



REPUBLIQUE DU SENEGAL



Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant

Division de la Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s /Jeunes



**PLAN STRATEGIQUE DE SANTÉ SEXUELLE  
ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENT(E)S / JEUNES  
AU SENEGAL (2014-2018)**

Septembre 2014

[salamimpression@yahoo.fr@gmail.com](mailto:salamimpression@yahoo.fr@gmail.com) - Tél. : 33 860 23 33 - DAKAR



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



REPUBLIQUE DU SENEGAL

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant

Division de la Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s /Jeunes

**PLAN STRATEGIQUE DE SANTE SEXUELLE  
ET DE LA REPRODUCTION DES  
ADOLESCENT(E)S/JEUNES AU SENEGAL (2014-2018)**

Septembre 2014

# TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	5
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	6
TABLEAUX ET FIGURES	7
PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE	8
<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>9</b>
1.1. Contexte général	9
1.2. Contexte de la santé des adolescent(e)s/jeunes	10
1.3. Justification	11
<b>2. ANALYSE DE LA SITUATION</b>	<b>15</b>
2.1. Situation des adolescent (e)s/jeunes au Sénégal	16
2.2. Problèmes prioritaires	
<b>3. ANALYSE DE LA RÉPONSE</b>	<b>33</b>
3.1. Historique de la SRAJ	34
3.2. Analyse des projets et programmes de SRAJ au Sénégal	36
<b>4. DEFIS DE LA SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENT(E) S/JEUNES</b>	<b>40</b>
4.1. Défi n° 1 : Accès des adolescent(e)s/ jeunes à des services de santé adaptés à leurs besoins	40
4.2. Défi n° 2 : Accès des adolescent(e)s/ jeunes à l'information de qualité et réponse par le plaidoyer et la communication intégrant les TIC	40
4.3. Défi n° 3 : Amélioration de l'environnement social, législatif et réglementaire de l'adolescent(e)/jeune	41
4.4. Défi n° 4 : Promotion de la Collaboration multisectorielle et partenariat	42
<b>5. POLITIQUE NATIONALE DE SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENT(E) S ET DES JEUNES AU SENEGAL</b>	<b>43</b>
5.1. Vision	44
5.2. Principes Directeurs	44
5.3. Cadre institutionnel de mise en oeuvre	45
<b>6. CADRE STRATEGIQUE</b>	<b>47</b>
6.1. Cadre Conceptuel	48
6.2. Indicateurs de Suivi et Evaluation	48
6.3. Mécanismes de Suivi et Evaluation	50
6.4. Orientations stratégiques	64
6.5. Lignes d'action	
<b>7. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION</b>	<b>67</b>
7.1. Cadre Conceptuel	68
7.2. Indicateurs de Suivi et Evaluation	69
7.3. Mécanismes de Suivi et Evaluation	73
<b>8. PLAN D'ACTION ET BUDGET</b>	<b>75</b>
8.1. Plan d'action	76
8.2. Budget par axe stratégique	85
8.3. Cash Flow	85
8.4. Budget par rubriques	86
<b>ANNEXES</b>	<b>87</b>

## PREFACE

La prise en compte des problèmes de santé de la reproduction des adolescent(e)s a été intégrée pour la première fois au Sénégal, dans les stratégies de la Déclaration de Politique de Population (DPP) adoptée en 1988. La Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue en 1994 au Caire est venue fort opportunément attirer l'attention des autorités publiques sur les besoins spécifiques des adolescent(e)s et des jeunes en Santé de la Reproduction. Ces besoins se font de plus en plus importants et diversifiés, les défis étant nombreux et tous aussi variés: grossesses précoces et/ou non désirées, avortements, infanticides, infections sexuellement transmissibles notamment l'infection à VIH, abus et violences sexuels, travail du sexe, toxicomanie, problèmes nutritionnels, etc. Ces défis fondent la vulnérabilité particulière de la tranche d'âge 10-24 ans.

Toutes ces questions sont traitées de façon spécifique dans le Plan Stratégique de Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescent(e)/Jeunes 2014-2018, dans le strict respect des principes et valeurs qui guident l'action de santé publique au Sénégal: l'équité dans l'accès aux services, la Gestion Axée sur les Résultats, le partenariat, l'approche multisectorielle, la prise en compte du genre, le respect des croyances et valeurs de la société sénégalaise.

Le présent document vient actualiser le document de Stratégie Nationale en Santé des Adolescent(e)s/Jeunes, élaboré en 2005. Il vient aussi opérationnaliser, pour ce qui concerne la Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s/Jeunes, le Plan Stratégique de Santé de la Reproduction. Les stratégies qui seront mises en œuvre le seront en conformité avec les normes de qualité édictées par les Standards des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/Jeunes.

Le Sénégal développe une politique sectorielle de santé visant la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, la lutte contre le fardeau de la maladie, la promotion de la bonne gouvernance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces orientations intègrent parfaitement la Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescent(e)s/jeunes.

Le présent plan est le fruit d'un long processus d'élaboration et de maturation, qui a regroupé tous les acteurs de la Santé Sexuelle de la Reproduction des Adolescent(e)s/Jeunes au Sénégal. Il résulte d'une recherche qualitative sur le terrain, de réflexions et de productions en ateliers.

C'est le lieu de remercier tous les partenaires accompagnant le Ministère de la Santé et de l'Action sociale dans la mise en œuvre des interventions de SRAJ au Sénégal, ceux du secteur public comme du secteur privé, notamment les agences du Système des Nations Unies et les ONG accréditées.

Pr. Awa Marie Coll SECK,  
Ministre de la Santé et de l'Action Sociale



## ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AGR	Activités Génératrices de Revenus
ASBEF	Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial
CCA	Centre Conseils pour Adolescents
CDD	Contrat à durée déterminée
CDEPS	Centre de Développement et d'Education Populaire et Sportive
CEFOREP	Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CVC	Compétences de Vie Courante
DJASE	Direction de la Jeunesse et des Actions Socio Éducatives
DCMS	Division du Contrôle Médical Scolaire
DPP	Déclaration de Politique de Population
DSISS	Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale
DSRAJ	Division de la Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s/Jeunes
DSRSE	Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EFI	Ecole de Formation des Instituteurs
EMP	Education en Matière de Population
EPS	Etablissement publique de santé
ESAM	Enquête Sénégalaise auprès des ménages
ESPS	Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal
EVF	Education à la Vie Familiale
FAR	Femme en âge de reproduction
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GEEP	Groupe pour l'Etude et l'Enseignement de la Population
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
IA	Inspection d'Académie
IEC/CCC	Information Education et Communication/Communication pour un Changement de Comportement
IDEN	Inspection Départementale de l'Education Nationale
ISED	Institut de Santé Et Développement
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LEA	Leader Elève animateur
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OCB	Organisation Communautaire de Base
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PANPF	Plan d'Action National de Planification Familiale
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPJ	Projet Promotion des Jeunes
PPS	Points de Prestation de Service
PRCA	Projet de Renforcement des Capacités des Adolescents
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RAES	Réseau Africain de l'Education pour la Santé et la Citoyenneté
RESOPODEV	Réseau pour la Population et le Développement
SNEIPS	Service National d'Education et d'Information pour la Santé
SIS Afrique	Solidarité Info Santé Afrique
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescent(e)s/Jeunes
SVT	Science et vie de la terre
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
UNESCO	United Nation Educational Scientific and Cultural Organization
UNFPA	United Nation Population Fund
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine
VPH	Vaccin du papilloma virus

## TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Principaux résultats attendus du Plan stratégique SRAJ (PSSRAJ)	42
Tableau 2 : Définition des indicateurs de Suivi et Evaluation de la SRAJ au Sénégal	64
Tableau 3 : Ventilation du budget par axe stratégique	88
Figure 1 : Cadre conceptuel de S&E de la SRAJ au Sénégal	62
Figure 2 : Mécanismes de S&E de la SRAJ au Sénégal	71
Figure 3 : Cash Flow	89
Figure 4 : Ventilation du budget par rubriques de dépenses	89

Le Plan Stratégique de Santé sexuelle et de la Reproduction des Adolescent(e)s/Jeunes (PSSRAJ) s'adresse à :

- une cible primaire d'âge compris entre 10 et 24 ans (OMS 1983)<sup>1</sup>
- une cible secondaire<sup>2</sup> : Ce sont les personnes impliquées dans la prise en charge de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes.
- une cible tertiaire<sup>3</sup> : Il s'agit de toutes les organisations locales, nationales et internationales qui appuient le pays dans le domaine de la SRAJ.

