programmes de santé scolaire ne sont **pas suffisamment financés**.
- Dysfonctionnement de plusieurs infirmières scolaires de la région.
- Besoin d'un effectif dédié et formé.
- Services offerts peuvent dépendre des décisions du Ministère de l'Éducation.

### Mise à l'échelle

- **Tributaire du nombre et de la qualité des infrastructures et du personnel déjà en place.**

### Pérennisation

- Ce modèle peut être pérenne **si institutionnalisé dans le système de santé et d'éducation, et si des ressources humaines et financières suffisantes sont allouées.**

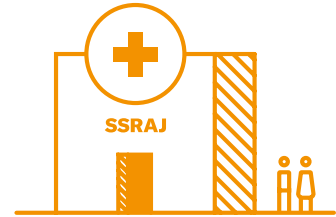
### Recommandations

OPTION POUR ÉLARGIR L'ACCÈS UNIQUEMENT SI UN SYSTÈME D'INFIRMERIES SCOLAIRES/UNIVERSITAIRES EST DÉJÀ EN PLACE

(risque de ne pas être efficace du point de vue du coût, si les infirmières doivent être créées).

Il faut noter que la santé scolaire a un grand potentiel pour développer la SSRAJ (ECS, orientation vers des services de SSRAJ, etc.) même en l'absence d'infirmerie dans l'établissement scolaire.

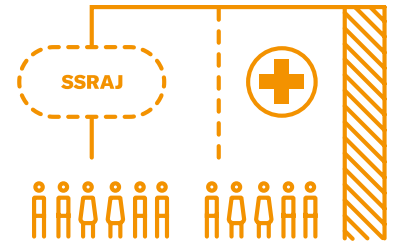
## Service ou centre indépendant



<b>Type de PPS</b>	Consacré à la prestation de services cliniques pour les A&J. Ce modèle est souvent utilisé par le secteur privé, notamment les ONG ou autres prestataires privés, bien que, dans certains pays, ce modèle ait été mis en œuvre par le secteur public. Ce modèle comprend parfois des PE disponibles sur place, faisant la promotion des services offerts auprès des jeunes dans l'aire desservie.
<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ <b>Moins de stigmatisation.</b></li><li>→ <b>Plus de confidentialité.</b></li><li>→ Meilleure attitude et qualité des services offerts.</li><li>→ Heures d'ouverture peuvent être adaptées aux besoins des A&amp;J.</li><li>→ Pour améliorer l'utilisation, les services sont <b>généralement gratuits</b> pour les A&amp;J.</li></ul>
<b>Désavantages</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ <b>Rarement présent hors zone urbaine</b>, car la rentabilité repose sur un volume élevé de clients. Inégalité d'accès.</li><li>→ <b>Mise en œuvre à l'échelle nationale trop onéreuse.</b></li></ul>
<b>Mise à l'échelle</b>	Demande beaucoup de ressources et ne <b>réussit généralement que dans les zones urbaines</b> à forte densité démographique.
<b>Pérennisation</b>	<p>Une fois le financement retiré, les services s'effondrent (ces installations sont souvent financées par des bailleurs).</p> <p><b>Si le centre obtient des ressources (paiements pour services) et s'il est situé dans des zones urbaines avec une demande élevée, il peut être financièrement auto-suffisant.</b></p>
<b>Recommandations</b>	<p><u>OPTION POUR ÉLARGIR L'ACCÈS À COURT ET MOYEN TERME</u></p> <p>Peut-être une option à long terme si financièrement pérenne, mais ce modèle est restreint aux zones urbaines à forte densité.</p>



## Franchisage social



### Type de PPS

Le franchisage social est un réseau de prestataires/établissements de santé liés par un accord contractuel pour fournir des services sous une marque/nom commun avec le maintien d'une certaine norme de qualité. Le soutien peut venir du secteur privé, public ou une combinaison des deux. Une franchise sociale peut être un centre indépendant, un espace séparé et/ou intégré.

### Avantages

- **Moins de stigmatisation.**
- **Plus de confidentialité.**
- Moins de prestataires à former, superviser et appuyer.
- Heures d'ouverture peuvent être adaptées aux besoins des A&J.
- Peut être relié à des produits de marketing social tels que les préservatifs et la création de la demande pour renforcer l'efficacité.

### Désavantages

- Requier un chef de file (souvent une ONG) pour entre autres : la formation, le soutien, et la supervision.
- Requier une marque commune et une stratégie centralisée de marketing.
- Requier un système d'assurance de qualité.
- Requier une structure précise de tarifs.

### Mise à l'échelle

Ce modèle peut être complémentaire car il utilise souvent des infrastructures et des RHS déjà en place. Néanmoins, il est insuffisant en lui-même, car ces PPS sont **rarement situés en zones rurales ou de faible densité démographique**. Sa mise à l'échelle **nationale est donc difficile**.

### Pérennisation

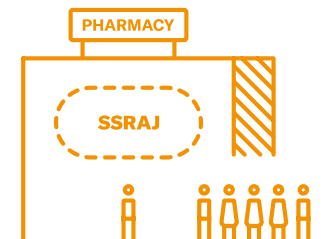
**Si le centre obtient des ressources (paiements pour services) et s'il est situé dans des zones urbaines avec une demande élevée, il peut être financièrement auto-suffisant.**

### Recommandations

#### OPTION POUR ÉLARGIR L'ACCÈS À COURT ET MOYEN TERME

Peut-être une option à long terme si financièrement pérenne, mais ce modèle est restreint aux zones urbaines à forte densité.

## Pharmacies

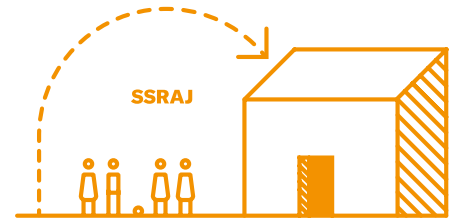


### Type de PPS

Le personnel fournit des conseils et des produits ou services de base en matière de SSR (par exemple, préservatifs, autres contraceptifs, contraception d'urgence, traitement des IST, etc.)

<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ <b>Services rapide et relativement anonymes.</b></li><li>→ Services facilement accessibles (sauf en zone rurale).</li></ul>
<b>Désavantages</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ <b>Paquet de services limité.</b></li><li>→ <b>Qualité très variable</b> d'où une efficacité et une adéquation limitées.</li><li>→ Prestations limitées par le temps disponible.</li></ul>
<b>Mise à l'échelle</b>	→ <b>La capacité de mise à l'échelle dépend de la couverture et de la solidité du réseau existant de pharmacies et de ressources pour fournir une assurance de qualité et un soutien constant à un grand réseau pharmaceutique.</b>
<b>Pérennisation</b>	→ La plupart des pays connaissent une rotation élevée et une grande mobilité/informalité dans le secteur pharmaceutique rendant difficile la pérennisation.
<b>Recommandations</b>	<u>OPTION POUR ÉLARGIR L'ACCÈS À COURT ET MOYEN TERME</u> (mais difficile à mettre en œuvre)

## Centres de jeunes



### Type de PPS

Les centres de jeunes sont le plus souvent des structures indépendantes avec des espaces qui sont consacrés aux divertissements et/ou à la formation professionnelle. Ils peuvent disposer d'une pièce ou d'un espace où des agents de santé offrent des services cliniques (préventifs ou de base), des conseils ou encore une orientation vers d'autres services. Parfois, cela peut être un centre (espace ludique, informatique) situé dans l'enceinte d'un établissement de santé.

<b>Avantages</b>	→ Peuvent contribuer à <b>l'autonomisation des A&amp;J.</b>
<b>Désavantages</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ <b>Peu efficace</b> pour augmenter l'utilisation des services de SSR.</li><li>→ <b>Utilisation plus faible par les populations à plus haut risque</b> telles que les adolescents et surtout les adolescentes. Plutôt utilisés par des jeunes, le plus souvent de sexe masculin qui pourraient utiliser d'autres points de prestation de services.</li><li>→ <b>Coût total par service fourni très élevé.</b></li><li>→ <b>Difficile à mettre à échelle nationale.</b></li></ul>
<b>Mise à l'échelle</b>	<b>Très difficile de mettre à échelle.</b>
<b>Pérennisation</b>	<b>Inefficace et coûteux.</b>
<b>Recommandations</b>	<p><b><u>A ÉVITER</u></b></p> <p><u>SI DÉJÀ EN PLACE, NÉCESSITÉ D'UNE DISCUSSION SUR LES POSSIBILITÉS DE RÉAMÉNAGEMENT ET RÉORIENTATION À D'AUTRES FINS EST NÉCESSAIRE</u></p>



MUSKOKA Niger © Vincent Tremeau

Une mise à l'échelle des services qui garantit une certaine égalité d'accès ne sera possible qu'au travers d'une combinaison **de modèles adaptés au contexte**. Etant donné que les différents modèles prennent plus ou moins de temps à mettre en œuvre, le plan d'action doit **planifier pour le court, moyen et long terme**.

Très peu de pays en Afrique ont à ce jour mis à échelle nationale des services de SSRAJ alignés aux standards globaux de l'OMS<sup>17</sup>. L'Éthiopie (voir encadré) est un exemple de pays qui avec le soutien des différentes parties prenantes a eu quelques succès. Le pays a intégré la SSRAJ, en multipliant rapidement le nombre de points de prestations offrant des services de SSRAJ, et a initié la mise à l'échelle nationale. Les quatre pays de la revue documentaire mettent en œuvre une combinaison de modèles et tous préconisent l'intégration de la SSRAJ dans les

structures de santé publique. Actuellement la capacité des structures de santé à offrir des services de SSRAJ de qualité est faible dans tous les pays documentés, et dans certains une grande proportion des structures offrant un paquet global de services de SSRAJ est à l'initiative d'ONG. Cela pourrait avoir une incidence sur la pérennité à long terme des programmes s'ils ne sont pas appropriés par l'État et intégrés dans son allocation budgétaire.

## Mise à l'échelle de services intégrés de SSRAJ – l'expérience de l'Éthiopie

L'Éthiopie, avec l'appui technique et financier de Pathfinder, JSI, USAID et KOICA (Korean International Cooperation Agency), a initié la mise à l'échelle de services de SSRAJ intégrés aux PPS existants. Le processus inclut une mise à l'échelle verticale (institutionnalisation) et horizontale (expansion géographique). Pour ce faire, les partenaires ont renforcé les capacités techniques et de gestion des autorités locales, régionales et centrales. Il faut aussi souligner que la mise à l'échelle initiale a été financée par les donateurs, ce qui a permis l'expansion initiale et l'institutionnalisation.

Pour appuyer les parties prenantes dans la mise en œuvre et la coordination, le programme a établi des postes de Responsable Régional de SSRAJ dans quatre régions. Ces postes ont permis entre autres de renforcer les capacités des parties prenantes locales, de mettre en place un système d'apprentissage entre les différents sites, d'intégrer la SSRAJ dans la supervision formative (et donc d'améliorer la qualité des services offerts), ainsi que de faciliter l'institutionnalisation de la SSRAJ dans les plans de travail et les budgets régionaux permettant une pérennité à long terme. Pour assurer une bonne coordination et collaboration, des réunions trimestrielles ont pris place entre les autorités sanitaires de district et régionales, le personnel des établissements de santé et les pairs éducateurs.

La mise à l'échelle de services de SSRAJ a été développée en trois phases principales.

### 2006 à 2008 – Phase initiale

- ↳ Visite d'apprentissage au Mozambique (pour visiter le programme de Geração Biz un autre programme de Pathfinder).
- ↳ Développement d'un consensus parmi les parties prenantes clés sur le processus et le contenu d'une mise à l'échelle.
- ↳ Élaboration des critères de sélection de PPS pour la SSRAJ, et la sélection de 20 sites pilotes.
- ↳ Elaboration d'une stratégie nationale de SSRAJ et de normes et procédures pour la mise en œuvre de services de SSRAJ.
- ↳ Formation des prestataires et des pairs éducateurs.
- ↳ Mise en œuvre de services de SSRAJ dans 20 sites pilotes.

### 2008 à 2014 – Mise à l'échelle

- ↳ Documentation et dissémination des leçons tirées de la mise en œuvre dans les PPS pilotes.
- ↳ Élaboration d'un programme national de formation de prestataires sur la SSRAJ et établissement de réseaux régionaux de formateurs.

- ↳ Échanges d'apprentissage avec les sites pilotes.
- ↳ Essai/pilotage de nouvelles composantes pour améliorer le paquet de services SSRAJ offert.
- ↳ Le gouvernement et d'autres parties prenantes habilités à renforcer et intensifier les activités de SSRAJ.
- ↳ Mise à l'échelle horizontale des services de SSRAJ atteignant 248 PPS.

### **2015 à 2016 - Phase de transition**

- ↳ Les Bureaux Régionaux de Santé utilisent les PPS existants comme modèles.
- ↳ Des Bureaux Régionaux de Santé organisent des formations sur la SSRAJ.
- ↳ Élaboration d'une nouvelle stratégie nationale sur la santé des adolescents et des jeunes.
- ↳ Les Bureaux Régionaux de Santé prennent en charge les services de SSRAJ et la gestion des pairs éducateurs.

### **Résultats**

- ↳ Augmentation de 14 (en 2006) à 248 PPS adaptés aux A&J dans les établissements de santé et sur 13 campus universitaires.
- ↳ 3334 prestataires formés en SSRAJ.
- ↳ 5 million d'A&J ont accédé à des services de SSRAJ.
- ↳ 22 994 pairs éducateurs formés.
- ↳ 14 963 476 A&J ont eu accès à de l'information sur la SSR.

Le pays prévoit d'étendre les services de SSRAJ à tous les établissements de santé. Certaines régions comme Oromia ont déjà commencé à institutionnaliser la SSRAJ dans tous les établissements de santé.

Les A&J mariés ont aussi bénéficié d'un programme qui a permis aux agents de santé communautaire (35 000 dans le pays) de distribuer des contraceptifs. L'existence de politiques qui appuie l'accès des adolescents aux contraceptifs quel que soit leur état matrimonial, la décentralisation de la mise en œuvre vers les régions (planification et budgétisation), et des systèmes d'information sanitaire qui recueillent et communiquent des données pertinentes sont identifiées comme des facteurs clés dans le succès du programme de PF.

Sources: Gwyn Hainsworth and others, "Scale-up of Adolescent Contraceptive Services: Lessons From a 5-country Comparative Analysis", *JAIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 66, Supplement 2 (2014), pp. S200-S208; USAID, Pathfinder International and John Snow, Inc. (JSI), Youth-friendly Services, Piloting to Scaling-up in Ethiopia (December 2016); USAID, Pathfinder International, JSI, Bridging Youth-friendly Services to Scale in Ethiopia (April 2012).