Ce plan a été élaboré en plusieurs étapes, dans un processus ayant regroupé des acteurs de divers secteurs impliqués dans le sujet :

- le 04 septembre 2013, le Comité Technique s'est réuni pour la première fois. Au cours de cette réunion, des attributions et des modalités de travail du Comité Technique et du Comité de Pilotage ont été discutées et retenues, pour accompagner et orienter le processus d'élaboration du PSSRAJ. Ce fut aussi l'occasion de présenter et de discuter les points suivants :

- le plan de travail
- l'ébauche de plan du document final
- la vision qui sous-tend le plan d'action

Il a été souligné la nécessité d'un plan d'action multisectoriel, dynamique et consensuel prenant en compte tous les aspects de la santé sexuelle et reproductive de l'adolescent(e)/jeune

- La deuxième réunion du 17 septembre 2013 a permis de valider la méthodologie du plan d'action et d'établir une liste de contact de personnes ressources pour les entretiens approfondis à effectuer avec les différents partenaires.

- La troisième réunion du 28 octobre 2013 s'est penchée sur les :

- résultats de l'analyse de la situation et de la réponse
- orientations stratégiques
- lignes d'action

Une enquête qualitative a été réalisée du 04 au 20 novembre 2013. Des entretiens approfondis avec des informateurs clé identifiés par le Comité technique ont été réalisés. Des Focus groups<sup>4</sup> ont été effectués avec les adolescent(e)s/jeunes dans les régions de Dakar, Fatick, Saint Louis, Kolda et Ziguinchor. Par cette approche les acteurs s'intéressant à la question des besoins des adolescent(e)s/jeunes sont impliqués et les adolescent(e)s/jeunes sont au cœur du dispositif.

Un atelier de partage des orientations du PSSRAJ a été tenu à Saly du 25 au 28 Novembre 2013. Ainsi, le PSSRAJ est le fruit d'un processus méthodique basé sur des besoins clairement identifiés, des expériences et angles de vue divers.

<sup>1</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)

<sup>2</sup> Voir annexe cibles

<sup>3</sup> Voir annexe cibles

<sup>4</sup> Annexe guide d'entretien

## 1. INTRODUCTION

### 1.1. Contexte général

Le Sénégal, pays Soudano-Sahélien, se situe à l'extrême ouest du continent africain. Il est limité, au Nord, par la République de Mauritanie, à l'Est, par le Mali, au Sud, par la Guinée Bissau et la Guinée et, à l'Ouest, par l'Océan Atlantique avec 700 kilomètres de côtes. Il est traversé par la République de Gambie située sur le cours inférieur du fleuve Gambie entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor.

#### 1.1.1. Contexte socio-démographique

En 2012, le Sénégal, qui a une superficie de 196 722 km<sup>2</sup>, comptait 13 207 873 habitants. La densité moyenne est de 68 habitants au km<sup>2</sup><sup>5</sup>. Cependant, cette population est inégalement répartie. En effet, la région de Dakar qui occupe 0,3 % de la superficie du Sénégal, abrite environ 23 % de la population totale et 75 % de la population urbaine tandis que la région la plus étendue, Tambacounda, n'abrite que 6 % de la population<sup>6</sup>.

La population du Sénégal est aussi caractérisée par son extrême jeunesse : les moins de 20 ans et les moins de 25 ans représentent respectivement 54,6% et 63,3% de la population totale.

Un fort taux de croissance démographique (2,69 %) a été observé entre 2002 et 2012. Il résulte essentiellement d'une fécondité encore élevée (ISF de 5 en 2010-2011) et d'une mortalité infantile en baisse<sup>7</sup>. Bien que le Sénégal compte plus de 20 ethnies, plus de 90 % de la population appartient à cinq groupes ethniques dominants : Wolof (43 %), Pulaar (24 %), Sérér (15 %), Diola (5 %) et Mandingue (4 %).

Le taux national d'analphabétisme se situe à 65% avec des variations d'une région à une autre. Dakar et Ziguinchor comptent les taux les plus faibles avec respectivement 35% et 43%.

La population sénégalaise est majoritairement musulmane (94%). Les chrétiens constituent la seconde communauté (4%) et le reste regroupe les animistes, entre autres.<sup>8</sup>

#### 1.1.2. Contexte socio-économique

Du point de vue économique, même si des progrès sont réalisés dans la mise en œuvre de stratégies dans les secteurs prioritaires en 2003-2004<sup>9</sup>, période 2000-2011 était globalement marquée par des insuffisances, en particulier dans le cadre de la réduction de la pauvreté<sup>10</sup>. En effet, les perspectives de développement du Sénégal ont surtout été assombries par la crise financière et économique de 2008-2009, le manque d'efficacité de la dépense publique et le faible taux d'investissement.

Les investissements dans le capital humain de manière générale ont fait l'objet d'une attention particulière avec l'allocation de 50 % du budget de fonctionnement aux secteurs sociaux (éducation, santé). Ces investissements dans les services sociaux de base ont permis d'améliorer les indicateurs sociaux tendant vers l'atteinte des OMD.

<sup>5</sup> EDS- continue\_2012-2013

<sup>6</sup> EDS 5, MICS\_2010-11

<sup>7</sup> EDS -continue 2012-2013

<sup>8</sup> EDS 5, MICS\_2010-11

<sup>9</sup> Rapport document de stratégie de réduction de la pauvreté, DSRP 2003-2004

<sup>10</sup> Stratégie nationale de développement économique et social, SNDS 2013-2017

### 1.1.3. Contexte sanitaire

La politique dans le secteur de la santé demeure dans la dynamique de réalisation des objectifs prioritaires (DSRP et OMD) du deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS-II, 2009-2018). Il s'agit de : i) réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles, ii) accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie, iii) renforcer durablement le système de santé, iv) améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

La priorité accordée au secteur de la santé s'est traduite par une hausse régulière de son budget, qui représente aujourd'hui 10,4% du budget de fonctionnement de l'état.

En 2013, le système sanitaire du Sénégal comptait 28 établissements publics de santé (EPS) et 76 districts. Ces deux dernières décennies ont été marquées par une amélioration de la situation sanitaire comme en atteste la tendance de la plupart des indicateurs des programmes de santé. Les taux de mortalité infantile et infantojuvénile bien qu'encore élevés, ont connu une baisse significative. Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 121 ‰ en 2005 à 72 ‰ en 2010-2011 et celui de la mortalité infantile est passée de 61 ‰ en 2005 à 47 ‰ en 2010-2011. Enfin, le ratio de mortalité maternelle s'établit à 39 pour 100 000 naissances vivantes en 2010-2011<sup>11</sup>.

### 1.2. Contexte de la santé des adolescent(e)s/jeunes

Selon l'OMS, les adolescent(e)s sont des personnes se trouvant dans la tranche d'âge des 10-19 ans. Les jeunes gens appartiennent au groupe d'âge des 15-24 ans. Ces deux tranches d'âges se recoupent et forment le groupe des jeunes défini par les 10-24 ans.

L'adolescent(e) n'est plus un enfant, mais n'est pas encore un adulte. Il subit de profonds changements d'ordre physique, biologique, psychologique et social qui se manifestent par : l'apparition des caractères sexuels secondaires (puberté) puis la maturité sexuelle et de la reproduction ; le développement des processus mentaux et de l'identité adulte ; le passage d'une dépendance socio-économique et émotionnelle totale à une indépendance relative.

Il est important de souligner que les modifications qui interviennent au cours de l'adolescence peuvent se prolonger jusqu'à l'âge de 24 ans environ.

Il existe deux types d'adolescence : la première et la deuxième adolescence

#### La première adolescence

Elle s'étend de 10 à 14 ans et marque le début de la puberté. C'est une étape où débute la prise de risque et/ou les « comportements adultes » sont testés. Les garçons et les filles de cette tranche d'âge sont appelés très jeunes adolescent(e)s. Ils se caractérisent par leur immense capacité d'enthousiasme d'énergie et d'idéalisme. Leurs compétences sociales et intellectuelles se développent. C'est à cette période que le comportement des filles et des garçons peut être ajusté de manière à correspondre aux normes établies

#### La seconde adolescence

Elle va approximativement de 15 à 19 ans. Les filles ont plus tendance que les garçons à être exposées à des problèmes de santé comme la dépression, et ces risques sont amplifiés par les discriminations et les violences sexistes. La prise de risque diminue pendant que la capacité à évaluer le risque et prendre des décisions réfléchies se développe. Les adolescent(e)s font leur entrée dans le monde du travail ou de l'enseignement supérieur. Ils affirment leur propre identité et leur vision du monde.

<sup>11</sup> EDS 5, Mics\_2010-2011

Les adolescent(e)s/jeunes s'exposent à des comportements à risque et sont confrontés à de nombreux problèmes de santé. Il s'agit de :

- rapports sexuels précoces et non protégés avec comme conséquences des infections sexuellement transmissibles (IST) notamment l'infection à VIH, des grossesses précoces et /ou non désirées qui peuvent aboutir à des avortements à risque ou à des infanticides,
- violences et abus sexuels,
- accidents domestiques ou de la voie publique, liés au goût du risque fréquent dans cette tranche d'âge,
- malnutrition,
- usage de substances nocives (alcool, tabac, drogue), conduisant fréquemment à des problèmes relevant de la santé mentale,
- pratiques traditionnelles néfastes : mariage des enfants, excision, etc.

Cette cible a longtemps été considérée comme une population plutôt saine, faisant ainsi souvent l'objet d'une certaine négligence dans les programmes de santé publique.

Les problèmes de santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes constituent actuellement une préoccupation majeure pour les gouvernants. Leurs besoins spécifiques sont insuffisamment pris en compte dans les programmes de santé et les différentes politiques sectorielles (économie, emploi, etc.). Mais, il est important de souligner que la plupart des habitudes défavorables à la santé, acquises lors de l'adolescence, entraînent des conséquences sanitaires à plus ou moins long terme, d'où la nécessité de promouvoir des habitudes saines pendant la période qui précède l'âge adulte.

### 1.3. Justification

#### 1.3.1. Sur le plan international

La tenue de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en 1994 au Caire, marque au niveau de la communauté internationale un tournant décisif dans la prise en charge des besoins des adolescent(e)s/jeunes en matière de santé sexuelle et de la reproduction.

Aujourd'hui, on dénombre 1,8 milliard de jeunes de 10-24 ans dans le monde. Parmi eux on note 1,2 milliard d'adolescent(e)s dont les 90% vivent dans les pays en développement. Chaque année, 1,4 million d'adolescent(e)s meurent de blessures liées aux accidents de la route, aux complications de l'accouchement, au suicide, aux violences, au sida ou à d'autres causes.<sup>12</sup>

Les transformations physiques de la puberté exposent des millions de jeunes au risque d'atteintes à leurs droits fondamentaux, notamment dans les domaines de la sexualité, du mariage et de la procréation. Ainsi, des millions de filles sont victimes d'abus sexuels ou sont données en mariage contre leur volonté. Ce qui augmente les risques de grossesses non désirées, d'avortements à risque et d'IST, notamment l'infection à VIH.

Plus d'un tiers de jeunes femmes dans le monde en développement ont été mariées avant l'âge de 18 ans. Ceci peut accroître le risque de violence domestique.

Environ 11 % des naissances dans le monde (16 millions environ) surviennent chez des adolescentes âgées de 15 à 19 ans et les plus jeunes sont plus susceptibles de connaître des complications et de décéder de causes liées à la grossesse. Ceci constitue la première cause de mortalité chez les adolescentes en Afrique.

<sup>12</sup> Organisation mondiale de la Santé, Child and Adolescent Health and Development

Environ 71 millions d'enfants en âge de fréquenter l'école secondaire ne sont pas scolarisés, tandis que 127 millions de jeunes âgés de 15 à 24 ans sont illettrés, la majorité se trouvant en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne.

On estime que 2,2 millions d'adolescent(e)s, dont environ 60 % de filles, vivent avec le VIH.

De nombreuses adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont subi des violences sexuelles. Lorsqu'elles sont en couple, elles sont souvent victimes de violences conjugales.

Les adolescent(e)s en situation de handicap sont plus exposés au risque de violence et d'abus sexuels.

### 1.3.2. Sur le plan national

#### 1.3.2.1. Caractéristiques des adolescent(e)s/jeunes

Les adolescent(e)s/jeunes se caractérisent par leur poids démographique élevé, leur diversité et leur vulnérabilité.

##### - Poids démographique élevé

Les jeunes de 10-24 ans représentent 31,3% de la population totale dont 22,6% d'adolescent(e)s de 10-19 ans.<sup>14</sup> Cependant, bon nombre d'adolescent(e)s/jeunes n'ont pas la possibilité de réaliser leur plein potentiel. D'où la nécessité de promouvoir un développement favorable à la santé de l'adolescent(e)s/jeunes.

La santé, l'éducation, l'emploi, la justice et la participation sociale sont des éléments cruciaux pour le développement. Le soutien des familles, des communautés, des institutions et les conseils prodigués par des individus sont tout aussi bien des facteurs déterminants.

##### - Diversité des adolescent(e)s/jeunes

Les adolescent(e)s ne forment pas un groupe homogène. Leurs besoins sont fonction de leur sexe, de leur stade de développement, de leur situation socio-économique et de leur environnement surtout social et culturel qui influent sur leur comportement.

##### - Vulnérabilité de l'adolescent(e)/jeune

L'adolescence est à la fois une période où les opportunités sont grandes et les risques augmentés. La vulnérabilité de l'adolescent(e) est inégale et peut se prolonger au-delà de 19 ans voire jusqu'à l'âge de 25 ans. Certains groupes de jeunes tels que les enfants de la rue, les talibés, les employés de maison, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), les professionnels du sexe, les jeunes en situation de handicap, les toxicomanes, les détenus, etc. ont des besoins spéciaux qui méritent d'être pris en considération.

Trois types de vulnérabilité peuvent se présenter aux adolescent(e)s/jeunes : la vulnérabilité physique, la vulnérabilité émotionnelle et la vulnérabilité socio-économique.

##### • Vulnérabilité physique

Des conditions précaires de santé vécues dans l'enfance peuvent persister et compromettre le développement physique et psychologique de l'adolescent(e). Le système reproductif encore immature de certaines adolescentes les rendent plus vulnérables aux complications lors de la grossesse et de l'accouchement.

##### • Vulnérabilité émotionnelle

Les adolescent(e)s ont une instabilité émotionnelle. Ils sont plus susceptibles d'être victimes de violences et d'abus sexuels que les adultes. Ils sont très préoccupés par l'acceptation par leurs pairs et l'appartenance à un groupe. Ils sont même prêts à prendre des risques afin de se faire accepter, même si cela va à l'encontre de leurs valeurs familiales.