**Pratique prometteuse issue de la région :**

En réponse à la faiblesse des services publics et dans le but d'améliorer la qualité et l'accès aux services SSRAJ, un nombre de pays établissent des partenariats entre le secteur public, le secteur privé, les ONG, et les partenaires techniques et financiers

(PTF). En Guinée le centre Blue Ecoute (voir encadré ci-dessous) combine les quatre secteurs. Au Sénégal la Division du Contrôle Médical Scolaire du Ministère de l'Éducation pilote depuis la rentrée 2017 un partenariat avec MSI (une ONG) pour mettre en œuvre des services de SSRAJ dans certaines infirmeries scolaires.

## Le Centre Blue Écoute – un partenariat multisectoriel prometteur

Le Blue Écoute est un centre indépendant consacré à la prestation de services cliniques et de conseil pour les A&J. Le centre est un partenariat entre :

- ↳ L'AGBEF (une ONG affiliée à IPPF) qui gère le centre ;
- ↳ Le Groupe Bolloré, une compagnie privée qui met à disposition des locaux (l'infrastructure), prend en charge son entretien, et couvre le salaire de la responsable du centre ;
- ↳ Le Ministère de la Santé qui offre les effectifs (un docteur et une infirmière) ; et
- ↳ UNFPA qui appuie la structure avec des équipements, des produits de PF et le soutien des activités du plan d'actions du centre.

Le Centre offre un paquet de service complet qui inclut le counseling, conseil, dépistage, traitement, préservatifs et produits de PF. Les services sont offerts à un coût minimal (l'implant Jadelle est offert à 10 000 GNF – le prix officiel ; tandis qu'une sur-tarification dans les hôpitaux peut faire grimper le prix jusqu'à 150 000 GNF) ce qui permet une certaine récupération des coûts. En plus des professionnels, le centre compte un groupe de pair éducateurs - le Mouvement d'Action des Jeunes (MAJ) présent dans la plupart des structures de l'AGBEF - qui met en œuvre de nombreuses activités pour créer la demande.

Les jeunes du MAJ mettent en œuvre des causeries, des campagnes spécifiques, font du plaidoyer dans la communauté, des orientations, des sensibilisations et orientent les A&J vers le Centre Blue Écoute pour l'offre de services. Les animateurs du MAJ utilisent aussi le porte-à-porte dans la zone desservie par le

centre pour atteindre les non-scolarisés. Pour mettre en œuvre les campagnes, le centre se tourne vers les Chefs de quartier pour demander leur aide et appui. Les Chefs identifient des jeunes pour accompagner et faciliter la campagne. Les animateurs du MAJ sont aussi de permanence au centre où ils/elles utilisent des jeux et autres activités pour discuter de la SSRAJ avec les jeunes qui viennent utiliser les services.

Le centre et le MAJ sont très actifs sur les réseaux sociaux. Plusieurs groupes WhatsApp ont été créés tel celui sur la sexualité responsable et les droits. 10 jeunes gèrent les groupes WhatsApp, et la page Facebook sous le nom « Génération qui ose » est administrée par l'Association des Blogueurs de Guinée (ABLOGUI). Des débats sont organisés sur les réseaux sociaux sur différentes thématiques. 20 à 30 participants sont actifs durant les débats, et à la fin un responsable du centre résume la discussion et souligne les messages importants.

Le centre se trouve dans la Blue Zone, un campus/espace privé pour jeunes, auquel tous peuvent adhérer à un coût minimal. La Blue Zone est un projet du groupe Bolloré, une compagnie internationale de transport et logistique, communication, et de solutions de stockage d'électricité. La Blue Zone a été développée comme espace pour le développement d'activités économiques, culturelles et sportives. Elle est alimentée par des panneaux photovoltaïques qui assurent que les espaces sont éclairés, alimentés en eau potable, et connectés à l'Internet. Les installations comprennent des infrastructures sportives, une salle de cinéma, un lieu de réunion, théâtre etc. Les jeunes du MAJ et les professionnels du Centre Blue Écoute mettent aussi en œuvre des activités de sensibilisation dans la Blue Zone. En plus de l'accès par la Blue Zone, une entrée directe de la rue au centre Blue Écoute permet aux non-membres de la Blue Zone d'utiliser les services de la clinique.

Bien que le recouvrement des coûts ne soit pas suffisant pour couvrir tous les frais du centre, le partenariat avec ses coûts partagés permet une certaine pérennité. Non seulement les coûts sont moindres pour chaque organisation, mais les contributions de celles-ci sont en ligne avec leurs mandats (UNFPA fournit les produits de PF, Le Ministère les effectifs médicaux, etc.). Néanmoins, étant un centre indépendant ce modèle ne peut être mis à échelle car il requiert une forte densité de population et l'appui du secteur privé.

Le Centre a ouvert ses portes en début 2017 et n'a donc pas encore été évalué. Néanmoins le centre note une bonne utilisation qui augmente petit à petit, et que plus de filles que de garçons utilisent le centre pour les services de contraceptions/PF et les IST.



### 3.1.3 Le paquet de service pour les adolescents et les jeunes, et son intégration

**L'établissement de santé propose un ensemble d'informations, de conseils, de diagnostic, de traitements et de services de soins répondant aux besoins de tous les adolescents. Ces services sont proposés au sein de l'établissement et par l'intermédiaire de mécanismes de référence et d'actions de proximité.<sup>18</sup>**

Norme 3 (OMS/ONUSIDA) - Un ensemble de services adaptés

Le paquet de services pour les A&J diffère en fonction du modèle et du niveau auquel il est offert. Le paquet est plus complet dans un hôpital de district/national qu'au niveau communautaire, et dépend de l'infrastructure et des effectifs en place. Chaque pays devra s'assurer d'élaborer et d'intégrer dans le paquet d'activités minimum défini, le paquet minimum à destination des A&J à mettre en œuvre à chaque niveau et pour chaque modèle de PPS. Le paquet de services SSRAJ devra prendre en compte le fait que les A&J et leurs besoins ne sont pas homogènes. Le paquet de services de SSRAJ offert dans les formations sanitaires et à plus haut niveaux devrait couvrir au minimum des activités d'éducation/prévention/conseil (telles que l'ECS ou les IST /VIH, la grossesse, les VBG, la puberté, la PF, etc.), la distribution de préservatifs et autres contraceptifs, le dépistage et le traitement (par exemple pour les IST, VIH etc.), et la vaccination dont celle contre le VPH.

Le paquet de services pour les A&J, l'appui nécessaire à sa mise en œuvre, ainsi que la combinaison de modèles de mise en œuvre préconisée, auront des répercussions. Bien que l'intégration des services SSRAJ ne requière pas nécessairement une nouvelle structure ou de prestataires additionnels, une bonne planification est nécessaire. Une intégration pourrait entraîner la nécessité de réorganiser la gestion des formations sanitaires, car elle pourrait entre autres avoir un impact sur la charge de travail des prestataires. Ceci pourrait à son tour se répercuter sur le temps d'attente des clients et la qualité des services offerts si les effectifs ne sont pas adaptés au besoin. L'identification des prestataires (sage-femme, infirmier(e), agents de santé, etc.) et de quels services ils sont responsables (tous les services, contraception/PF uniquement, la grossesse, les VBG, etc.), est nécessaire. Cette clarification est nécessaire pour identifier les besoins en ressources humaines et savoir quels effectifs former, quand et pour quel service.

D'autres répercussions incluent :

- ↳ Les besoins en matière d'infrastructure (par exemple si l'option des espaces séparés est optée alors cela nécessite un espace privé, etc.).
- ↳ L'équipement et la technologie nécessaires à chaque niveau.
- ↳ Les besoins en intrants, l'approvisionnement, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, et la gestion des stocks.
- ↳ Les besoins en transport.

Une intégration des services SSRAJ dans une formation sanitaire peut se faire au travers d'un personnel spécifique formé pour la prestation de tous les services offerts, ou en formant tous les effectifs aux services SSRAJ. Cette dernière option requiert que les A&J voient plusieurs prestataires selon les besoins (sage-femme pour grossesse, etc.). Le choix impacte sur la façon dont la formation sanitaire sera gérée, la formation du personnel de santé, le temps d'attente, etc.

Les besoins en SSR des A&J changent et un modèle unique n'est pas efficace. Le paquet de service doit être adapté entre autres à l'âge du patient, son sexe et son état civil. Les besoins d'une adolescente diffèrent dramatiquement de ceux d'une jeune fille mariée voulant fonder une famille. De plus, la période du début de l'adolescence (10-14 ans) est mal desservie et nécessite un ciblage.

### 3.1.4 Développement de standards/normes/procédures pour les services de SSRAJ

L'OMS et l'ONUSIDA ont élaboré des normes mondiales pour des services de santé de qualité destinés aux adolescents. Le but de ces normes est d'aider les pays à mettre en œuvre une approche normative pour

améliorer la qualité des services de santé destinés aux adolescents. Ces normes peuvent être utilisées comme telles ou être révisées et adaptées au contexte du pays.

---

**Normes mondiales pour améliorer la qualité des services de santé destinés aux adolescents**


---

<b>Norme 1</b>	<b>Éducation sanitaire des adolescents</b>	L'établissement de santé met en place des systèmes visant à faire en sorte que les adolescents connaissent bien leur propre santé et sachent où et quand faire appel aux services de santé.
<b>Norme 2</b>	<b>Appui de la communauté</b>	L'établissement de santé met en place des systèmes permettant aux parents, aux tuteurs et à d'autres membres de la communauté, ainsi qu'aux organisations communautaires, de savoir combien il est important de proposer des services de santé aux adolescents, de soutenir la mise à disposition de ces services et d'encourager les adolescents à les utiliser.
<b>Norme 3</b>	<b>Un ensemble de services adaptés</b>	L'établissement de santé propose un ensemble d'informations, de conseils, de diagnostic, de traitements et de services de soins répondant aux besoins de tous les adolescents. Ces services sont proposés au sein de l'établissement et par l'intermédiaire de mécanismes de référence et d'actions de proximité.
<b>Norme 4</b>	<b>Compétences des agents</b>	Les agents de santé font preuve des compétences techniques nécessaires pour prodiguer des services de santé efficaces aux adolescents. Les agents de santé et le personnel d'appui respectent et protègent le droit des adolescents à l'information, la vie privée, la confidentialité, la nondiscrimination, à ne pas être jugés et au respect, et agissent en conséquence.
<b>Norme 5</b>	<b>Caractéristiques des établissements</b>	L'établissement de santé a des heures d'ouverture pratiques, présente un environnement accueillant et propre, et garantit le respect de la vie privée et de la confidentialité. Il dispose des équipements, des médicaments, des fournitures et des technologies nécessaires pour garantir la mise à disposition d'un service efficace à destination des adolescents.
<b>Norme 6</b>	<b>Équité et nondiscrimination</b>	L'établissement de santé met à disposition de tous les adolescents des services de qualité, indépendamment de leur capacité à payer, de leur âge, sexe, situation de famille, niveau de formation, origine ethnique, orientation sexuelle ou autres caractéristiques.
<b>Norme 7</b>	<b>Données et amélioration de la qualité</b>	L'établissement de santé collecte, analyse et exploite des données sur l'utilisation des services et la qualité des soins, ventilées par âge et par sexe, afin de servir de base à l'amélioration de la qualité. Le personnel de l'établissement de santé est encouragé à prendre part à cet exercice.
<b>Norme 8</b>	<b>Participation des adolescents</b>	Les adolescents prennent part à la planification, au suivi et à l'évaluation des services de santé, ainsi qu'aux décisions concernant leurs propres soins. Ils sont également impliqués dans certains aspects particuliers de la prestation de service.

Source: WHO and UNAIDS, Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents (Geneva, WHO, 2015). Note d'orientation en français: Une approche fondée sur les normes pour améliorer la qualité des services de santé destinés aux adolescents. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246105/1/WHO-FWC-MCA-15.06-fre.pdf?ua=1>

---

Il revient aux Ministères de la Santé d'établir ou mettre à jour des normes et standards par type de PPS qui incluent entre autres, les conditions préalables en matière d'infrastructure, de transport, d'équipement et de technologie, de médicaments et de produits de base (PF inclus), ainsi que les besoins en ressources humaines. Ce travail est donc étroitement lié à l'élaboration du paquet minimum d'activité et peut être fusionné dans un seul document. Les normes devraient aussi définir les compétences et attitudes nécessaires aux prestataires, telles la compréhension de ce qui rend les A&J vulnérables, les services dont ils ont besoin et la manière dont ces services devraient être fournis (par exemple la confidentialité). En plus des normes, standards et procédures opérationnelles, des outils d'aide à la décision pour les prestataires sur la SSRAJ devraient être révisés ou élaborés. Une fois finalisés, ces documents devront être diffusés dans tous les PPS, un plan de formation développé et mis en œuvre, et un système mis en place pour le Suivi et l'Évaluation.

L'élaboration de standards/normes/procédures nationales permet d'assurer que tous

les prestataires qu'ils soient du secteur public ou non gouvernemental, sachent ce qu'ils doivent fournir au minimum et leurs responsabilités à cet égard. De plus, ces documents établissent des critères qui permettent une évaluation de la convivialité des services offerts pour les A&J. L'évaluation permet à son tour d'identifier les lacunes et les problèmes persistants, et de déterminer les mesures correctives qui devraient être mises en œuvre. Des normes nationales peuvent aussi être utilisées pour accréditer (ou même franchiser) les Points de Prestation de Services, ce qui contribuerait à réduire les obstacles car les structures reconnues comme étant conviviales aux A&J attirent plus de clients.

Trois des quatre pays de la revue et la majorité des pays de la région ont élaboré des normes de SSRAJ ou de services de santé adaptés aux A&J. Néanmoins, la mise en œuvre est souvent incomplète, s'arrêtant à leur diffusion ou avec très peu de formation et de soutien aux prestataires. De plus, certaines ont été élaborées il y a plusieurs années et pourraient ne pas être en adéquation avec les directives les plus récentes de l'OMS.

**Pratique issue de la région:** Le Togo a développé un Référentiel des Services de Santé de la Reproduction Adaptés aux Adolescents et aux Jeunes en Milieux Scolaire, Universitaire et Extrascolaire (2014) qui souligne les activités qui devraient être mises en œuvre dans le contexte des infirmeries scolaires (en plus de la prise en charge des maladies courantes, des blessures et traumatismes mineurs). Elles incluent: la prévention et prise en charge de la grossesse; la prévention, dépistage et traitement des IST/VIH/SIDA; les préservatifs et autres formes de contraceptions; l'information et le counseling sur la puberté, l'infertilité, les VBG, les substances nocives, les accidents, le mariage d'enfants, etc.; la vaccination contre le Papillome du Virus Humain; etc.