<sup>13</sup> Progrès pour adolescents

<sup>14</sup> EDS 5 2010-2011 Mics

### Vulnérabilité socio-économique

Les adolescent(e)s/jeunes n'ont pas souvent de source de revenu malgré leurs besoins financiers. En état de précarité, ils courent plus de risque d'utiliser des substances nocives ou d'être entraîné dans le commerce du sexe. Par ailleurs, les adolescentes sont souvent victimes de discrimination dans la répartition de la nourriture. Elles font également face aux problèmes socio-économiques

#### 1.3.2.2. Interdépendance des problèmes de santé

Les problèmes de santé qui surviennent au cours de l'adolescence ont souvent une origine commune et sont liés entre eux. En effet, la consommation de substances nocives est parfois associée à un état dépressif; la consommation d'alcool est habituellement à l'origine de blessures liées à des accidents de la route et la sous-nutrition va généralement de pair avec les complications de la grossesse et de l'accouchement.

#### 1.3.2.3. Investissement dans la santé des adolescent(e)s/jeunes

L'adolescent(e) et le jeune constituent une force positive du présent et du futur. Si tous les moyens sont mis à leur disposition, ils sont en mesure de réaliser leur plein potentiel et de contribuer, de façon effective, à la croissance économique du pays. Ils peuvent devenir ainsi de véritables acteurs du changement dans leur propre vie et dans la société.

Ainsi, il s'avère nécessaire que les dirigeants investissent dans la santé et le développement des adolescent(e)s/jeunes. En effet, cet investissement participe au respect du droit des adolescent(e)s/jeunes, à atteindre le meilleur niveau de santé. Son bénéfice sur la santé est réel. Il présente des avantages économiques et favorise une éducation de base de qualité notamment dans le primaire et le secondaire. Les bons investissements économiques et sociaux dans la population des jeunes pourraient placer le pays en position d'atteindre un dividende démographique. Ce phénomène créerait une opportunité de croissance économique et de développement humain plus rapide.

Le dividende démographique se définit comme étant l'accélération de la croissance économique qui peut résulter d'une baisse rapide de la fécondité d'un pays et l'évolution ultérieure de la structure par âge de la population.<sup>15</sup>

Par ailleurs, l'adoption d'une démarche pluridisciplinaire et multisectorielle a été préconisée ainsi que la prise en compte des déterminants sociaux, environnementaux et économiques, en vue de favoriser le développement durable.

Sur la base d'une approche holistique, le gouvernement de la République du Sénégal favorise l'émergence de politiques multisectorielles, dans le domaine de la santé. Il encourage les actions concertées et innovantes.

Le présent document, dédié à la prise en charge de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s /jeunes, se propose de passer en revue différents domaines soulevés par la question de la SRAJ, dans la période 2014-2018.

---

<sup>15</sup> Le potentiel des jeunes pour un dividende démographique, 2013 Population Reference Bureau



2

ANALYSE DE LA SITUATION

## 2. ANALYSE DE LA SITUATION

### 2.1. Situation des adolescent(e)s/jeunes au Sénégal

La situation nationale des adolescent(e)s /jeunes reste préoccupante à plusieurs niveaux : dans le domaine de la Santé, de l'Education, de la Formation et de l'Emploi. La prévention des comportements à risque, et la promotion de la santé vont contribuer à la réussite de l'éducation des adolescent(e)s/jeunes. En effet, les comportements à risque et la déscolarisation ont des déterminants communs. Cette cible vulnérable vit des contraintes et pressions extérieures susceptibles d'influer sur ses décisions face à un cheminement personnel et social. Si bon nombre d'entre eux arrivent à relever ces défis avec succès, certains sont exposés à des risques, à des difficultés et à des problèmes. Ainsi, leur santé, leur bien-être et leur réussite éducative peuvent en être affectés.

#### 2.1.1. Adolescent(e)s/Jeunes et Santé

##### 2.1.1.1. Santé des adolescent(e)s

La santé des adolescent(e)s peut être définie par 4 propriétés qui la résument :

La globalité, la bivalence, la subjectivité et la dynamique.

- La globalité ; elle est multidimensionnelle, englobant des dimensions physique, mentale, sociale et spirituelle
- La bivalence : elle peut être appréhendée de manière positive et/ou négative, santé et maladie étant les deux extrêmes abstraits d'un continuum;
- La subjectivité : c'est une notion éminemment subjective, l'approche médicale classique objective ne suffit donc pas ;
- La dynamique : les adolescent(e)s sont par définition dans un processus «en train de se produire»; les enfermer dans un diagnostic ponctuel de santé ne convient pas. <sup>18</sup>

La santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/ jeunes inclut la capacité de ces derniers à éviter les grossesses non désirées, l'avortement à risque, les IST dont l'infection à VIH ainsi que toutes les formes de violence et de coercition sexuelle. Elle prend aussi en compte leur bien-être physique et émotionnel.

##### 2.1.1.2. Santé Sexuelle

###### a) Définition

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social dans le domaine de la sexualité. Ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés (OMS 2006).

###### b) Rapports sexuels précoces

A l'adolescence, les relations sexuelles sont souvent imprévues, irrégulières et ont parfois lieu sous la pression, la contrainte ou la force.

L'âge médian du premier rapport sexuel au Sénégal chez les femmes de 20-49 ans, estimé à 19 ans, recoupe quasiment celui de la première union qui est de 19,6 ans. Cette entrée dans la vie sexuelle

<sup>18</sup> Adolescent Promotion de la santé Education Santé, n° 190, mai 2004 Renard F., Deccache A.

montre des disparités, chez les 15-24 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. En effet, chez les 15-24 ans environ une fille sur dix (10,7%) et un garçon sur 20 (4,9%) ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 15 ans. Ce pourcentage est plus élevé parmi les femmes en union (22,5 %), celles du milieu rural (16 %) et celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (18 %). Dans 34 % des cas, les filles de 18-24 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans. Ce pourcentage est plus élevé chez les filles en union que chez les célibataires (57% contre 7%), en milieu rural qu'en milieu urbain (48 % contre 21 %) et chez les femmes sans instruction que parmi celles qui sont instruites (48 % contre 11%). Par ailleurs, 21,2% des garçons de 18-24 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans<sup>17</sup>.

Les rendez-vous amoureux sont acceptés par les adolescent(e)s/jeunes car considérés comme passe-temps. Selon les adolescent(e)s/jeunes, l'âge du premier rapport sexuel se situerait entre 10 et 12 ans chez les filles et entre 12 et 14 ans chez les garçons. Les premiers rapports sexuels des filles surviennent habituellement avec un proche de la famille, un ami d'enfance ou un inconnu. Les motifs rapportés sont la curiosité, l'expérimentation, la satisfaction d'un besoin, la recherche d'un plaisir, le mimétisme, l'influence des parents ou des camarades, la preuve de virilité, la pauvreté, le fait de faire plaisir à l'autre. Certains jeunes considèrent que ceux qui ont des rapports sexuels en dehors des liens du mariage font preuve d'inconscience, de libertinage et de manque de maîtrise de soi. Ils sont conscients de l'importance de promouvoir les valeurs traditionnelles en matière de sexualité telles que le maintien de la virginité chez la jeune fille, la fidélité et l'abstinence. Ils considèrent que c'est une option valable « quand on le peut ». Pour certains, il s'agit « d'une bonne chose » d'autant plus qu'elle est « recommandée par la religion » et permet à la fille « d'être respectée ».<sup>18</sup>

#### **c) Utilisation du condom masculin**

Les jeunes célibataires constituent une population à risque dans la mesure où les relations sexuelles sont généralement instables à cet âge. Parmi les jeunes célibataires de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, 40 % des filles et 63,6 % des garçons ont utilisé un condom masculin au cours des derniers rapports sexuels.

#### **d) Multipartenariat sexuel**

Le multipartenariat dans les rapports sexuels accroît le risque de contracter les IST notamment l'infection à VIH. Ce risque est d'autant plus grand que l'utilisation du condom est faible. Chez les jeunes de 15-24 ans, 0,3 % des filles ont déclaré avoir eu au cours des 12 derniers mois des rapports sexuels avec au moins 2 partenaires. Chez les garçons, cette proportion est plus élevée chez ceux en union (9,1 %) que chez les célibataires (2 %).

#### **e) Disparité d'âges entre partenaires sexuels**

Dans près de la moitié des cas (47 %), les femmes de 15-19 ans sexuellement actives ont eu des rapports sexuels avec un partenaire plus âgé qu'elles d'au moins dix ans. C'est parmi les femmes en union (53 %) et les femmes sans instruction (54 %) que cette proportion est la plus élevée.

---

<sup>17</sup> EDS 5, 2010-11Mics

<sup>18</sup> Focus-group

#### **f) Pratiques sexuelles des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes**

Le premier rapport homosexuel a souvent lieu durant l'adolescence avec un homme plus âgé, issu de l'entourage, de la famille élargie (par exemple un oncle ou un ami des parents) ou d'une personne récemment rencontrée. L'âge moyen de cette première expérience est de 15 ans (de 7 à 31 ans). La logique de l'initiation sexuelle est au moins en partie définie par un rapport d'autorité.<sup>19</sup> Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) sont exposés au risque de transmission du virus du fait des caractéristiques de leurs pratiques sexuelles (pénétration anale sans préservatif). Les facteurs aggravant la vulnérabilité de ce groupe sont liés à la violence et à la stigmatisation.

La situation de précarité des HSH a pour conséquence l'accroissement du nombre de travailleurs du sexe masculin.<sup>20</sup>

Il s'avère nécessaire de mener des actions pour leur prise en charge aussi bien préventive que curative.

#### **g) Violence basée sur le genre**

##### **> Définition**

La violence basée sur le genre est un terme utilisé pour distinguer la violence commune de la violence ciblée sur des groupes ou des individus sur la base de leur appartenance sexuelle. Elle constitue une violation des droits de la personne. Les femmes et les jeunes filles en sont les principales victimes.

##### **> Violences faites aux adolescent(e)s/jeunes**

###### **- Mariage des enfants ou mariage précoce**

Le mariage des enfants est le plus souvent un mariage forcé. Il met souvent fin aux possibilités d'éducation et de croissance individuelle et présente des effets négatifs sur le plan physique, intellectuel, psychologique et émotionnel. C'est l'un des maillons de la discrimination faite aux filles parfois aux garçons. En effet, victimes des traditions et des cultures, l'adolescente est mariée de force par sa famille et ainsi privée de choix et de liberté.

Le mariage des enfants est répandu au Sénégal. En effet selon l'EDS 5, une adolescente de 15-19 ans sur quatre est mariée ou en union (24%). De même, environ 33% des femmes âgées de 20-24 ans ont été mariées avant l'âge de 18 ans.

La prévalence diffère d'une région à une autre : Saint-Louis (Podor : 27%), Fatick (33%), Kaolack (39%), Diourbel (46%), Louga (Linguère : 47%), Matam (56%), Tambacounda (57%), Kolda (68%).

Le mariage des enfants occupe une part non négligeable dans la précocité des grossesses vu la pression exercée sur le couple. Elle a aussi pour conséquence la déscolarisation des adolescentes.

###### **- Violences et agressions sexuelles**

Les adolescent(e)s/jeunes sont plus susceptibles d'être victimes de violences et d'abus sexuels que les adultes. Ces violences surviennent souvent dans les lieux fréquentés par les filles et les garçons : école, rue, maison familiale, etc.

Les types de violence courante chez les adolescent(e)s/jeunes sont les suivants :

###### **• Violence entre adolescent(e)s/jeunes**

C'est une série d'actes allant des brimades et bagarres à des formes plus graves d'agression voire l'homicide. Les garçons en sont les principaux auteurs et les principales victimes.

---

<sup>19</sup> Satisfaire aux besoins de santé des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes au Sénégal, Institut des Sciences de l'Environnement UCAD, CNLS, Horizons Programme

<sup>20</sup> Plan stratégique de Lutte contre le sida

- **Maltraitance et défaut de soins**

La maltraitance perpétrée à l'encontre des enfants et des adolescent(e)s par les parents ou les autres personnes qui les ont à charge existe dans toutes les cultures et à tous les niveaux de la société. Elle comprend les agressions physiques, sexuelles et psychologiques, ainsi que le défaut de soins.

- **Violence par des partenaires intimes**

Les adolescent(e)s et les jeunes femmes peuvent être victimes d'agressions et de violence physiques, sexuelles et psychologiques perpétrées par leurs partenaires intimes.

- **Exploitation sexuelle**

L'exploitation sexuelle des enfants s'articule autour de trois grands axes étroitement liés les uns aux autres :

- « **L'abus sexuel** est l'acte lors duquel un enfant est utilisé à des fins sexuelles. L'abus sexuel est perpétré par une personne (adulte ou enfant plus âgé) en qui l'enfant a confiance (parent, fratrie, membre de la famille élargie, enseignant, tuteur...) ou toute autre personne en position de pouvoir, d'autorité et de contrôle sur l'enfant. L'abus sexuel peut être physique, verbal ou psycho émotionnel. Le consentement éclairé de l'enfant est absent, du fait de la contrainte que fait peser l'adulte dont le mineur dépend ou se sent dépendant : cette contrainte brouille sa lucidité et réduit l'autonomie de ses réponses. Cette contrainte est soit physique mais le plus souvent elle est morale : séduction, valorisation de l'enfant, récompense, chantage et menace tant à propos de l'acte que du secret à garder. Le concept d'abus sexuel est complexe car il couvre :

- non seulement les passages à l'acte (attouchements, viols)
- mais également les comportements (harcèlements, exhibition, tentatives de viols ou tentatives d'attouchements, commentaires à connotation sexuelle),
- voire des intentions (chantage affectif ou matériel, usage de la ruse).<sup>21</sup> »

- « **La violence sexuelle** caractérise toutes les relations sexuelles imposées aux enfants par la force, la contrainte, la menace ou la surprise. Ainsi la notion de violence sexuelle englobe la notion de contrainte et de coercition.<sup>22</sup> »

La violence sexuelle comprend divers actes, parmi lesquels les rapports sexuels forcés dans le cadre du mariage, les relations sous la contrainte en dehors d'une union officielle, les agressions sexuelles et les rapports sexuels imposés par ceux qui exercent une autorité sur l'adolescent(e)/jeune, le viol par des inconnus et le viol au cours des conflits armés. Ces actes de violence sont essentiellement commis à l'encontre des filles et des femmes par des garçons et des hommes. Néanmoins, le viol de jeunes garçons par des hommes est un problème connu. La coercition à l'encontre de jeunes garçons forcés à avoir des rapports sexuels avec des femmes plus âgées ne doit pas être méconnue. Les auteurs de ces violences sont souvent des personnes cohabitant ou apparentées à la victime. Dans la sphère familiale, les viols sont parfois commis par le père, le cousin, l'oncle ou le voisin.

- « **L'exploitation sexuelle** à des fins commerciales, caractérisée par le paiement en espèce ou en nature, en échange de rapports sexuels, sous-tend la notion de profit qui peut être économique, social etc. L'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales comprend l'abus sexuel de toute personne de moins de 18 ans, moyennant une rétribution en nature ou en espèces versée à l'enfant ou à une ou plusieurs tierces personnes. L'enfant y est traité comme un objet sexuel et comme un objet commercial. L'exploitation

---

<sup>21</sup> Convention des Droits de l'Enfant, Articles 34, 35

<sup>22</sup> Convention des Droits de l'Enfant, Articles 34, 35 ; OMS : « Rapport mondial sur la santé et la violence », 2002

sexuelle des enfants à des fins commerciales constitue une forme de coercition et de violence exercée contre les enfants et équivaut à un travail forcé et à une forme contemporaine de l'esclavage.<sup>23</sup> Il existe quatre formes principales d'exploitation sexuelle commerciale : la traite des enfants à des fins sexuelles, la prostitution infantine, la pornographie mettant en scène des enfants, le tourisme sexuel impliquant des enfants.