### 3.1.5 Formation, supervision et soutien aux prestataires

**Les agents de santé font preuve des compétences techniques nécessaires pour prodiguer des services de santé efficaces aux adolescents. Les agents de santé et le personnel d'appui respectent et protègent le droit des adolescents à l'information, la vie privée, la confidentialité, la nondiscrimination, à ne pas être jugés et au respect, et agissent en conséquence.<sup>19</sup>**

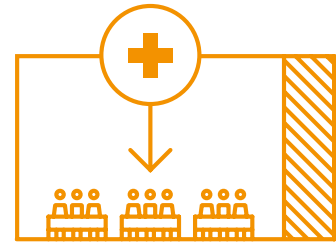
Norme 4 (OMS/ONUSIDA) – Compétences des agents

Les stratégies préconisées pour la mise en œuvre et à échelle des services de SSRAJ, ainsi que le paquet de services dans les différents PPS, affectera le nombre et le type d'effectifs (sage-femme, ASC, docteur, PE, les superviseurs, les responsables du système d'information sanitaires, etc.) à former ainsi que le contenu de la formation. Tous les effectifs en contact avec les A&J devraient être formés, bien que le contenu de la formation dépend du rôle de chacun. Étant donné que le nombre de personnes à former repose sur la combinaison de modèles préconisés, le paquet de services et son intégration, la formation pourrait être un facteur influant les décisions nécessaires à une mise à l'échelle. L'intégration dans tout le système de santé publique nécessiterait que la quasi-totalité du personnel soit formé, ce qui coûterait plus cher et prendrait plus de temps.

Étant donné que l'un des plus grands obstacles à l'utilisation de services par les A&J est l'attitude négative de nombreux prestataires, leur formation requiert non seulement de développer des compétences, connaissances et aptitudes, mais aussi de changer les attitudes négatives. Pour ce faire, une méthodologie qui inclut une réflexion sur les valeurs propres du personnel devra être utilisée. Les prestataires doivent comprendre

les principes d'équité et de respect des droits des jeunes, y compris celui de la confidentialité. La formation doit donc permettre aux prestataires d'identifier leurs attitudes, croyances, préjugés et jugements qui pourraient affecter leurs interactions avec les A&J, ceci afin de briser les tabous et obstacles à une prestation de qualité.

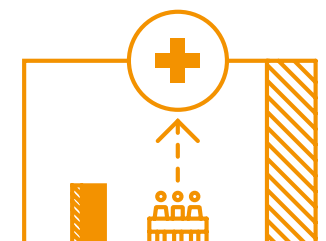
Le taux de rotation élevé du personnel dans la plupart des pays amène à un besoin constant de formation. Pour pallier cette situation, l'intégration de la SAJ dans la formation initiale/de base est essentielle. Une formation initiale et continue est donc nécessaire pour atteindre tous les prestataires. Chaque type de formation a ses avantages et désavantages (voir tableau ci-dessous). L'intégration de la SAJ (qui inclut la SSR) dans la formation initiale prend plus de temps à mettre en œuvre mais sera plus rentable à moyen et long terme. Une grande proportion du contenu relatif à la SAJ est déjà incluse dans les formations de base, bien qu'il existe souvent un décalage entre les normes nationales et internationales et les curricula. Idéalement, le contenu de la formation initiale devrait être standardisé pour toutes les institutions de formation qu'elles soient publiques ou privées.

Avantages et désavantages des différents types de formation

Type de formation

**Formation initiale**

<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Plus efficace au niveau du coût.</li> <li>→ Permet une formation plus approfondie.</li> <li>→ Permet une pérennité à long terme.</li> </ul>
<b>Désavantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Affectera l'emploi du temps.</li> </ul>
<b>Décisions/Implications</b>	<p>La formation initiale peut dépendre d'un autre ministère (ou du secteur privé) ce qui requiert une coordination entre les ministères et peut compliquer/retarder la mise en œuvre.</p> <p>Plusieurs décisions sont nécessaires concernant le cours/contenu, sera-t-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Facultatif;</li> <li>→ Autonome;</li> <li>→ Intégré dans d'autres sujets;</li> <li>→ Enseigné sur la durée de la formation initiale ou sur un trimestre; etc.</li> </ul> <p>De plus, il faudra décider à quelle formation initiale (sage-femme, médecin, agents de santé, etc.) la SAJ sera intégrée.</p>



Type de formation

**Formation continue****Avantages**

→ Essentielle pour atteindre les prestataires déjà en poste.

**Désavantages**

- Plus coûteuse et difficile à mettre à échelle (non pérenne).
- Difficile de trouver le temps pour une formation de qualité.
- La formation est souvent réduite à un contenu technique, avec peu de temps alloué à une analyse des attitudes.

**Décisions/Implications**

Certaines décisions sur la méthodologie sont nécessaires, comme par exemple: qui et comment former les prestataires. L'expérience démontre que l'aspect médical n'est pas le seul facteur. De bonnes compétences en formation sont essentielles, et la formation en cascade, bien que moins coûteuse est moins efficace.

**Le choix de la méthodologie pour la formation continue dépendra donc des nombres à former et du financement disponible.**

**A long terme une formation initiale est à privilégier**, bien que des formations continues soient toujours nécessaires.

**Ces deux types de formations doivent donc être mises en œuvre simultanément.** Dans le court terme, la formation continue couvrira plus d'effectifs notamment durant la révision et la mise en place des curricula de formations initiales.

En plus de la formation, les prestataires auront besoin de termes de références précis qui les rendent responsables pour la SSRAJ, d'une supervision formative et d'un mentorat, d'un apprentissage continu, ainsi que des d'outils de référence/décisionnels. La supervision et un soutien aux prestataires bien que démontrés comme étant essentiels, sont identifiés comme une faiblesse dans nombreux pays. Souvent les superviseurs n'observent pas les prestataires avec les A&J, et certains ne maîtrisent pas bien la SSRAJ et donc ne peuvent fournir une assistance efficace aux prestataires. La supervision et le soutien requièrent une mise en œuvre par le Médecin Chef de District, l'Équipe Cadre de District (ECD), le point focal SSR et le chef du centre de santé pour un soutien continu. La formation de ces effectifs devrait donc inclure une section sur la supervision et l'assistance. De plus, chaque pays devra identifier des activités de soutien aux prestataires pour faciliter la mise en œuvre. Ceci pourrait inclure l'établissement de groupes de discussions dans les centres de santé sur les difficultés engendrées par la prestation de services SSRAJ et l'identification de solutions. Si possible, la SSRAJ devrait être incluse dans les descriptions de postes de tous les prestataires en contact avec les A&J.

Tous les pays de la revue mettent en place des formations continues pour les prestataires. Aucun pays ne peut dire avec exactitude combien de prestataires ont été formés car la formation est organisée par différentes parties prenantes. Dans de nombreux pays, différents PTF soutiennent la formation de prestataires, chacun mettant l'accent sur les thématiques qui les intéressent. Une meilleure coordination permettrait une standardisation, une amélioration du contenu, et la possibilité d'intégrer la SSRAJ à moindre coûts. Ceci éviterait aussi les doublons, et assurerait une meilleure couverture géographique. Les quatre pays sont loin d'atteindre une couverture nationale, et les zones rurales et difficiles d'accès ont reçu moins de formation. Aucun pays n'a intégré la SSRAJ dans les formations initiales.

L'UNFPA dans le cadre du projet SWEDD est en train de soutenir la création de centres d'excellence régionaux pour la formation initiale des Sages-Femmes (SF) et de mettre en place un doctorat de SF. Ces centres sont une opportunité pour intégrer la SAJ dans les formations initiales.

**Pratique issue de la région:** En Guinée, pour essayer de contrer les attitudes négatives des prestataires et identifier les croyances et les préjugés qui les affectent, le Ministère de la Santé a mis en œuvre des formations conjointes pour les prestataires et les jeunes. Bien que ce programme n'ait pas encore été évalué, les exercices de jeu de rôle et les conversations ont permis aux participants d'observer et de commencer à comprendre les difficultés et préoccupations des uns et des autres. Les jeux de rôles ont permis aux prestataires de s'entraîner avec des jeunes qui pouvaient leur fournir un compte rendu sur leur prestation.



### 3.1.6 Communication pour le changement de comportement au niveau national

Améliorer l'accès et l'utilisation des services de SSRAJ dépend non seulement des systèmes mis en place dans les PPS, mais aussi de l'environnement dans lequel les A&J vivent et interagissent. Certains ont des idées reçues sur les DSSRAJ et peuvent ressentir de la peur, de la honte et/ou de la stigmatisation. La désapprobation de la communauté agit non seulement comme un obstacle à l'accès des A&J, mais aussi comme un obstacle à la prestation des services. Les prestataires sont souvent des membres de la communauté dans laquelle ils travaillent et vivent avec les contraintes sociétales de cette communauté.

Le besoin de changer les mentalités est donc un élément essentiel. Ceci inclut entre autres la nécessité de s'attaquer aux inégalités de genre; aux barrières socio-culturelles; aux raisons pour lesquelles les A&J n'utilisent pas les services; aux idées reçues sur les contraceptifs et la PF et leurs effets secondaires; à l'inefficacité de mettre l'accent sur l'abstinence (tel que démontré par l'expérience globale) et le besoin d'impliquer les parents dans l'éducation sanitaire et sur la sexualité.

Une campagne nationale d'Information, Éducation et Communication (IEC)/de Communication sur le Changement Social et de Comportement (CCSC) peut:

- ↳ Commencer à sensibiliser les A&J et leurs tuteurs sur les DSSR.
- ↳ Contribuer à rendre les services SSRAJ acceptables.
- ↳ Commencer à s'attaquer aux inégalités de genre en termes de croyances, d'attitudes

et de normes qui ont un impact majeur sur la SSRAJ, en particulier pour les filles et les femmes.

Les campagnes nationales et locales peuvent être mises en œuvre sur entre autres: les droits et les lois en matière de SSRAJ, la parité des sexes, le VIH, l'importance des services de SSR pour la santé et l'accès aux services. Les thématiques prioritaires dépendront du contexte national et des obstacles sociétaux à l'accès et à l'utilisation des services de SSRAJ qui ont été identifiés. Différents supports sont utilisés entre autres les radios, la télévision (par exemple pour «C'est la vie» voir 3.2.3 pour plus de détails), les panneaux d'affichage, la téléphonie mobile et d'autres options de mSanté, les réseaux sociaux etc. Étant donné le nombre de parties prenantes y compris les ONG et le secteur privé qui mènent des activités dans ce domaine, la coordination et la collaboration sont particulièrement importantes lors de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une campagne d'IEC/CCSC. Elles contribueront non seulement à garantir une standardisation et la qualité des messages, mais aussi à réduire les risques de lacunes ou de doublons, ce qui rendra la campagne nationale plus efficace.

En plus d'une campagne nationale destinée aux A&J, parents, tuteurs et leaders communautaires et religieux (voir section 3.2.4 pour plus de détails sur les interventions visant ces derniers), des supports didactiques sur la SSRAJ devraient être élaborés pour les A&J et mis à leur disposition dans les différents PPS (par exemple les espaces jeunes dans les centres de santé) et diffusés par le biais d'activité de sensibilisation.



MUSKOKA Sénégal © Vincent Tremeau

### **Un modèle/un message ne convient pas à tous**

Une segmentation des populations cibles est essentielle pour développer des messages et des interventions efficaces. Cette segmentation est nécessaire à différents niveaux : l'âge, le sexe, l'état civil, A&J, les parents, les leaders, etc. et devrait se faire pour l'IEC, les activités de création de demande et sur le paquet de services offert.

## **3.1.7 Intrants & gestion de la chaîne d'approvisionnement**

Une mise en œuvre et à échelle de services de SSRAJ entraînera un besoin accru d'équipement, d'intrants, de produits de PF y compris préservatifs, et médicaments. Selon les services intégrés et la rapidité d'une mise à l'échelle, il faudra sélectionner les intrants essentiels, la quantité souhaitée et établir si les fonds existants couvriront les coûts (en tenant compte du besoin d'une gratuité ou d'un tarif minimal pour les A&J). Ces besoins supplémentaires devront être intégrés dans les mécanismes nationaux d'approvisionnement et de gestion des stocks.

Tous les pays de la revue et un grand nombre de pays de la région indiquent des faiblesses dans la fonctionnalité de leurs systèmes d'approvisionnement, de stockage et de distribution des produits, ce qui a pour résultat des ruptures de stock dans les PPS.

L'UNFPA en tant que partenaire clé pour l'approvisionnement des produits de PF travaille à la réduction des goulots d'étranglement et à la livraison des contraceptifs jusqu'au dernier kilomètre.

### 3.1.8 Le Suivi et l'Évaluation, et la ventilation de données

**L'établissement de santé collecte, analyse et exploite des données sur l'utilisation des services et la qualité des soins, ventilées par âge et par sexe, afin de servir de base à l'amélioration de la qualité. Le personnel de l'établissement de santé est encouragé à prendre part à l'amélioration continue de la qualité.<sup>20</sup>**

Norme 7 (OMS/ONUSIDA) - Données et amélioration de la qualité

Le Suivi et l'Évaluation (S&E) est une composante importante d'une mise en œuvre et d'une mise à l'échelle de services de SSRAJ, permettant d'adapter les interventions selon les résultats. Le S&E se fait au niveau national, provincial/district et au niveau du PPS. En fonction du pays, certaines données sont collectées à différents niveaux, mais les données ne sont souvent ni transférées vers le niveau national, ni analysées. Un Suivi et une Évaluation des intrants, des coûts, des processus et des résultats pourraient permettre d'analyser les stratégies/modèles qui fonctionnent mieux pour atteindre les différents sous-groupes et les plus vulnérables. Néanmoins dans de nombreux pays, le manque de ressources humaines et financières à tous les niveaux affecte la mise en œuvre du S&E.

Tous les pays de la revue et un grand nombre de pays de la région indiquent des faiblesses dans le système de S&E ainsi qu'un manque de données ventilées par âge, sexe, niveau d'instruction, état matrimonial, lieu, quintile de richesse, conditions de vie et autres facteurs socioéconomiques clés qui permettraient une analyse plus approfondie des besoins par lieu géographique et sous-groupes ciblés. Des données pour certaines cibles telles que les A&J non mariés et notamment

les adolescents de 10-14 ans sont particulièrement rares et difficiles à recueillir.

Bien que des données désagrégées et la remontée des informations sur les A&J au niveau central permettraient un meilleur ciblage et amélioreraient l'efficacité, il est important de ne pas créer un système parallèle. Les indicateurs spécifiques aux A&J, leurs collectes et la remontée des données devraient donc être intégrés dans le système d'information sanitaire existant.

Le manque de données ventilées est un obstacle majeur à la mise en œuvre de services SAJ efficaces, mais ne devrait pas constituer un obstacle à l'action. Des données sur les A&J, même insuffisantes, ainsi que des données sur le fardeau de maladies des adultes peuvent être utilisées afin d'initier des interventions. Des données ventilées seraient aussi utiles pour le plaidoyer envers les décideurs politiques, les Ministères des Finances et les Partenaires Techniques et Financiers pour une plus grande allocation de ressources pour la santé des A&J. Il est donc recommandé que les pays qui ne le font pas encore, mettent en place des processus pour permettre la ventilation de données.