- **Violence dirigée contre soi-même**

La violence dirigée contre soi-même comprend les actes délibérés de violence à l'encontre de soi-même ainsi que le suicide, acte entouré de tabous dont le secret est souvent gardé.

- **Violence collective**

Les adolescent(e)s/jeunes peuvent participer à des conflits violents entre groupes et gangs. Ils peuvent être victimes de viol, celui-ci étant utilisé comme une arme de guerre. Les populations déplacées sont particulièrement vulnérables.<sup>24</sup>

Les adolescent(e)s/jeunes sont conscients de l'existence des violences sexuelles dans la société. Ils reconnaissent que les filles en sont les principales victimes. Ils rapportent plusieurs cas de viols et d'inceste survenus sur les adolescentes et méconnus par l'entourage. Les filles sont souvent contraintes aux attouchements ou aux rapports sexuels contre des faveurs en nature ou en espèce. Elles subissent aussi des pressions qui proviennent des copains/ copines, des membres de la famille (en cas de pauvreté ou de précarité). Elles sont victimes de chantage affectif. L'influence des films diffusés à la télévision ou sur internet n'est pas à négliger.<sup>25</sup>

- **Excision**

Les mutilations génitales sexuelles recourent, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, «toutes les interventions aboutissant à une ablation totale ou partielle des organes génitaux de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques ».

L'excision ou mutilation génitale féminine est une pratique traditionnelle qui pose un problème de santé publique. En effet, elle expose les petites filles et les femmes, à un risque de dysfonctionnement de la fonction reproductive. Elle a un impact négatif sur leur bien-être tant physique que mental.

Au Sénégal, 17,5% des filles de moins de 15 ans ont été excisées. Des différences sont notées en fonction de la région, du milieu de résidence et de l'ethnie. En effet, cette pratique surtout observée dans les régions du nord (33%) et du sud (47%) est beaucoup plus importante en milieu rural (22%) qu'en milieu urbain (10%). L'augmentation du niveau d'instruction de la mère influe sur le pourcentage de filles excisées : 21% lorsque la mère n'a aucun niveau d'instruction contre 4 % lorsqu'elle a au moins une instruction du niveau secondaire. Les ethnies les plus concernées sont : les Diolas (35%), les Soninké/Puular (38%) et les Mandingues (39%).<sup>26</sup>

Les adolescent(e)s/jeunes sont bien conscients de l'existence de ces pratiques dans la société sénégalaise. Certains connaissent des personnes excisées, d'autres en ont entendu parler à travers les médias. De leur point de vue, les conséquences de l'excision peuvent être des complications lors de l'accouchement, la transmission de maladies, le manque de désir et de plaisir sexuels, ainsi que des cas de décès. Ils sont pour l'abandon de cette pratique.<sup>27</sup>

---

<sup>23</sup> Protocole sur la vente d'enfants, la prostitution infantine, la pornographie mettant en scène des enfants ( article 2) ; Déclaration de Stockholm ; Convention 182 du BIT ; Protocole relatif à la traite des personnes

<sup>24</sup> Guide pratique pour les soins aux adolescents, OMS 2012

<sup>25</sup> Focus Groups

<sup>26</sup> EDS continues 2012-2013

<sup>27</sup> Focus-group

### 2.1.1.3. Santé de la Reproduction

#### a) Définition

La Santé de la Reproduction (SR) est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, pour tout ce qui touche à l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement » CIPD, Caïre 1994.

Elle suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et « sans risque », qu'elle est capable et libre de procréer selon son choix ainsi que d'utiliser les méthodes de régulation des naissances qui ne sont pas contraires à la loi.

#### b) Grossesse précoce et/ou non désirée

Qu'elles soient désirées ou non, les grossesses précoces sont assez fréquentes et résultent le plus souvent de mariages d'enfants. Elles peuvent être la conséquence de rapports sexuels forcés y compris le viol. Parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans, 6,8% d'entre elles ont eu une naissance avant l'âge de 15 ans tandis que 25,6% l'ont eu avant l'âge de 18 ans. Les adolescentes et les jeunes filles, paient le lourd tribut des grossesses non désirées du fait, entre autres, de l'insuffisance d'accès à l'information et aux services de SR de qualité.

L'âge de la femme à la première naissance est déterminant pour sa fécondité ultérieure. Il peut en découler des répercussions importantes sur sa propre santé et sur celle de ses enfants. Le système reproductif encore immature de certaines adolescentes les rend plus vulnérables aux complications lors de la grossesse et de l'accouchement.

#### Chez la mère :

Il s'agit principalement de l'hypertension gravidique, du paludisme, de l'anémie, de la septicémie puerpérale et de l'avortement septique. En effet, le risque de décès est deux fois plus élevé pour les adolescentes âgées de 15 à 19 ans et cinq fois plus pour celles qui ont moins de 15 ans.

Il existe un certain nombre de facteurs qui peuvent avoir un impact négatif sur la grossesse précoce. Ce sont : l'insuffisance des consultations prénatales, les carences nutritionnelles, les habitudes de vie inadaptées à l'état de grossesse (tabac, alcool etc.), le stress, les IST, le manque d'éducation et le niveau socio-économique bas.

#### Chez l'enfant

Le risque de naissances de nouveau-nés de petit poids est accru. Il existe une forte corrélation entre la mortalité des enfants et les grossesses précoces. En effet, les enfants nés de mères âgées de moins de 20 ans courent un risque de décéder plus élevé que ceux nés de mères plus âgées. Comme en témoignent, chez la mère de moins de 20 ans, les taux élevés de mortalité néonatale (39 pour mille), infantile (66 pour mille) et infanto-juvénile (103 pour mille). Chez la mère âgée de plus de 20 ans, la baisse des taux de mortalité néonatale (27 pour mille), infantile (47 pour mille) et infanto-juvénile (80 pour mille) est notoire.<sup>28</sup>

En 2010, 3,1% d'adolescentes de 15-19 ans sont enceintes de leur premier enfant. Ce taux varie selon certaines caractéristiques socio-démographiques. En effet, le pourcentage d'adolescentes qui ont eu la première grossesse est plus bas en milieu urbain (1,5%) qu'en milieu rural (4,5%). De même, il est 5 fois plus élevé chez celles qui n'ont aucune instruction (5,5%) que chez celles qui ont au moins un niveau secondaire (0,8%). Seul 0,7% d'adolescentes issues de milieux aisés ont eu leur première gros-

<sup>28</sup> EDS 5, Mics \_2010-11

sesse contre 7,3% issues de milieu pauvre.

L'analyse des données qualitatives collectées sur le terrain (focus groups auprès des adolescent(e)s/jeunes) révèle que, pour ce qui est de la prévention de la grossesse, les avis sont partagés. Certains adolescent(e)s/jeunes pensent que c'est à la fille de se protéger pour ne pas tomber enceinte. D'autres jugent que c'est au garçon de prendre la responsabilité de la protection du couple en portant le préservatif. Pour un bon nombre d'entre eux, la responsabilité incombe aussi bien au garçon qu'à la fille. On observe que les adolescent(e)s/jeunes ne font pas mention du préservatif féminin.<sup>29</sup>

### c) Fécondité

Les adolescentes de 15-19 ans constituent 24% de l'ensemble des femmes en âge de procréer. Elles contribuent pour près de 10% à la fécondité totale des femmes. On constate que 19 % des adolescentes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde : en effet, 16 % ont déjà eu au moins un enfant et 3 % sont enceintes pour la première fois. Ce taux est plus élevé dans les régions de Tambacounda (40 %) et Kolda (43 %). Il est plus bas dans les régions de Ziguinchor (11 %) et Dakar (12 %). Parmi les adolescentes du même âge qui ont une instruction de niveau secondaire au moins, seulement 4% ont commencé leur vie féconde contre 31 % non instruites.<sup>30</sup> Le taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans est de 80 pour mille. Il est de 43 pour mille en milieu urbain et de 110 pour mille en milieu rural. Cette disparité pourrait s'expliquer du fait de plusieurs facteurs liés à la déscolarisation, au mariage des enfants, à la pauvreté plus marquée en zone rurale.