## 3.2 Créer la demande

### 3.2.1 Participation, sensibilisation et autonomisation des A&J

**Les adolescents prennent part à la planification, au Suivi et à l'Évaluation des services de santé, ainsi qu'aux décisions concernant leurs propres soins. Ils sont également impliqués dans certains aspects particuliers de la prestation de service.<sup>21</sup>**

Norme 8 (OMS/ONUSIDA) - Participation des adolescents

La participation et l'implication des A&J dans la SSRAJ sont essentielles. L'expérience globale démontre que l'efficacité d'une intervention est d'autant plus forte quand les adolescents et les jeunes participent à l'élaboration, à la mise œuvre, à l'évaluation et au plaidoyer pour des interventions en matière de DSSR. Tous les pays de la revue ont des organisations de jeunes qui sont actives en matière de DSSR, impliqués dans le plaidoyer, mais souvent ce sont celles des jeunes (très peu d'adolescents) de milieu urbain et bien éduqués. Ce groupe ne représente pas nécessairement les A&J des milieux ruraux pauvres et n'ont pas les mêmes besoins. Une diversité d'âge, de genre, de contexte (urbain et rural), de niveau éducationnel, et de niveau socio-économique est nécessaire pour s'assurer que tous les A&J sont représentés.

La participation des A&J est plus développée dans certains pays que dans d'autres. Ceci est le cas au Sénégal qui compte un grand nombre d'organisations actives sur les DSSR, que ce soit pour mener à bien des campagnes ou pour participer à l'élaboration d'un programme d'ECS.

## Sénégal: une société civile dynamique

Le Sénégal compte un nombre d'organisations actives sur la thématique de la SSRAJ. Ces organisations œuvrent séparément et en collaboration. Un exemple d'une collaboration efficace fut le partenariat entre Parole aux Jeunes, Afriyan Girls, Réseau des jeunes en population et développement, Mouvement d'Action des Jeunes, GEEP, Sénégalaise Dreams et le Réseau des bloggeurs du Sénégal. Ces organisations ont lancé une campagne en 2015, «jeunes et réseaux sociaux sur la santé de la reproduction des adolescentes et des jeunes» #FAGARU #JOTNA, «Il est temps de se protéger». La campagne visait à promouvoir la santé de la reproduction des jeunes à travers des articles, photos, vidéos, en utilisant le hashtag #FAGARU #JOTNA. Une évaluation en 2015 de la campagne démontra qu'elle avait atteint ses objectifs: nombre de tweets, amélioration du dialogue sur la SSRAJ, etc. L'évaluation nota aussi le besoin de donner plus de renseignements sur comment accéder à l'information et aux services de SSRAJ.

*Source: Maria Haapasalo. Study on the Social Media Campaign #Fagaru Jotna. Senegalese Youth/Sexual and Reproductive Health/Social Networks (UNFPA Senegal, 2014)*

MUSKOKA Sénégal © Vincent Tremeau





MUSKOKA Tchad © Vincent Tremeau

L'autonomisation des jeunes contribue à créer les compétences et les attitudes nécessaires pour prendre des décisions éclairées sur les relations amoureuses et sexuelles, sur le corps, la vie, la famille, et la communauté. **Tous les pays de la revue mettent en œuvre des projets d'autonomisation**, que ce soit au travers des Ministères (tels que la jeunesse, la femme, l'action sociale, etc.) ou au travers d'ONG. Ces projets sont souvent couplés à la sensibilisation sur les DSSR. Des centres de jeunes<sup>22</sup> sont présents dans tous les pays, et la plupart forment des PE et mettent en œuvre des activités de prévention du VIH/IST/grossesses, des projections de films, des causeries, du théâtre, de la musique, des activités de sensibilisation de masse couplés

au dépistage, des formations à l'entrepreneuriat, etc. Néanmoins, l'expérience globale démontre que « les centres de jeunes, l'éducation par les pairs et les réunions publiques ponctuelles n'ont généralement pas été efficaces : pour faciliter l'accès des adolescents et des jeunes aux services de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) ; modifier leurs comportements ; ou influencer les comportements sociaux/normes concernant la SSR<sup>23</sup> ». L'allocation de fonds pour les centres de jeunes ayant pour but d'améliorer l'utilisation des services de SSRAJ devraient donc être abandonnée. Toutefois, dans les pays ayant reçu des investissements humains et financiers de taille, les centres pourraient être réaménagés et réorientés à d'autres fins.

## TECHNIDEV – un projet pour renforcer l'autonomisation des jeunes

Le but de TECHNIDEV étant l'autonomisation et la réussite scolaire, une approche globale est mise en œuvre. La porte d'entrée est le soutien scolaire auquel est intégré l'éducation à la santé de la reproduction (l'organisation n'utilise pas le terme « sexuelle » pour éviter que le projet soit rejeté). Le projet joue sur la synergie entre l'éducation offrant un effet protecteur et, le fait qu'une bonne compréhension de la SSR et des compétences permet de se protéger et de continuer ses études.

L'organisation travaille avec des lycées pour créer des espaces conviviaux au sein des lycées gérés et animés par un animateur formé et payé par l'organisation. Ce centre multimédia de soutien scolaire contient des ordinateurs, un accès à l'internet, et des matériaux didactiques sur support papier et numérique. Les équipements diffèrent selon le centre/lycée, par exemple l'accès à l'internet. Les matériaux couvrent non seulement le programme scolaire mais aussi l'éducation à la santé de la reproduction. De plus, dans certains centres qui n'ont pas d'animateurs permanents ou d'accès à l'internet, un système a été mis en place pour permettre aux étudiants de contacter directement un enseignant pour demander un soutien scolaire.

Les formations offertes aux élèves couvrent l'informatique et la santé de la reproduction. De plus, des élèves ambassadeurs sont formés pour devenir des pairs éducateurs de la SSRAJ. Des séances de sensibilisation sur le mariage précoce, la PF etc. sont organisées à l'intention des élèves du lycée par leurs pairs, pour leur permettre d'avoir accès à l'information, et de demander les services SSR dont ils ont besoin.

La formation sur des sujets considérés comme étant « privés » est prise en charge par une femme dans le lycée féminin (l'animateur du centre est un homme), d'habitude la sage-femme de l'infirmierie scolaire. Le mariage précoce étant un sujet qui affecte de nombreuses jeunes filles, cette thématique est utilisée pour aborder d'autres sujets de la SSR. Les PE du lycée féminin ont aussi initié des discussions sur le mariage précoce dans leurs communautés.

TECHNIDEV forme aussi un groupe d'enseignants du lycée sur les 7 modules qui constituent les manuels sur la santé de la reproduction. La formation d'un jour leur apprend à intégrer le contenu dans leurs cours et les aide à développer une feuille de route dans ce but.

Dans le lycée féminin une approche globale est en place et comprend des services de SSRAJ offerts au sein de l'infirmierie scolaire. Pour ce faire,

l'UNFPA a renforcé la capacité de l'infirmier scolaire en équipements et produits contraceptifs.

Le contexte difficile du pays, un taux élevé de grossesses et mariages précoces, nécessite une approche sur plusieurs fronts et l'utilisation de différents points d'entrée. L'autonomisation et le soutien scolaire sont des points d'entrée qui jouent sur les synergies entre la SSR et l'éducation. Ce modèle diffère des centres de jeunes car il est situé dans le lycée (d'où un accès facile au groupe cible); il peut atteindre les jeunes adolescents et n'a pas pour but d'améliorer l'utilisation des services de SSR. TECHNIDEV s'appuie sur son objectif d'autonomisation et d'amélioration des résultats scolaires pour toucher des sujets qui affectent la réussite scolaire tel que la SSR.

Sources: documents TECHNIDEV; FFM, Annual Report FSP Muskoka 2016. Synthesis (FFM, 2016)

### 3.2.2 Éducation Complète à la Sexualité

**L'établissement de santé met en place des systèmes visant à faire en sorte que les adolescents connaissent bien leur propre santé et sachent où et quand faire appel aux services de santé.<sup>24</sup>**

Norme 1 (OMS/ONUSIDA) - Éducation sanitaire des adolescents

L'Éducation Complète à la Sexualité (ECS) est un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur un programme portant sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. L'ECS vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances factuelles, de compétences, d'attitudes et de valeurs qui leur donneront les moyens de: s'épanouir – dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité; développer des relations sociales et sexuelles respectueuses; réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être et sur celui des autres; et de comprendre leurs droits et les défendre tout au long de leur vie<sup>25</sup>.

L'ECS couvre 8 concepts clés:

1. Relations
2. Valeurs, droits, culture et sexualité
3. Comprendre la notion de genre
4. Violence et sécurité
5. Compétences pour la santé et le bien-être
6. Corps et développement humains
7. Sexualité et comportement sexuel
8. Santé Sexuelle et Reproductive

Les concepts clés, leurs thèmes et objectifs d'apprentissage par tranche d'âge sont élaborés dans les *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. Une approche factuelle*<sup>26</sup>.



L'expérience globale démontre qu'une sensibilisation sur les DSSR est insuffisante. Ce n'est qu'avec une ECS de qualité, lié à des services de SSRAJ, qu'un impact est appréciable. Il est donc essentiel d'élaborer et de mettre en œuvre une ECS de qualité en et hors milieu scolaire, et d'intégrer une orientation vers les services de SSRAJ dans l'ECS, soit durant les cours et les activités d'ECS, soit en planifiant des activités conjointes entre les secteurs de la santé et de l'éducation (voir 3.2.5 pour plus de détails).

L'élaboration d'un curriculum n'est que la première étape, d'autres considérations techniques telles que la formation, la supervision et l'appui aux enseignants, l'ECS comme disciple autonome ou intégré à d'autres sujets, ainsi que d'autres éléments clés comme le plaidoyer, la coordination et la collaboration, etc. sont essentielles. Pour plus de détails sur l'établissement et la mise à l'échelle d'une ECS de qualité veuillez-vous référer à la brochure et au rapport<sup>28</sup> développés par UNFPA WCARO sur l'ECS.

Bien que les quatre pays de la revue soient à différentes phases d'élaboration et de mise en œuvre d'une ECS, **aucun n'a de programme en et hors milieu scolaire à l'échelle nationale**<sup>27</sup>.

## Élaboration d'une ECS en milieu scolaire – Sénégal

Au Sénégal, une coalition de parties prenantes a initié un travail sur l'élaboration d'une ECS. Un atelier pour la mise en commun de contenus a eu lieu en présence de plusieurs Ministères, de l'ONU, des PTF et des OSC. L'atelier a abouti à l'élaboration d'un document de référence qui identifie les 7 thèmes principaux d'une ECS pour le pays. Un atelier de finalisation des contenus communs de l'ECS par les experts du Ministère de l'Éducation Nationale (MEN) a été organisé pour s'assurer que ces contenus soient conformes aux directives et aux normes du MEN. Ce processus a permis à toutes les parties prenantes de s'exprimer, de proposer des composantes et d'arriver à un consensus final.

La stratégie préconisée est d'intégrer les 7 thématiques dans les programmes scolaires à tous les niveaux du primaire et secondaire, au travers du Projet d'Appui au Renouveau des Curricula (PARC - une réforme de tous les curricula). Ce projet, bien qu'initié, prendra plusieurs années à élaborer et mettre en place les nouveaux programmes scolaires. En attendant l'intégration, les projets existants tels que celui du GEEP au niveau secondaire, continuent d'administrer l'éducation sexuelle dans les écoles.

### 3.2.3 Technologie de l'Information et de la Communication

Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) deviennent de plus en plus importantes dans la vie des A&J. Qu'ils soient en milieu urbain ou pas, ils ont pour la plupart accès aux réseaux sociaux (au moyen de la téléphonie mobile) et aux médias (télévision, radio etc.). Ces sources d'informations et de communications sont souvent les seules sources facilement accessibles, mais elles ne véhiculent pas toujours des informations exactes ou correctes. Le web (réseau mondial) peut autant être une source de mauvaises informations, de préjudice et d'harcèlement qu'une source positive. Trop souvent, les jeunes ne savent pas faire la différence.

Les gouvernements et les OSC utilisent de plus en plus les TIC pour atteindre les jeunes non seulement « physiquement » mais aussi par le biais d'un « langage » qu'ils

comprennent et dans lequel ils se reconnaissent. Un grand nombre de pays de la région ont des lignes vertes (gratuites), soit sur la SSRAJ, soit pour les enfants en détresse ou pour les VBG. Les lignes sont gérées par des conseillers ou automatisées telles que le service téléphonique 'Gindima' du Sénégal. 'Gindima' qui signifie « éclaire-moi » en wolof, a été lancé le 12 août 2016 pour permettre aux jeunes des régions et des milieux ruraux d'accéder à l'information automatisée sur la SSR. Fin 2017, plus de 200 000 appels ont été enregistrés sur cette ligne automatique, accessible en français et wolof 24h/24, 7jour/7 et qui fournit des informations relatives à 7 grandes thématiques que sont : le cycle menstruel; les IST et le VIH/SIDA; l'anatomie et la puberté; la contraception; la grossesse; la violence, les mutilations génitales féminines et les abus; et la sexualité.

## C'est la Vie – un projet à échelle régionale



Les TIC sont utilisés par des programmes régionaux et par un nombre de différentes OSC. Le projet « C'est la Vie », une initiative de Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC) portant sur la santé maternelle et infantile, la santé de la reproduction y compris des adolescents et des jeunes, la qualité des soins et les violences

basées sur le genre, a été diffusée dans 44 pays de l'Afrique Sub-Saharienne (sur TV5 Monde Afrique, A+, et 3 plateformes de VOD). L'initiative consiste en une série télévisée d'éducation par le divertissement et d'une campagne cross média sur les radios, les médias sociaux, l'internet et au travers d'actions de communication communautaire. Des guides communautaires, un par épisode, sont ciblés sur des thématiques permettant l'animation de projections-débats communautaires, en milieu scolaire et sanitaire et peuvent également être utilisés dans le cadre d'émissions radio.

Des résultats préliminaires positifs incluent :

- ↳ 135 heures de temps d'antenne sur les télévisions panafricaines en 2016 ;
- ↳ Plus de 20 millions de téléspectateurs juste sur TV5 Monde Afrique ;
- ↳ Plus de 200 000 épisodes regardés sur la plateforme VOD de TV5 (contenu le plus regardé) ;
- ↳ En 2017 « C'est la Vie » a été diffusé sur les chaînes de télévision nationales publiques et privées dans 30 pays ;
- ↳ Une campagne pilote sur les médias numériques (un mois) : 1 900 pages/jours, 250 000 personnes atteintes, dont 40% entre 15-25 ans ;
- ↳ 100 000 fans sur Facebook ; et
- ↳ 16 000 abonnés sur YouTube et 50 000 vues par épisode.
- ↳ Une série radio de 31 épisodes de 20 minutes, chacun diffusé en français sur RFI Afrique (entre 4 et 5 millions d'auditeurs par épisode)

Information complémentaire accessible sur <http://www.ongraes.org/nos-programmes/sante-sexuelle-et-reproductive/cest-la-vie/>

## Paroles aux Jeunes – les TIC en action

L'organisation de « Paroles aux Jeunes » du Sénégal utilise les différents TIC à sa disposition pour mettre en œuvre différentes activités. L'organisation mène une campagne digitale (Facebook, twitter, blog etc.) autour de la SSRAJ auquel participent des rappeurs et d'autres personnalités du pays. « Paroles aux Jeunes » organise aussi divers évènements et compétitions, comme autour de la Campagne « Carton Rouge aux Mariages des Enfants » organisée sous la forme d'un 'tweet up' avec d'autres pays de la région. Pour lutter contre les fausses informations en matière de SSRAJ sur internet, l'organisation forme des jeunes sur comment utiliser et parler de la SSR sur les réseaux sociaux. De plus, dans chaque région, un club « Paroles aux Jeunes » a été établi avec sa propre page Facebook. Ces clubs travaillent aussi avec les PE des centres de jeunes.

L'organisation est populaire, 40 000 jeunes la suivent et contribuent à travers les réseaux sociaux. Un modérateur vérifie les contenus postés, toutefois du fait du nombre de plateformes existantes, cela peut être s'avérer compliqué et difficile à réaliser en temps voulu.

MUSKOKA Sénégal © Vincent Tremeau



### 3.2.4 Sensibilisation et mobilisation des parents, des communautés et des leaders communautaires et religieux

**Le centre de santé met en place des systèmes permettant aux parents, aux tuteurs, à d'autres membres de la communauté, ainsi qu'aux organisations communautaires, de réaliser l'importance de proposer des services de santé aux adolescents, de soutenir la mise à disposition de ces services et d'encourager les adolescents à les utiliser.<sup>29</sup>**

Norme 2 (OMS/ONUSIDA) - Appui de la communauté

Les barrières socioculturelles et le fait que la sexualité soit considérée comme un sujet tabou rendent difficile toutes discussions et tous débats sur la sexualité et peut créer des obstacles à l'accès et à l'utilisation de services SSRAJ. Par conséquent, les informations véhiculées par l'école, les parents, les amis, les leaders religieux etc. sur la sexualité sont souvent contradictoires.

Surmonter les obstacles socioculturels implique de mener à bien une campagne de communication pour le changement de comportements qui viserait les normes et attitudes sociétales négatives, ainsi qu'une campagne de sensibilisation à destination des parents et de la communauté sur la SSRAJ. Les campagnes peuvent inclure l'utilisation des médias (voir section ci-dessus sur l'IEC/CCSC) ainsi que des interventions plus personnelles telles que des causeries dans les communautés, des activités au sein

des écoles avec les parents et des activités pour améliorer la communication parents/enfants.

**Tous les pays de la revue ont initié des activités avec les leaders religieux et communautaires.** Au Sénégal, le Réseau Islam et Population a développé un argumentaire sur la PF, identifiant les versets du Coran et les hadiths du prophète qui soutiennent l'utilisation de la PF et l'éducation sexuelle, ainsi que les contres arguments pour ceux qui s'y opposent. Le même travail a été initié au Tchad avec le Conseil Supérieur des Affaires Islamiques du Tchad (voir encadré ci-dessous).

## Tchad – l’Islam, force positive pour la PF

Depuis 2015, l’UNFPA appuie le Conseil Supérieur des Affaires Islamiques du Tchad pour contrer les idées préconçues selon lesquelles l’Islam interdit la PF. Une des premières activités était un voyage d’étude en Indonésie et au Bangladesh au profit du Conseil Supérieur des Affaires Islamiques du Tchad en août 2015. Ce voyage a été suivi d’un atelier d’échange d’expériences sur la PF tenu dans la Grande Mosquée Roi Fayçal. Des imams, des prédicateurs et prédicatrices et des étudiants ont participé à l’atelier. 450 leaders musulmans ont reconnu l’importance de la PF dans le développement d’un pays et se sont engagés à sensibiliser leurs fidèles sur les bienfaits de la PF. Suite à l’atelier, l’association des prédicatrices a organisé une séance de sensibilisation et d’information sur la PF à laquelle 650 fidèles ont participé. En juillet 2017, un symposium a réuni 1200 leaders religieux sur le thème “Islam, Dividende Démographique et Bien-être familial” (en soutien au projet SWEDD), accroissant la portée de ce travail à un niveau régional. De plus, l’UNFPA a appuyé la réhabilitation et l’extension du centre de santé de la Grande Mosquée qui offre des services de PF pour les fidèles.

Le projet avec le Conseil Supérieur des Affaires Islamiques continue et organise des symposiums/ateliers dans les régions pour sensibiliser les Imams, les prédicatrices, et autres leaders religieux et communautaires. Le projet espère être mis à l’échelle nationale.

Le plaidoyer envers les leaders religieux a eu d’autres impacts tels que l’engagement solennel de 21 communautés pour l’abandon des mutilations génitales féminines et la promotion de l’initiation sans excision.

MUSKOKA Tchad © Vincent Tremeau



L'expérience globale démontre que la participation des tuteurs/parents/communautés/leaders dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes sur l'ECS et les services SSRAJ contribue de manière importante à surmonter les obstacles et à augmenter l'impact du programme. Pour ce faire, d'autres stratégies telles que les dialogues et la mobilisation communautaires, les

programmes de communication parents-enfants, ainsi que la formation des membres influents de la communauté en matière de plaidoyer et de communication sur la SSRAJ, seront nécessaires. Les liens communautaires existants ainsi que des partenariats avec la communauté et les organisations locales peuvent être utilisés à cette fin.

### 3.2.5 Systèmes d'orientation vers les Points de Prestation de Services

Augmenter l'utilisation de services de SSRAJ requiert aussi que l'information sur la gamme des services offerts et où accéder à ces services, soit communiquée et que les obstacles socioculturels soient éliminés. Plusieurs pays de la région expérimentent des activités pour renforcer les liens entre les différents secteurs et créer la demande pour les services. Au niveau des Ministères de la Santé et de l'Éducation cela peut se traduire par :

- ↳ Des visites, par classe, dans le centre de santé pour une familiarisation et des explications sur les services offerts ;
- ↳ Une orientation vers les services de SSRAJ durant les cours d'ECS ;
- ↳ Des activités menées par les prestataires de santé dans les écoles ; et
- ↳ La formation commune des prestataires de santé et des enseignants d'une même localité, et l'élaboration et la mise en œuvre par ceux qui sont formés d'un plan de mise en œuvre d'activités d'ECS et de SSRAJ.

Des ONG/OSC œuvrent pour créer des liens et réduire les obstacles, par exemple en mettant en place des systèmes de coupon pour accéder gratuitement à des services de santé ou à la provision d'un système de transport pour faciliter l'accès au centre de santé.

L'information sur le paquet de services offert et où y accéder peut être disséminée à travers différentes activités. Les clubs scolaires qui sont présents dans les quatre pays sont souvent utilisés pour véhiculer l'information et organiser des événements de sensibilisation parfois soutenus par les prestataires de santé. Les PE œuvrent dans la communauté, les centres de jeunes et les écoles. De plus les TIC sont un mécanisme efficace et peu coûteux pour transmettre l'information. L'objectif étant une orientation vers les PPS adaptés aux A&J, le plus important étant d'assurer que toutes les interventions en SSRAJ identifient et communiquent les points de prestation de services les plus proches et les plus adaptés.

## Le Centre Médical de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry – une collaboration multisectorielle

Le Centre Médical de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry est un bon exemple de collaboration multisectorielle. Certains intrants/équipements et le personnel sont mis à disposition par le Ministère de la Santé, l'UNFPA soutient l'approvisionnement des produits de PF, et le Ministère de l'Éducation prend en charge la structure et son entretien. Le centre offre un paquet de services complet qui comprend la prévention, le dépistage et le traitement, mis en œuvre par un effectif qui comprend : médecin, laborantin, et infirmier.

Le centre prend en charge prioritairement :

- ↳ Les étudiants de l'université (12 000) ;
- ↳ Les enseignants chercheurs et encadreurs (703) ;
- ↳ Les élèves et apprenants des établissements d'enseignement de proximité ; et
- ↳ Les communautés environnantes.

Les activités mises en œuvre comprennent :

- ↳ Consultation médicale et prise en charge des cas
- ↳ Service de contraception et planification familiale
- ↳ Dépistage volontaire du VIH/Sida
- ↳ Dépistage et prise en charge des IST
- ↳ Distribution de préservatifs masculins
- ↳ Conférence, débat et sensibilisation sur la santé

Pour créer la demande le centre a établi un espace pour les jeunes où l'on trouve des matériaux didactiques, des jeux et des équipements audiovisuels. Le centre travaille avec un nombre d'organisations de jeunes telles que le Collectif des chefs de classe, l'Union des sages-femmes, l'Association Guinéenne pour la Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire (AGUIPSSU) et le Cercle Scientifique Stomatologie- Pharmacie-Médecine (CESSPHAM). Ces organisations mettent en œuvre des activités et des journées de sensibilisation et d'information sur la SSRAJ au sein de l'université et dans les communautés environnantes. Des activités culturelles et scientifiques en lien avec la SSRAJ (telles que des quizz sur la SSRAJ) sont aussi organisées dans l'université.

Les facteurs qui influent le succès du centre sont identifiés comme étant :

- ↳ Son personnel - qui est bien formé, disponible, qui agit avec transparence, et qui est tenu responsable pour ses actions.
- ↳ Une bonne collaboration avec les organisations de jeunes qui sensibilisent, mobilisent et orientent les A&J (de l'université et de la communauté) vers le centre.
- ↳ La confidentialité et l'intimité.
- ↳ Un leadership fort.



## 3.3 Créer un contexte propice à la mise en œuvre

### 3.3.1 Leadership & plaidoyer

Une mise en œuvre et à échelle des services de SSRAJ est impossible sans l'appropriation et le leadership du gouvernement. Pour être efficaces, les services doivent être intégrés dans les systèmes existants et doivent faire partie des activités essentielles du Ministère de la Santé. Selon le contexte du pays, cela peut nécessiter des changements de politique, de lois, de budgets, etc. qui sont impossibles sans un leadership de haut niveau. L'intérêt porté au dividende démographique dans la région est une opportunité pour insérer la SSRAJ dans l'agenda et le budget du gouvernement et de justifier sa mise en œuvre par les différents Ministères.

Le leadership et l'appropriation sont également nécessaires aux niveaux provincial/district ainsi qu'au niveau opérationnel. Étant donné qu'une mise en œuvre et à échelle nécessite l'utilisation de systèmes existants dans lesquels les ressources humaines et financières sont souvent déjà limitées, des décisions difficiles sont parfois nécessaires. Le leadership dans les Points de Prestation de Services est également essentiel pour faire évoluer les mentalités et s'assurer que le personnel consacre du temps et fournisse des services de bonne qualité sans porter de jugement.

Tous les pays de la revue ont soit une division/unité/section de la santé de l'adolescent, soit une division plus spécifiquement axée sur la SSRAJ. Ces unités sont pour la plupart placées au sein de la Direction de la Santé Reproductive/Santé Maternelle et infantile/Planning Familial. Bien que ces unités existent, elles sont pour la plupart assez faibles, du fait de ressources humaines et

financières limitées et d'un positionnement qui ne leur permet pas de travailler facilement avec les autres sections du Ministère, ce qui est essentiel pour garantir l'intégration des services de SSRAJ dans les structures de santé publique.

Dans les pays de la revue, quelques priorités de plaidoyer sont communes à tous. Bien qu'une volonté politique existe, elle est entravée par la réalité sur le terrain et les contraintes financières et humaines. Un puissant plaidoyer de la part des PTF et autres parties prenantes est essentiel pour inscrire les A&J dans les priorités gouvernementales et assurer des allocations budgétaires adéquates. Sans un engagement financier de la part de l'État, les programmes de SAJ ne pourront être pérennes. Ce plaidoyer devrait aussi souligner l'importance d'une réponse multisectorielle et encourager les différents secteurs à travailler ensemble.

Le peu de données ventilées affecte l'efficacité de la réponse nationale aux besoins des A&J. Un plaidoyer à tous les niveaux, tel qu'auprès du Ministre de la santé, du système d'information sanitaire, des Médecins Chefs de District etc. est nécessaire pour élaborer et/ou mettre en œuvre des indicateurs ventilés, faire remonter l'information et permettre une analyse.

Le coût des services SSRAJ est un des plus grands obstacles à l'utilisation des services. Un plaidoyer autour de la gratuité et/ou la mise en place de systèmes pour réduire les coûts pour les A&J tels que des coupons ou une couverture universelle médicale qui couvre la SSR, est nécessaire.

### 3.3.2 Contexte juridique et politique

Un contexte juridique et politique propice est essentiel pour une mise en œuvre et à échelle des services de SSRAJ. Une loi ou une politique nationale qui rend obligatoire la prestation de services de SSRAJ (par les agents de santé) sans restriction permet de justifier la mise en œuvre de ces services auprès des parents et tuteurs, et d'assumer la responsabilité pour leurs prestations. De plus, cette loi/politique inscrira le droit des A&J de bénéficier des services de SSRAJ.

Certaines lois peuvent entraver ou au contraire soutenir la mise en œuvre telles que celles relatives à :

- ↳ l'âge de consentement à l'activité sexuelle ;
- ↳ l'âge légal du mariage ;
- ↳ l'âge de consentement et aux exigences relatives à l'état civil pour un accès aux services de SSR (y compris le dépistage, le counseling et le traitement du VIH, la contraception et l'interruption de grossesse) y compris en milieu scolaire ;
- ↳ la notification parentale et le consentement parental à l'utilisation des services ;
- ↳ la confidentialité et quand elle peut être violée (ex. : divulgation d'abus sexuel sur un mineur), avec qui et pour quelles raisons ;
- ↳ la protection des victimes de VBG ;
- ↳ les restrictions sur la prestation de services aux jeunes adolescents de 10 à 14 ans ; etc.

Une revue<sup>30</sup> dans 5 pays de l'Afrique de l'ouest note que bien que les services de SSRAJ soient inclus dans les politiques, législations et stratégies politiques, l'ambiguïté légale sur l'âge du consentement et l'accès aux contraceptifs et autres services de SSR, fait que la prestation de services est dépendante du prestataire et peut donc être affectée par les préjugés de ce dernier.

La plupart des pays de cette revue ont un cadre juridique propice à une mise à l'échelle des services de SSRAJ. Plusieurs sont signataires de conventions et campagnes internationales telles que : la Convention Relative aux Droits de l'Enfant ; le Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (ICPD) ; la Campagne « Mettre fin aux Mariages des Enfants » de la Commission de l'Union Africaine ; etc. La SSRAJ s'aligne aussi avec différents cadres nationaux tels que les plans de développement. Néanmoins, dans tous il existe un manque d'harmonisation entre la législation et la politique et une insuffisance de la vulgarisation et de l'application de lois et des textes juridiques. Par exemple, au Tchad, bien que la loi sur la santé de la reproduction a été rédigée en 2002, aucun décret d'application n'est en place, résultant en une non-application de la loi et affectant la mise en œuvre d'interventions visant la SSRAJ.