Selon les adolescent(e)s/jeunes, les grossesses précoces s'expliquent par : une méconnaissance des risques sanitaires, l'absence de protection (non utilisation de préservatif ou d'une autre méthode de contraception), le manque de conseil et d'encadrement, la pression subie, le manque d'occupations. Elles peuvent aussi survenir à la suite d'un viol.<sup>31</sup>

### d) Connaissances et utilisation des méthodes contraceptives

- Le niveau de connaissance des méthodes contraceptives chez les adolescentes est de 83,1%. L'utilisation de la contraception moderne (toutes femmes confondues) demeure faible chez les adolescentes de 15-19 ans (1,9%) et les jeunes filles de 20-24 ans (6,6%).
- Le taux de prévalence contraceptive chez les adolescentes de 15-19 ans et les jeunes filles de 20-24 ans en union est respectivement de 5% et 8,4%. Le pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans et de jeunes filles de 20-24 ans qui ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est respectivement de 31,1% et de 29,6%.
- Les méthodes contraceptives les plus utilisées sont les suivantes : le condom (0,6%) et les injectables (0,7%) auxquels ont recours les adolescentes de 15-19 ans. Les jeunes filles de 20-24 ans préfèrent les pilules (1,7%) et les injectables (2,9%).<sup>32</sup>

Selon les résultats du focus group, les adolescent(e)s/jeunes qui connaissent les méthodes contraceptives fréquentent les CCA ou ont participé à des cours d'économie familiale et sociale. Les contraceptifs modernes (pilule, injectable, implant, stérilet) et les méthodes naturelles (coït interrompu, abstinence périodique) ont été citées. Même s'ils connaissent l'utilité du préservatif, ils ne le citent pas comme méthode contraceptive. Néanmoins, selon eux, le préservatif reste le moyen de protection le plus adapté car il est discret, accessible, "pas besoin d'aller dans les structures de santé pour s'en procurer", disponible, peu coûteux et n'entraîne pas de conséquences pour la santé. Les adolescent(e)s/jeunes rap-

<sup>29</sup> Focus-group

<sup>30</sup> EDS continues 2012-2013

<sup>31</sup> Focus - group

<sup>32</sup> EDS 2010-2011 Mics

portent que la contraception doit se concevoir au sein du couple. Ils précisent que le premier rapport sexuel se fait très souvent sans aucune précaution du fait qu'il n'est généralement pas planifié.<sup>33</sup>

#### e) Utilisation de condoms au cours des derniers rapports sexuels

Environ 40,2% de jeunes filles et 63,6% de jeunes garçons de 15-24 ans déclarent avoir utilisé le condom au cours des derniers rapports sexuels.<sup>34</sup>

Très souvent les adolescent(e)s/jeunes ne prennent conscience du risque d'un rapport sexuel non protégé qu'une fois l'acte entrepris.

Ils reconnaissent que le préservatif est un moyen de prévention contre les grossesses précoces et les IST/VIH. Toutefois, ils émettent des réserves par rapport à sa fiabilité "peut se trouer". Ils affirment que cela peut réduire le plaisir et la virilité. Ils rapportent que la responsabilité du port de préservatifs incombe aussi bien à la fille qu'au garçon. Selon eux, les filles peuvent utiliser une autre méthode contraceptive pour éviter une grossesse. Les raisons qu'ils évoquent pour expliquer la faible utilisation des préservatifs sont : i) un rapport sexuel non planifié et/ou fait dans la précipitation, ii) la honte d'acheter des préservatifs, iii) l'absence de moyens financiers, iv) une diminution de la sensation de plaisir en cas de port de préservatif, v) la religion, vi) les préjugés (une fille qui porte un préservatif sur elle est vue comme une professionnelle du sexe). L'existence du préservatif féminin est souvent méconnue.<sup>35</sup>

#### f) Avortements à risque

Les avortements pourraient être une des conséquences des maternités précoces et /ou non désirées. Ils surviennent généralement dans des conditions précaires. Les complications dues aux avortements à risque sont fréquentes et peuvent entraîner des décès. Une étude faite au Sénégal montre que parmi les femmes qui se sont présentées pour complications d'un avortement provoqué, les 79% sont des jeunes filles âgées de 14 à 24 ans.<sup>36</sup>

Les grossesses non désirées sont souvent à l'origine d'avortements à risque et d'infanticides.

La fille enceinte non mariée est confrontée à des problèmes tels que la stigmatisation, le rejet par la famille, un refus de paternité, le mariage forcé, l'abandon, la peur de la réaction des parents, la pauvreté et la crainte de compromettre son avenir. Ces difficultés peuvent la pousser à l'avortement qui le plus souvent est financé par l'auteur de la grossesse ou la mère de la fille qui exerce une pression sur elle. Les avortements sont provoqués par l'utilisation de produits tels que : comprimés, plantes, bleu de méthylène, myrrhe etc. Toutefois, les jeunes savent que l'avortement est dangereux pour la santé. Ils le considèrent comme un meurtre. Ils n'ignorent pas que c'est un acte puni par la loi.<sup>37</sup>

#### g) Infanticides

Les filles accusées d'infanticide se soumettent à la pression sociale et à la peur de se faire réprimander par la famille. La pauvreté, la promiscuité sexuelle, l'ignorance en matière de contraception, les grossesses non désirées, les relations extra-conjugales sont autant de facteurs de l'infanticide. Environ 30 à 40% des femmes ayant des grossesses non désirées commettent un infanticide. Une étude portant sur la maison d'arrêt des femmes de Dakar a répertorié parmi les détenues 18,51%, de filles suspectées d'infanticides ou d'avortements. Elles avaient une moyenne d'âge inférieure à 25 ans et la plus jeune était une adolescente âgée de 16 ans.<sup>38</sup>

<sup>33</sup> Focus - group

<sup>34</sup> EDS 2010-2011 Mics

<sup>35</sup> Focus-group

<sup>36</sup> DIADHIOU F. et al. 1995, Mortalité et morbidité liée aux avortements provoqués clandestins dans quatre sites de références dakarois au Sénégal UCAD/CGO/CHU Le Dantec, MS/HRP, Dakar, 50

<sup>37</sup> Focus-group

<sup>38</sup> Soumah M. et al. Détention provisoire des jeunes femmes accusées d'avortement clandestin ou d'infanticides au Sénégal Pan Afr Med J, 2012 ; 12 : 49

#### **h) Infections Sexuellement Transmissibles (IST)**

► Les infections sexuellement transmissibles touchent particulièrement les adolescent(e)s/jeunes du fait de leur sexualité précoce et non protégée. Elles peuvent favoriser la transmission du VIH d'où l'importance de les prévenir. Parmi les jeunes hommes de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels, 0,2% avaient une IST, 2,8% présentaient des écoulements urétraux et 0,9% des plaies ou ulcérations génitales. Quant aux jeunes filles de 15-24 ans, 0,8% d'entre elles ont affirmé avoir eu une IST. Des ulcérations génitales et des pertes vaginales malodorantes ont été observées chez respectivement 3,4% et 11,2% d'entre elles.<sup>39</sup>

#### **i) Infection à VIH**

##### **► Connaissance approfondie du VIH**

Le pourcentage des jeunes filles de 15-24 ans qui ont une connaissance approfondie du VIH a augmenté (19,3% en 2005) contre (30,7% en 2010). De même pour les jeunes garçons, il est passé de 23,7% en 2005 à 32,5% en 2010.<sup>39</sup>

##### **► Connaissance de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant**

Le pourcentage de jeunes garçons qui ont une connaissance de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est passé de 17,9% en 2005 à 27,8% en 2010. Chez les jeunes filles, le pourcentage a augmenté (20,2% en 2005), (35% en 2010).