Une fois que les lois et les politiques ont été révisées et toutes les modifications nécessaires apportées, elles doivent être diffusées auprès des prestataires, des leaders communautaires et religieux, des parents et tuteurs, des jeunes et autres intervenants clés afin de commencer à réduire les obstacles à l'accès et à l'utilisation des services.

Une mise à l'échelle "verticale" devrait donc inclure un examen de l'environnement politique et juridique pour identifier les obstacles éventuels, les mesures correctives qui pourraient être nécessaires et devrait par conséquent inclure la diffusion et l'application des lois et des politiques modifiées.

### 3.4 Collaboration & coordination

La coordination et la collaboration intra et intersectorielles et avec les partenaires non gouvernementaux sont nécessaires à tous les niveaux: national, régional/district et opérationnel. Au niveau du Ministère de la Santé, une intégration des services de SSRAJ requière une collaboration et coordination interne avec un nombre d'unités telles que celles de la santé des adolescents, la santé de la mère et de l'enfant, la SSR, la formation (initiale et continue), l'approvisionnement et la gestion de stock, le système d'information sanitaire, le planning, le développement de l'infrastructure, etc.

Accroître l'accès et l'utilisation des services de SSRAJ requiert une réponse multisectorielle, et donc une coordination et une collaboration entre les secteurs concernés tels que l'éducation, la jeunesse, le genre, l'action sociale, et avec diverses parties prenantes non gouvernementales. Cela est particulièrement important dans des contextes humains et financiers restreints, car une bonne coordination et collaboration peuvent améliorer l'efficacité, réduire les lacunes et éviter les doublons et les chevauchements.

La coordination et la collaboration sont souvent les maillons faibles d'une mise à l'échelle, du fait de la complexité et du nombre de parties prenantes travaillant dans

l'ECS et la SSRAJ. Cette situation peut être aggravée par le peu de compréhension du rôle de la coordination et la faible capacité de coordination. La revue des quatre pays identifie, entre autres, le besoin :

- ↪ d'une coordination efficace ;
- ↪ d'une concertation entre les parties prenantes pour pallier la duplication d'efforts et la non standardisation (par exemple des curricula de formation des prestataires) ;
- ↪ d'améliorer la collaboration entre les Ministères pour assurer une synergie d'action (par exemple avec le secteur de l'éducation sur les infirmeries scolaires et/ou une ECS) ;
- ↪ de décloisonner les activités de chaque Ministère ; et
- ↪ d'améliorer la coordination entre les PTF.

La coordination et la collaboration sont essentielles pour une mise à l'échelle horizontale. Le rôle spécifique de chaque intervenant doit être compris, et chacun tenu responsable pour son rôle. Néanmoins toute collaboration sera inefficace si l'unité responsable n'a pas l'autorité, le mandat, les

Une cartographie des partenaires et des parties prenantes travaillant sur la SSRAJ est essentielle afin d'évaluer les capacités, les compétences et les ressources disponibles. Cette cartographie qui peut faire partie de l'analyse de situation initiale, permettra d'identifier les parties prenantes, comment les coordonner, et quelles collaborations peuvent créer des synergies.

Certains pays ont plusieurs mécanismes de coordination qui couvrent les A&J. Une rationalisation est nécessaire et devrait inclure une clarification des rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes, le développement de termes de référence précis et l'identification de membres pour chaque mécanisme.

ressources, la capacité ou les compétences requises pour mener la coordination.

Au niveau des PTF du Système des Nations Unies (SNU), plusieurs mécanismes existent pour améliorer la coordination et collaboration, tels que le « One UN » et l'UNDAF. Le Fonds Français Muskoka de par son mécanisme inter-agence propose une réponse concrète pour une meilleure planification,

mise en œuvre et synergie des interventions. Toutefois, la récente attention portée à la spécificité de la cible adolescents et jeunes dans les programmes nécessite encore la formalisation d'une répartition et complémentarité claire des tâches et pour veiller à ce qu'entre autres, il n'y ait pas de chevauchements, et que la couverture géographique soit équitable.

Les approches qui se sont avérées efficaces si fidèlement mises en œuvre, telles que l'éducation complète à la sexualité et les services adaptés aux A&J, ont pourtant tendance à ne pas être mises à échelle en raison des exigences considérables de mise en œuvre qui sont rarement satisfaites (telles que les ressources humaines et financières nécessaires).

Une meilleure coordination et collaboration entre le SNU, les PTF et le gouvernement permettrait un regroupement des ressources pour une mise à l'échelle d'interventions efficaces, plutôt que le statu quo actuel d'une mise en œuvre parcellaire.



---

# 4

---



## **Conclusions et recommandations**



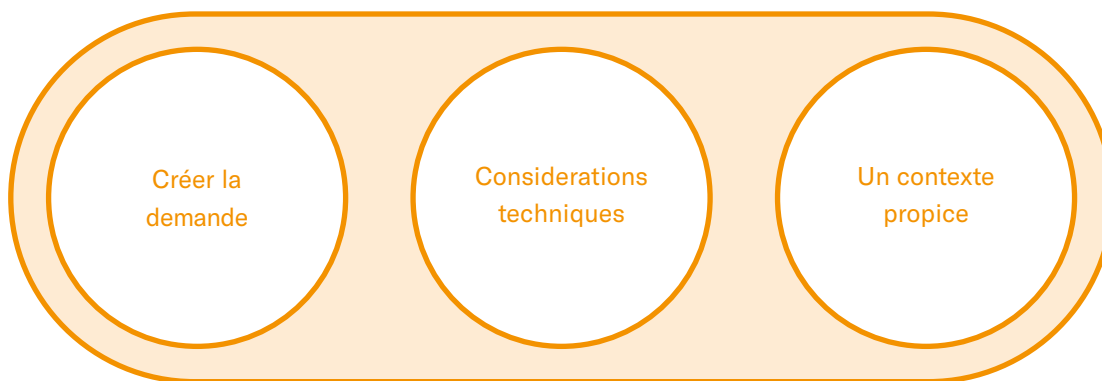
MUSKOKA Guinée © Vincent Tremeau

Une réponse efficace aux besoins des A&J dépend d'actions simultanées et synergiques pour: améliorer la qualité et l'accès aux services, entre autres par le biais de la formation et de la supervision; assurer l'approvisionnement et une bonne gestion des consommables, équipements et autres intrants; et créer la demande et un contexte propice.

A travers l'expérience globale de la SSRAJ, nous savons maintenant ce qui est efficace (l'Éducation Complète à la Sexualité et les services de santé adaptés aux A&J) et devrait être mis à échelle et ce qui ne l'est pas (les centres de jeunes, l'éducation par les pairs et les réunions publiques ponctuelles). Néanmoins certaines interventions considérées comme étant moins efficaces continuent d'être appliquées et bénéficient de ressources. Celles qui ont fait leurs preuves ont tendance à ne pas être mis à échelle (par exemple l'ECS, les services intégrés, etc.) souvent dû aux coûts élevés et au temps nécessaire à la mise à l'échelle. La mise à l'échelle d'interventions efficaces comme la qualité de leur mise en œuvre à long terme, souffrent du manque d'attention et de ressources qui leurs sont accordées.

A l'échelle globale, un nombre de partenaires œuvrent pour partager et disséminer les expériences sur la SAJ, par exemple au moyen du guide AA-HA. Davantage d'efforts sont maintenant nécessaires pour améliorer la planification et la mise en œuvre au niveau national. L'UNFPA est bien placé pour soutenir les pays à analyser la situation, identifier les priorités et élaborer des plans d'action chiffrés basés sur des interventions qui ont fait leurs preuves. Les trois axes principales d'une mise en œuvre et à échelle de services de SSRAJ sont : les considérations techniques, la création de la demande et un contexte propice.

#### Éléments clés pour la mise en œuvre et mise à l'échelle de services de SSRAJ





## 4.1 Considérations techniques

### Définition des priorités & élaboration d'un plan d'action

Situation	Résultat	Action
<p>La plupart des pays ont des politiques/stratégies et plans qui couvrent les A&amp;J.</p> <p><b>La plupart n'ont pas un plan d'action budgétisé</b> qui détaille les actions nécessaires et la chronologie des interventions pour une mise en œuvre et à échelle des services de SSRAJ.</p> <p>Plusieurs pays sont en cours de finalisation de leur Plan SRMNIA, tous intègrent les A&amp;J, et certains sont en phase de budgétisation (tels que la Guinée).</p>	<p>Les pays appliquent les interventions de leurs stratégies selon les ressources financières à leur disposition.</p> <p>Le plus souvent, ce financement vient de PTF et est donc dépendant de leurs intérêts et priorités, ce qui ne permet pas au pays de mettre en place une réponse globale à court, moyen et long terme.</p>	<p><b>Appuyer l'élaboration d'un plan BUDGETISÉ de mise en œuvre et à échelle des services SSRAJ</b> (intégré au Plan SRMNIA ou autre plan, ou un plan indépendant en fonction du contexte national), ainsi que l'élaboration d'un plan de mobilisation de ressources nationales (et internationales) pour assurer la pérennisation à long terme.</p>

L'UNFPA est engagé à soutenir les pays, en fonction des contextes, afin d':

- ↳ Analyser les différentes considérations techniques.
- ↳ Élaborer une cartographie des partenaires et des parties prenantes travaillant en matière de DSSR pour évaluer les capacités, les compétences et les ressources disponibles, ainsi que pour élaborer les mécanismes de coordination et collaboration (en identifiant les parties prenantes, comment les coordonner, et quelles collaborations peuvent créer des synergies).
- ↳ Développer un plan d'action qui devrait inclure au minimum la méthodologie/stratégie préconisées, y compris pour le Suivi et l'Évaluation (S&E); une analyse du processus nécessaire pour une mise en œuvre progressive (chronologie des activités); les objectifs; les rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes et les mécanismes de coordination et collaboration; les actions requises aux niveaux national, provincial/district et opérationnel; et une estimation des coûts, du financement actuellement disponible, et les stratégies pour une mobilisation des ressources.

## Points de prestation & le paquet de services offert

Situation	Considération	Action
<p><b>Les pays de la revue mettent en œuvre une combinaison de modèles de Points de Prestation de Services et tous préconisent l'intégration de la SSRAJ dans les structures de santé publique.</b></p>	<p>Une intégration des services SSRAJ peut requérir une réorganisation de la gestion des formations sanitaires.</p> <p>Les besoins changent et un modèle unique n'est pas efficace, le paquet de service doit être adapté à l'âge, sexe, état civil des A&amp;J, etc. Ceci n'est pas toujours le cas.</p>	<p><b>Identification d'une combinaison de modèles</b> nécessaires à court, moyen et long terme pour une mise à l'échelle pérenne.</p> <p><b>Élaboration d'un paquet d'activités minimum en SSRAJ</b> à mettre en œuvre à chaque niveau et pour chaque modèle de PPS (tenant en compte que les A&amp;J ne sont pas un groupe avec des besoins homogènes).</p> <p>Identification des prestataires (sage-femme, infirmier(e), agents de santé, etc.) et des services dont ils seront responsables (tous les services, la contraception/ PF uniquement, la grossesse, les VBG, etc.).</p> <p><b>Identification du nombre et type de ressources humaines nécessaires et de leurs besoins de formation.</b></p>
<p>Actuellement la capacité des structures de santé à offrir des services de SSRAJ de qualité est faible dans tous les pays documentés.</p>		
<p>Le paquet de services diffère en fonction du modèle et du niveau auquel il est offert.</p>		

- ↪ Basé sur l'expérience globale, l'UNFPA soutiendra les pays qui le demandent dans leur analyse de la situation; à élaborer la combinaison de modèles de Points de Prestations de Services la plus adaptée au contexte; et l'élaboration du paquet de services à offrir à chaque niveau du système sanitaire.
- ↪ L'UNFPA est engagé à soutenir (dans la limite de ses ressources) la mise en œuvre des services de SSRAJ, ainsi qu'assister à l'identification de prestataires requérant une formation, le développement et la mise en œuvre d'une formation (initiale et continue) sur la santé des A&J, et l'élaboration et la mise en œuvre de systèmes de supervision formative et de soutien aux prestataires.

## L'établissement de normes

Situation	Considération	Action
<p><b>Trois pays sur quatre de la revue et la majorité des pays de la région ont élaboré des normes</b> de SSRAJ ou de services de santé adaptés aux A&amp;J. Néanmoins, certaines ont été élaborées il y a plusieurs années et devraient être révisées pour s'assurer qu'elles sont alignées directives les plus récentes de l'OMS.</p> <p><b>Peu de mise en œuvre des normes.</b> Souvent la mise en œuvre est incomplète et s'arrête à la diffusion. Très peu de prestataires sont formés et ils/elles reçoivent peu de soutien pour améliorer leurs prestations.</p>	<p>Les normes ne sont pas mises en œuvre avec fidélité, les prestataires ne sont pas assez outillés pour offrir les services, et les normes peuvent ne pas être en adéquation avec les directives les plus récentes de l'OMS.</p>	<p><b>L'élaboration/révision des normes et standards par type de PPS.</b> <b>Les normes</b> devraient définir les compétences et les attitudes nécessaires aux prestataires, ainsi que les exigences en matière d'infrastructure, de transport, d'équipement et de technologie, de médicaments et de produits de base (PF incluse), les ressources humaines; etc.</p> <p>L'élaboration/révision d'outils d'aide à la décision pour les prestataires sur la SSRAJ devraient être révisés/ élaborés et diffusés.</p>

- ↳ L'UNFPA est engagé à soutenir les pays pour l'élaboration/révision des normes et standards et outils d'aide à la décision.

## Formation & supervision des prestataires

Situation	Considération	Action
<p><b>Tous les pays de la revue mettent en œuvre des formations continues mais aucun n'a intégré la SSRAJ dans les formations initiales des différents prestataires.</b></p> <p>Peu de standardisation de la formation.</p> <p>Peu d'effectifs sont formés et souvent les prestataires n'offrent pas des services de qualité. Les 4 pays sont loin d'atteindre une couverture nationale en termes de formation. Les zones rurales et difficiles d'accès ont reçu moins de formation.</p> <p><b>La supervision et le soutien aux prestataires bien que démontrés comme étant essentiels, sont identifiés comme une faiblesse dans nombre de pays.</b></p>	<p>La formation requiert non seulement de développer des compétences, connaissances et aptitudes, mais aussi de changer les attitudes négatives. Ceci n'est pas toujours le cas.</p> <p>Différents PTF appuient la formation de prestataires, chacun mettant l'accent sur les thématiques qui les intéressent.</p>	<p><b>Élaboration et standardisation de la formation initiale et continue, qui inclut une réflexion sur les valeurs propres du personnel en formation.</b></p> <p>Une meilleure coordination des parties prenantes pour permettre une standardisation, une amélioration du contenu, la possibilité d'intégrer la SSRAJ à moindre coûts, d'éviter les doublons, et d'assurer une meilleure couverture géographique.</p> <p><b>Élaboration de systèmes de supervision formative et de soutien aux prestataires.</b></p> <p><b>Intégration de la SSRAJ dans les descriptions de postes des prestataires.</b></p>

L'UNFPA est engagé à soutenir les pays pour :

- ↪ Standardiser la formation continue et assurer une meilleure coordination entre les parties prenantes pour intégrer la formation sur la SSRAJ à moindre coût, éviter les doublons, et assurer une meilleure couverture géographique.
- ↪ Intégrer et standardiser la formation sur la SSRAJ dans les programmes initiaux de formation des institutions publiques et privées pour tous les cadres en contact avec les A&J.
- ↪ UNFPA dans le cadre du projet SWEDD est en train de soutenir le développement de centres d'excellence régionaux pour la formation initiale des sages-femmes (SF) et la mise en place d'un doctorat de (SF). Ces centres sont une opportunité pour intégrer la SAJ dans les formations initiales.
- ↪ Améliorer la supervision formative et le soutien aux prestataires par l'élaboration de systèmes de supervision ; l'identification d'activités de soutien aux prestataires adaptées au contexte ; la formation des superviseurs ; et la mise à disposition de ressources pour une mise en œuvre.

## Communication pour le changement de comportement au niveau national

### Situation

Améliorer l'accès et l'utilisation des services de SSRAJ dépend non seulement des systèmes mis en place dans les PPS, mais aussi de l'environnement dans lequel les A&J vivent et interagissent. Il est donc important de créer la demande, transmettre aux A&J l'information et les connaissances, et changer les attitudes et comportements (inégalités de genre; barrières socioculturelles; amener à comprendre le bien-fondé d'emmener leurs enfants vers les services; les idées reçues sur la contraception et la PF et leurs effets secondaires; etc.) pour protéger leurs DSSR.

Des activités de CCSC sont mises en œuvre dans tous les pays. Le projet « C'est la Vie » qui est actif au niveau régional et dans certains pays, contribue aux campagnes de CCSC.

**A ce jour, aucun des pays de la revue ne met en œuvre une campagne nationale de CCSC.**

### Recommandations pour UNFPA

L'UNFPA soutiendra l'élaboration et la mise en œuvre d'activités de CCSC par exemple en appuyant des initiatives pour entre autres: relier l'ECS aux services de SSRAJ, orienter les A&J vers les services, mettre en œuvre une ECS hors et en milieu scolaire, et au travers d'autres activités pour atteindre les A&J avec de l'information et développer leurs compétences.

## Intrants & gestion de la chaîne d'approvisionnement

### Situation

Une mise en œuvre et à échelle de services de SSRAJ entraînera non seulement un besoin accru d'équipement et de technologie, mais aussi de préservatifs, produits de PF et de médicaments.

**Tous les pays de la revue et un grand nombre de pays dans la région indiquent des faiblesses dans la fonctionnalité de leur système d'approvisionnement, de stockage et de distribution des produits, d'où des ruptures de stock.**

### Recommandations pour UNFPA

Dans la plupart des pays de la région, UNFPA est déjà actif dans ce domaine. Cependant il faudra prendre en compte l'augmentation des besoins en intrants et améliorer la coordination et la communication entre les différentes équipes de l'UNFPA (A&J, SSR, etc.), et avec les différentes sections du Ministère de la Santé.

## Suivi & Évaluation

Situation	Recommandations pour l'UNFPA
<p><b>Tous les pays de la revue et un grand nombre de pays dans la région indiquent des faiblesses dans le système de Suivi et d'Évaluation ainsi qu'un manque de données ventilées</b> par âge, sexe, état civil et autres indicateurs. Le manque de données est plus important pour les adolescents de 10-14 ans et les adolescents non mariés.</p>	<p>Appuyer l'intégration d'indicateurs spécifiques aux A&amp;J dans les systèmes d'informations existants (identification des besoins et des changements nécessaires tels les formulaires, la formation sur les nouveaux indicateurs, la dissémination des changements aux systèmes, etc.).</p> <p>L'appui de l'UNFPA pour le renforcement des systèmes d'information d'un pays (tels que DHIS 2 ou sur le recensement démographique) est une opportunité pour intégrer des aspects/indicateurs liés aux A&amp;J, ou au moins d'identifier comment des indicateurs spécifiques aux A&amp;J pourraient être intégrés à long terme.</p>

## 4.2 Créer la demande

### Participation, sensibilisation et autonomisation des A&J

L'expérience globale démontre que l'efficacité d'une intervention est d'autant plus forte quand les adolescents et les jeunes participent à l'élaboration, à la mise œuvre, l'évaluation et au plaidoyer en faveur d'interventions en matière de DSSR. Tous les pays de la revue ont des organisations de jeunes qui sont actifs dans la SSRAJ, que ce soit au travers de PE, ou de groupes se concentrant sur le plaidoyer. Néanmoins, ce secteur est plus développé dans certains pays (le Sénégal) que dans d'autres.

↳ L'UNFPA continuera de renforcer les compétences des A&J et des organisations d'A&J dans les pays où ils sont particulièrement faibles pour qu'ils puissent participer à l'élaboration, la mise œuvre, l'évaluation et au plaidoyer en faveur d'interventions sur la SSRAJ.

↳ Pour ce faire, l'UNFPA devra investir davantage dans la déclinaison de la dimension « inclusion » dans l'ensemble des activités, entre autres dans le renforcement des capacités, la formation, et la mise en place d'espaces de participation.

↳ Les A&J ne sont pas tous les mêmes et n'ont pas les mêmes besoins en SSRAJ. Trop souvent les voix des A&J sont ceux de jeunes (très peu d'adolescents) de milieu urbain et bien éduqués. Ce groupe ne représente pas nécessairement les A&J des milieux ruraux pauvres, et n'ont pas les mêmes besoins. L'assistance de l'UNFPA devrait garantir qu'une diversité de voix soit entendue. Ceci implique une diversité: d'âge; de genre; de contexte (urbain et rural); de niveau éducationnel; et de niveau socio-économique.

- ↪ Des investissements dans la recherche et l'évaluation sur la participation significative des A&J sont nécessaires pour identifier les interventions efficaces ou prometteuses.

Tous les pays de la revue mettent en œuvre des projets d'autonomisation des A&J. Ces projets sont souvent couplés à la sensibilisation sur la SSRAJ. Des centres de jeunes sont présents dans tous les pays, et la plupart forment des PE et mettent en œuvre diverses activités. Néanmoins, l'expérience globale démontre que « les centres de jeunes, l'éducation par les pairs et les réunions publiques ponctuelles n'ont généralement pas été efficaces » pour la SSRAJ<sup>31</sup>. **L'allocation de fonds pour les centres de jeunesse ayant pour but d'améliorer l'utilisation des services de SSRAJ devraient donc être abandonnées.** Toutefois, dans les pays ayant reçu des investissements humains et financiers de taille les centres pourraient être réaménagés et réorientés à d'autres fins.

### Éducation Complète à la Sexualité

L'expérience globale démontre qu'une sensibilisation sur les DSSR n'est pas suffisante. Une Éducation Complète à la Sexualité (ECS) de qualité est beaucoup plus efficace. La plupart des pays de la région mettent en œuvre des projets, soit d'éducation sexuelle, soit de compétences à la vie courante. De plus, plusieurs pays de la région commencent à identifier les composantes clés d'une ECS de qualité et à élaborer des programmes pour une mise à l'échelle graduelle. Aucun pays n'a un programme d'ECS en et hors milieu scolaire à l'échelle nationale<sup>32</sup>. Actuellement, la plupart des gouvernements de la région n'ont pas les ressources humaines, financières et techniques pour une mise à l'échelle nationale de l'ECS.

- ↪ L'UNFPA s'engage à soutenir (dans la limite de ses ressources) l'élaboration et la mise en œuvre d'une ECS de qualité en et hors milieu scolaire (pour plus de détails veuillez-vous référer au rapport régional de UNFPA WCARO sur l'ECS).

### Technologie de l'Information et de la Communication

Les gouvernements et les OSC utilisent de plus en plus les TIC pour atteindre les jeunes non seulement « physiquement » mais aussi au moyen d'un « langage » qu'ils comprennent et dans lequel ils se reconnaissent. Un grand nombre de pays de la région ont des lignes vertes (lignes téléphonique gratuites) sur les DSSR, pour les enfants en détresse et sur les VBG. Les radios communautaires et la télévision sont aussi utilisés avec succès dans la région (par exemple par « C'est la vie »). Les autres TIC, tels les réseaux sociaux sont utilisés dans un nombre de pays par des organisations de jeunes et des ONG (très peu de projets gouvernementaux sont mis en œuvre à travers les TIC).

- ↪ Étant donné qu'un nombre croissant d'A&J ont accès aux TIC et les utilisent comme source d'information, l'utilisation des TIC (radio, télévision, SMS, internet etc.) et surtout des réseaux sociaux est encouragée. L'appui de l'UNFPA pour l'autonomisation/ la participation des A&J devrait inclure un renforcement de capacité sur l'utilisation des TIC et un appui pour leurs mises en œuvre. Pour assurer la représentation, une diversité (et non juste les jeunes urbains) d'A&J devra être facilitée. De plus, un appui aux programmes régionaux et nationaux tel que « C'est la vie » contribueront aux campagnes de CCSC.



MUSKOKA Guinée © Vincent Tremeau

### Sensibilisation et mobilisation des parents, des communautés et des leaders communautaires et religieux

L'expérience globale démontre que la participation des tuteurs/parents/communautés/leaders dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'ECS et de services de SSRAJ contribue significativement à surmonter les obstacles et à augmenter l'impact du programme. Tous les pays de la revue ont initié des activités avec les leaders religieux et communautaires. D'autres stratégies telles que la mobilisation communautaire, les programmes de communication parents-enfants, ainsi que la formation des membres influents de la communauté en matière de plaidoyer et de communication sur la SSRAJ, etc. sont nécessaires et sont mis en œuvre dans la région.

- ↳ Promouvoir l'engagement des leaders religieux et communautaires est une stratégie clé de l'UNFPA dans la région et devrait continuer à être une priorité.

### Systèmes d'orientation vers les Points de Prestation de Services

L'information sur le paquet de services offert et où y accéder est essentielle pour augmenter l'utilisation des services. L'information peut être disséminée au moyen de campagnes nationales d'IEC/CCSC, intégrée dans l'ECS hors et en milieu scolaire (information sur les Points de Prestation de Services et un système d'orientation vers ces services), et par des activités diverses. Les clubs scolaires qui sont présents dans les quatre pays sont souvent utilisés pour véhiculer l'information et organiser des événements de sensibilisation parfois soutenus par les prestataires de santé. Les PE œuvrent dans la communauté, les centres de jeunes et les écoles. De plus, les TIC sont un mécanisme efficace et peu coûteux pour transmettre de l'information. Différents pays de la région expérimentent des activités pour renforcer les liens entre les différents secteurs (ex : éducation et santé) pour créer la demande.

- ↳ L'UNFPA devrait soutenir la recherche/mener des études de cas pour identifier les systèmes d'orientation les plus efficaces, et en particulier comment améliorer la collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation.



## 4.3 Créer un contexte propice

L'appropriation et le leadership du gouvernement sont essentiels pour une mise en œuvre et à échelle des services de SSRAJ. Selon le contexte du pays, cela peut nécessiter des changements de politique, lois, budgets, etc. qui sont impossibles sans un leadership de haut niveau. Le leadership et l'appropriation sont également nécessaires aux niveaux provincial/district ainsi qu'au niveau opérationnel. Bien qu'une volonté politique soit visible dans tous les pays, elle n'est pas toujours traduite en actions concrètes.

### Contexte institutionnel

Tous les pays de la revue ont soit une division/unité/section de la santé de l'adolescent, soit une unité plus spécifiquement axée sur la SSRAJ. Ces unités sont pour la plupart placées sous l'égide de la Direction de la Santé Reproductive/ Santé Maternelle et infantile/ Planning Familial. Malgré leur existence, ces unités disposent de ressources humaines et financières limitées et un positionnement qui ne leur permet pas toujours de travailler facilement avec les autres sections du Ministère, ce qui est essentiel pour assurer l'intégration des services de SSRAJ dans les structures de santé publique. Le peu de priorité accordé à la SSRAJ par le Ministère de la Santé (dans certain cas) souligne l'importance du plaidoyer et le besoin d'un engagement politique et d'un leadership du gouvernement.

- ↳ L'UNFPA devrait soutenir les pays (selon les besoins) pour identifier les ressources humaines et les capacités nécessaires pour une mise en œuvre efficace des services de SAJ, y compris au sein des Ministères.

- ↳ Si une unité SAJ existe, établir l'autorité, le mandat, les ressources, la capacité et/ ou les compétences requises pour mener à bien la mise en œuvre et à échelle des services de SAJ et la coordination.

### Contexte juridique et politique

La plupart des pays de la revue ont un cadre juridique propice à une mise à l'échelle des services SSRAJ. Néanmoins dans tous, il existe un **manque d'harmonisation entre la législation et la politique, un manque de décrets d'application et une insuffisance de la vulgarisation et de l'application de lois et des textes juridiques**, autant de facteurs qui affectent la mise en œuvre. Certaines lois peuvent entraver ou au contraire soutenir la mise en œuvre. Une loi ou une politique nationale qui rend obligatoire la prestation (par les agents de santé) de services de SSRAJ sans restriction, permet de justifier la mise en œuvre de ces services auprès des parents et tuteurs, et d'assumer la responsabilité pour leurs prestations. De plus cette loi/politique inscrira le droit des A&J aux services de SSRAJ.

L'UNFPA s'engage à soutenir selon le besoin et les ressources disponibles :

- ↳ Un examen de l'environnement politique et juridique des pays de façon à identifier les obstacles éventuels et les mesures correctives qui pourraient être nécessaires (i.e., les décrets d'application).
- ↳ La diffusion et l'application des lois et des politiques modifiées.

### **La coordination et la collaboration**

La SSRAJ requiert une réponse multisectorielle, et la coordination et collaboration intra et intersectorielles avec les partenaires non gouvernementaux (à tous les niveaux : national, régional/district et opérationnel) sont donc essentielles pour une mise à l'échelle horizontale. La revue note des faiblesses dans la coordination et la collaboration dans chaque pays, souvent du fait de la complexité et du nombre de parties prenantes travaillant dans l'ECS et la SSRAJ, et dans certains cas parce que l'unité responsable n'a pas l'autorité, le mandat, les ressources, la capacité et/ou les compétences requises pour mener la coordination.

- ↳ L'UNFPA soutiendra (selon le besoin et les ressources disponibles) une revue des mécanismes de coordination existant dans le but de les rationaliser et de soutenir la création d'un système adapté aux besoins. Si nécessaire, l'UNFPA pourra jouer un rôle de chef de file dans la mise en place ou le renforcement de ces mécanismes, y compris leur coordination. Un système efficace requiert une clarification des rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes, le développement de termes de références précis et l'identification de membres pour chaque mécanisme.

Au niveau des PTF du Système des Nations Unies (SNU), plusieurs mécanismes existent pour améliorer la coordination et collaboration, tels que le « One UN » et l'UNDAF. Le Fonds Français Muskoka de par son mécanisme inter-agence propose une réponse concrète pour une meilleure planification, une mise en œuvre et une synergie des interventions. Toutefois, la récente attention portée à la spécificité du groupe cible d'adolescents et de jeunes dans les programmes nécessite encore la formalisation d'une répartition et complémentarité précise des tâches et pour veiller à ce qu'entre autres, il n'y ait pas de chevauchements, et que la couverture géographique soit équitable. Une meilleure coordination et collaboration entre le SNU, les PTF et le gouvernement permettrait un regroupement des ressources pour une mise à l'échelle d'interventions efficaces, plutôt que le statu quo actuel d'une mise en œuvre parcellaire.

### **Plaidoyer**

L'UNFPA, en tant que chef de file du Système des Nations Unies sur la SSRAJ, a un grand rôle à jouer pour améliorer le plaidoyer au niveau régional et national. Le plaidoyer nécessaire dans chaque pays dépendra du contexte national. Néanmoins quelques priorités sont communes à tous. Bien qu'une volonté politique existe dans la plupart des pays, elle est entravée par la réalité du terrain et par les contraintes financières et humaines. Pour y pallier, un plaidoyer fort de la part des PTF et autres parties prenantes est essentiel pour inscrire les A&J dans les priorités gouvernementales et assurer des allocations budgétaires adéquates. Sans un engagement financier de l'État, les programmes de SAJ ne pourront être pérennes. Ce plaidoyer devrait aussi souligner l'importance d'une réponse multisectorielle et encourager les différents secteurs à travailler ensemble.



Le peu de données ventilées (voir la recommandation sur le Suivi et l'Évaluation ci-dessus) affecte l'efficacité de la réponse nationale aux besoins des A&J. Un plaidoyer à tous les niveaux tels qu'auprès du Ministre de la Santé, le système d'information sanitaire, les Médecins Chefs de District etc. est nécessaire pour élaborer et/ou mettre en œuvre des indicateurs ventilés, faire remonter l'information, et permettre une analyse.

Le coût des services SSRAJ est un des plus grands obstacles à l'utilisation des services. Un plaidoyer autour de la gratuité est nécessaire mais la gratuité n'est pas une option réaliste ou pérenne dans certains contextes. Chaque pays devra donc identifier des initiatives/systèmes pour réduire les coûts pour les A&J: des coupons, des partenariats public-privé, ou une couverture universelle médicale qui couvre la SSR.

Chaque pays de la revue met en œuvre des interventions pour améliorer l'accès à et l'utilisation de services de SSRAJ de

qualité. Aucun des pays n'a atteint une mise à l'échelle nationale et la plupart requièrent un appui technique et financier des PTF. L'UNFPA travaille depuis longtemps sur la SSRAJ et continue de renforcer ses interventions et son appui aux gouvernements dans ce domaine. L'UNFPA en coordination avec les autres agences de l'ONU et les PTF présents dans chaque pays a un grand rôle à jouer.

L'UNFPA accompagnera les pays avec une assistance technique, en utilisant ses contacts dans les secteurs divers et avec différentes parties prenantes (gouvernemental, OSC, PTF, etc.) pour rassembler et créer des liens multisectoriels. Les priorités listées ci-dessus sont trop nombreuses pour les ressources de l'UNFPA qui met déjà en œuvre un nombre d'interventions essentielles qui ne sont pas mentionnées ici. Les bureaux pays devront donc décider de leur positionnement et priorités, sur la base de l'avantage comparatif de l'UNFPA et des priorités du gouvernement et des autres PTF.

Le Fond Français Muskoka (FFM) est un financement stable depuis 7 ans qui va être renouvelé pour un nouveau cycle pluriannuel. Le FFM est donc une opportunité pour les programmes de SSRAJ dans la région car :

- ↳ La SSRAJ est une priorité de financement.
- ↳ Le dispositif est inter-agence créant des synergies (l'OMS pour les standards et les normes, l'UNICEF pour le focus sur le milieu scolaire, l'UNFPA sur la mise en œuvre des services adaptés aux A&J et l'ECS; ONU Femmes pour l'appui à la création de la demande en particulier des jeunes filles et l'intégration de la perspective genre de façon transversale; et tous travaillent à la mobilisation communautaire).
- ↳ Les axes stratégiques sont l'ECS, les services adaptés aux A&J, la CCSC, etc.
- ↳ Le dispositif permet une bonne coordination entre le SNU et le gouvernement.

Chaque bureau devrait revoir (si cela n'a pas encore été fait) ses activités en SSRAJ à la lumière de l'expérience mondiale de ce qui est efficace et de ce qui ne fonctionne pas pour améliorer la SSRAJ, tout en prenant en compte le mandat et les activités des autres agences. Ceci ne nécessiterait pas une grosse évaluation de tous les projets, mais plutôt une revue des activités, des objectifs du programme pays, et un jugement à savoir si ces interventions atteindront les objectifs, et sinon quelles interventions auraient un meilleur rendement en terme de

coût-/efficacité. Ceci est particulièrement important étant donné le contexte global actuel dans lequel les ressources financières pour la SSR et le VIH/Sida décroissent. L'expérience globale démontre l'importance de mettre en œuvre et à échelle avec fidélité les stratégies prouvées. Malheureusement les exigences considérables de la mise en œuvre font qu'elle est rarement faite avec fidélité. Cette situation requiert d'être prise en compte durant l'élaboration ou la révision des programmes pays.

## ANNEXE – Pratiques prometteuses

La stratégie de l'UNFPA d'appuyer les DSSRAJ sur différents fronts simultanément, entre autres la création de la demande; l'augmentation du nombre de Points de Prestation de Services; l'amélioration de la qualité des services (par le biais de la formation.); et l'approvisionnement des consommables, équipements et autres intrants tels les contraceptifs.

**Un modèle ne convient pas à tous.** Une segmentation des populations cibles est essentielle pour développer des messages et des interventions efficaces. Cette segmentation est nécessaire à différents niveaux: âge, sexe, état civil, adolescents, jeunes, parents, leaders, etc., et devrait se faire pour l'IEC, les activités de création de demande et sur le paquet de services offerts.

Les services de SSRAJ liés à l'éducation complète à la sexualité sont plus efficaces.

Les services de SSRAJ sont plus efficaces si les adolescents et les jeunes participent à leur élaboration, mise en œuvre, évaluation et au plaidoyer en faveur de la SSRAJ.

L'intégration des services de VIH, de SSR y compris de contraception / planification familiale peut accroître l'efficacité.

Les stratégies mobiles/avancées ont, grâce à un accès facile et la gratuité, une haute fréquentation. Bien qu'actuellement, les stratégies mobiles ne soient pas pérennes, elles représentent des stratégies à court et moyen terme pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de SSR inclut la SSRAJ.

Des prestataires hors du système public (i.e. ONG) qui mettent en œuvre des services de SSRAJ ont souvent la confiance des jeunes et offrent des services adaptés à leurs besoins.

La stratégie mise en œuvre par certain pays et ONG de: former les prestataires; mettre en place un système de supervision et de soutien; d'assurer la disponibilité des produits; de créer un espace convivial avec des ressources sur la SSR et un animateur; d'assurer la gratuité pour les A&J; et la mise en œuvre d'activités de création de demande dans la communauté, est un modèle qui a eu des succès lorsque mis en œuvre fidèlement.

Les infirmeries scolaires et universitaires peuvent réduire certains obstacles tels que l'accès et le coût (les services et les contraceptifs étant gratuits). La disponibilité de contraceptifs et la prise en charge des IST dans les infirmeries scolaires ont été démontrées comme étant une stratégie efficace (par exemple en Côte d'Ivoire).

La sensibilisation, l'approbation et le soutien pour les services de SSRAJ et l'ECS doivent être renforcés chez les A&J, leurs tuteurs et les leaders religieux et communautaires pour avoir un impact sur l'utilisation des services de SSRAJ.

Une combinaison de modèles de Points de Prestation de Services (PPS) de SSRAJ est essentielle pour une mise à l'échelle.

Des partenariats entre le secteur public, le secteur privé, les ONG, et les PTF contribuent à augmenter le nombre et la qualité des PPS.

L'élaboration d'un paquet d'activités minimum à mettre en œuvre à chaque niveau et dans chaque modèle de Points de Prestation de Services est essentielle pour responsabiliser les prestataires et standardiser les services.

La formation qui va au-delà du développement des compétences, connaissances et aptitudes, et commence à changer les attitudes négatives (par exemple qui inclut une réflexion sur les valeurs propres du personnel) est plus efficace.

Différentes techniques peuvent être utilisées telles que des formations conjointes entre des prestataires et des jeunes.

Les systèmes d'orientation vers les services de SSRAJ sont essentiels. Toutes les interventions en SSRAJ qu'elles ciblent l'éducation sexuelle, l'autonomisation etc. devraient identifier et communiquer les Points de Prestation de Services les plus proches et les plus adaptés.

Étant donné les barrières socioculturelles, le travail de l'UNFPA avec les leaders religieux et traditionnels est essentiel.

Une mise en œuvre et à l'échelle des services de SSRAJ est impossible sans l'appropriation et le leadership du gouvernement.

L'intérêt porté au dividende démographique est une opportunité pour insérer la SSRAJ dans l'agenda et le budget du gouvernement et justifier sa mise en œuvre par les différents Ministères.

Le Fond Français Muskoka (FFM) est un financement stable depuis 7 ans qui va être renouvelé pour un nouveau cycle pluriannuel. Le FFM est donc une opportunité pour les programmes de SSRAJ dans la région car :

- ↳ La SSRAJ est une priorité de financement.
- ↳ Le dispositif est inter-agence créant des synergies (OMS les standards et normes, UNICEF pour le focus sur le milieu scolaire, l'UNFPA sur la mise en œuvre des services adaptés aux A&J et l'ECS; ONU Femmes pour l'appui à la création de la demande en particulier des jeunes filles et l'intégration de la perspective transversale genre; et tous travaillent à la mobilisation communautaire).
- ↳ Les axes stratégiques sont l'ECS, les services adaptés aux A&J, la CCSC, etc.
- ↳ Le dispositif permet une bonne coordination entre le SNU et le gouvernement.



## Notes

- 1 WHO (2017). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA- HA!). Guidance to Support Country Implementation. Geneva: WHO.
- 2 Venkatraman Chandra-Mouli and others, “What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices”, *Global Health: Science and Practice*, vol. 3, No. 3 (2015), pp. 333–340.
- 3 Le présent rapport utilise la définition de l’ONU, pour qui la jeunesse correspond à la tranche d’âge de 10 à 24 ans; les jeunes sont âgés de 15 à 24 ans et les adolescents de 10 à 19 ans.
- 4 Bureau Régional Afrique de l’Ouest et du Centre (UNFPA WCARO). Transformer et Améliorer les Vies. Une Région Une Mission. Rapport Annuel 2015. UNFPA WCARO (2015).
- 5 UNFPA. Motherhood in Childhood. Facing the challenge of adolescent pregnancy. State of world population 2013.
- 6 *Ibid.*
- 7 *Ibid.*
- 8 *Ibid.* P.37.
- 9 Venkatraman Chandra-Mouli et al., “Twenty years after International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights?”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, S1eS6 (2015); Venkatraman Chandra-Mouli et al., “What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices”, *Global Health: Science and Practice*, vol. 3, No. 3 (2015), pp. 333–340; World Health Organization (WHO) and Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS), Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents (Geneva, WHO, 2015).
- 10 Russell M. Viner et al., “Adolescence and the social determinants of health”, *The Lancet*, vol. 379 (2012), pp. 1641–1652.
- 11 Venkatraman Chandra-Mouli et al., “What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices”, *Global Health: Science and Practice*, vol. 3, No. 3 (2015), pp. 333–340.
- 12 *Ibid.*
- 13 OMS/ExpandNet. 2011. Neuf étapes pour élaborer une stratégie de passage à grande échelle.
- 14 WHO and UNAIDS, Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents (Geneva, WHO, 2015)
- 15 Le projet Evidence to Action (E2A) est un projet de l’USAID pour le renforcement de la planification familiale et de la prestation des services de santé reproductive.
- 16 Callie Simon et al. Sortir des sentiers battus: un outil décisionnel pour concevoir des services adaptés aux jeunes. (Washington, D.C., Evidence to Action Project and Pathfinder International, 2017).
- 17 WHO and UNAIDS, Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents (Geneva, WHO, 2015).
- 18 WHO and UNAIDS, Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents (Geneva, WHO, 2015).
- 19 WHO and UNAIDS, Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents (Geneva, WHO, 2015).
- 20 WHO and UNAIDS, Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents (Geneva, WHO, 2015).
- 21 WHO and UNAIDS, Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents (Geneva, WHO, 2015).
- 22 Le nom de ces structures varie (tel que Centre d’Écoute et Maison de la Culture), et les activités offertes varient selon le pays.

- 23 Venkatraman Chandra-Mouli and others, “What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices”, *Global Health: Science and Practice*, vol. 3, No. 3 (2015), pp. 333–340.
- 24 WHO and UNAIDS, Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents (Geneva, WHO, 2015).
- 25 UNESCO. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité. Une approche factuelle. (UNESCO, 2018).
- 26 *Ibid.*
- 27 UNFPA. L'Éducation Complète à la Sexualité, Éléments clés pour une mise en œuvre et mise à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre. (UNFPA WCARO, 2019). [https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/VF\\_CSE\\_rapport%20regional%20WCA\\_FR\\_Web.pdf](https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/VF_CSE_rapport%20regional%20WCA_FR_Web.pdf)
- 28 *Ibid* et UNFPA WCARO. L'Éducation Complète à la Sexualité - Données probantes et pratiques prometteuses en Afrique de l'Ouest et du Centre. (UNFPA WCARO 2018). [https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/VF\\_Brochure%20CSE\\_FR\\_WCARO\\_0.pdf](https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/VF_Brochure%20CSE_FR_WCARO_0.pdf)
- 29 WHO and UNAIDS, Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents (Geneva, WHO, 2015).
- 30 Papworth, E. and Nelson, N., Review of Adolescent and Youth Policies, Strategies and Laws in Selected Countries in West Africa (Dakar, UNFPA, 2017).
- 31 Venkatraman Chandra-Mouli and others, “Twenty Years After International Conference on Population and Development: Where Are We With Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights?”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, S1eS6 (2015); Venkatraman Chandra-Mouli and others, “What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices”, *Global Health: Science and Practice*, vol.3, No. 3 (2015), pp. 333–340; World Health Organization (WHO) and Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS), Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents (Geneva, WHO, 2015).
- 32 UNFPA. L'Éducation Complète à la Sexualité, éléments clés pour une mise en œuvre et mise à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre. (UNFPA WCARO, 2018).





**Fonds des Nations Unies pour la Population**  
**Bureau Régional pour l’Afrique de l’Ouest et du Centre**

Route du King Fahd Palace,  
Almadies – PO Box 21090 Dakar

[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)  
[wcaro.unfpa.org](http://wcaro.unfpa.org)  
@UNFPA\_WCARO