##### **► Test de dépistage du VIH**

Le pourcentage de jeunes filles de 15-24 ans qui ont subi un test de dépistage du VIH et en ont reçu le résultat a considérablement augmenté bien que restant toujours faible : 2,3% en 2005, contre 23,3% en 2010. De même, celui des jeunes garçons est aussi en hausse (3,1% en 2005 et 12,6% en 2010). En 2005, seules 2% de jeunes filles enceintes de 15-24 ans, après avoir effectué un test du VIH au cours d'une visite prénatale, ont eu connaissance du résultat. Elles ont reçu des conseils après le test. En 2010, ce taux est passé à 18,6%.<sup>40</sup>

##### **► Prévalence du VIH**

Les adolescent(e)s/jeunes sont particulièrement exposés à l'infection à VIH. Les recherches montrent que leur vulnérabilité relève en général de leurs comportements sexuels. Le Sénégal est un pays à épidémie concentrée avec une prévalence nationale de 0,7 %.

La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est de : 0,2 %, soit 0,3 % chez les filles et 0,1 % chez les garçons. Selon l'état matrimonial, la prévalence est plus élevée chez les jeunes filles célibataires qui ont déjà eu des rapports sexuels (1,6%). De même, elle est plus élevée chez les jeunes hommes en union (1 %). Par ailleurs, une prévalence de 1,4 % chez les jeunes femmes enceintes de la même tranche d'âge est à noter.

Des données récentes montrent la nécessité d'apporter une attention particulière et un soutien adéquat aux enfants vivant avec le VIH lorsqu'ils font leur transition vers l'âge adulte.

La majorité des adolescent(e)s/jeunes craignent aussi bien les grossesses non désirées que le VIH. Néanmoins, pour certains, il est préférable de tomber enceinte que d'être infecté par le VIH. Ils considèrent le sida comme une maladie incurable et stigmatisante dont les conséquences sont : des problèmes psychologiques, un avenir incertain, le décès.<sup>41</sup>

<sup>39</sup> EDS 5, 2010-2011 Mics

<sup>40</sup> EDS 5, 2010-11 Mics

<sup>41</sup> Focus-group

#### 2.1.1.4. Santé mentale

##### a) Définition

L'OMS définit la **santé mentale** comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif, fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. La santé mentale est une composante essentielle de la santé. Des facteurs sociaux (vie privée, accompagnement social...), psychologiques et biologiques (sexe, génétique, etc.) ou économiques (statut social, conditions d'existence...) multiples déterminent le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné. La santé mentale et la santé physique sont étroitement liées entre elles.

La mauvaise santé mentale englobe les troubles mentaux, les dysfonctionnements associés au stress, la dépression etc. Elle est également associée aux éléments suivants: discrimination à l'égard des filles, exclusion sociale, mode de vie malsain, risques de violence ou de mauvaise santé physique et violations des droits de l'homme.

De nombreux problèmes de santé mentale apparaissent à la fin de l'enfance et au début de l'adolescence. Ils peuvent avoir des effets importants sur la santé générale et le développement des adolescent(e)s. Souvent, les problèmes de santé mentale sont associés à de graves conséquences sur le plan sanitaire et social, parmi lesquelles la consommation accrue d'alcool, de tabac ou de substances illicites, la grossesse précoce, l'abandon de la scolarité, la délinquance etc.

##### b) Usage de substances nocives

La première expérience de substances nocives telles que le tabac, l'alcool et les drogues illicites se fait durant l'adolescence. La consommation de ces substances est généralement un moyen pour les adolescent(e)s d'intégrer un groupe de pairs ou de mesurer leurs propres limites. En effet, ils sont très préoccupés par l'acceptation par leurs pairs et l'appartenance à un groupe. Et pour cela, ils sont même prêts à prendre des risques énormes, même si cela va à l'encontre de leurs valeurs familiales. La consommation d'alcool et d'autres substances psychotropes est parfois associée à une activité sexuelle non protégée ayant parfois pour conséquence une grossesse non désirée. Selon une enquête effectuée par l'OMS en 2002 concernant différents pays d'Afrique Sub-saharienne dont le Sénégal, la consommation journalière du tabac est plus élevée chez les jeunes de 15 -29 ans : 13,3 unités fumées par jour. La consommation de tabac est de 0,2% chez les adolescentes de 15-19 ans et de 0,1% chez les jeunes filles de 20-24 ans. Elle est plus élevée chez les garçons de 15-19 ans (5%) et de 20-24 ans (13%).<sup>42</sup>

« Les troubles mentaux sont de plus en plus répandus chez les jeunes. Dépendants aux drogues, à l'alcool ou encore aux produits à inhaler, un certain nombre de jeunes tombent souvent dans l'hébétéude. Le déficit de moyens et l'inexistence de politique de santé mentale, rendent leur traitement compliqué dans les structures psychiatriques. Et nous nous rendons compte que près de 30 à 40% de nos consultations qui tournent autour des jeunes entre 16 et 30 ans concernent la drogue ».<sup>43</sup>

La consommation excessive d'alcool peut entraîner des blessures, une cirrhose ou un cancer. La consommation de tabac chez les adolescent(e)s peut être la cause à l'âge adulte d'affections respiratoires chroniques constituant un problème de santé publique. La toxicomanie accroît le risque d'infection au VIH chez l'adolescent(e).

<sup>42</sup> EDS Mics

<sup>43</sup> <http://xalimasn.com/depression-totale-chez-les-jeunes-senegalais-accros-aux-drogues-et-a-l'alcool/>  
consulté le 10/09/2013

Les adolescent(e)s/jeunes reconnaissent que la toxicomanie et l'alcoolisme sont nuisibles à leur santé. Selon eux, les stupéfiants affectent le cerveau, exposent aux maladies mentales, au cancer, à la violence, et causent la perte du contrôle et de l'estime de soi. Ils ont un impact négatif sur l'avenir qui devient précaire. La première cigarette fumée commencerait à partir de 12 ans. Tandis que l'utilisation de la drogue et de l'alcool débiterait entre 15 et 16 ans. L'usage de substances nocives est favorisé par l'environnement dans lequel vit l'adolescent(e)/jeune. Les facteurs favorisants sont : la pauvreté, les souffrances internes (problèmes familiaux), l'influence des amis et des parents, le besoin d'être considéré comme quelqu'un qui est «branché», le plaisir, la disponibilité des produits et leur coût abordable. Ces faits révèlent les actions à mener dans la sensibilisation des adolescent(e)s /jeunes contre l'usage de substances nocives.

### c) Mal être

Le mal être des adolescent(e)s/jeunes est perçu quotidiennement par les nombreux intervenants qui travaillent avec eux dans leur cadre de vie quotidienne. Il relève du sentiment de frustration, de stigmatisation, d'exclusion familiale et sociale, de désillusion et d'incompréhension. Le sous emploi, la sous instruction et les changements physiques et biologiques jouent un rôle important dans l'apparition de ce trouble. Il est généralement négligé, banalisé voire ignoré. Un mal être plus profond peut s'exprimer sous diverses formes : jeux dangereux, usage de drogues, consommation excessive de tabac et ou d'alcool, dépression, fugues, idées noires voire suicidaires, absentéisme scolaire, bagarres, troubles du comportement alimentaire, anorexie et boulimie.

### d) Suicide

Souvent associé aux problèmes de santé mentale, le suicide vient au deuxième rang des causes de décès des adolescent(e)s/jeunes, immédiatement après les accidents de la route. Parmi les cas de décès par suicide répertoriés dans une étude faite à Dakar, 14,8% environ sont des jeunes de 10 à 20 ans.<sup>45</sup> Plusieurs situations difficiles et perturbantes peuvent pousser des adolescent(e)s à envisager le suicide : les émotions, les difficultés au sein de la famille (divorce, négligence affective etc.), les abus physiques ou sexuels, la toxicomanie, la dépression etc. L'OMS estime que 20% d'adolescent(e)s connaîtraient à un moment de leur vie un problème de dépression ou d'anxiété. Les premiers symptômes se développeraient autour de 14 ans.

La dépression est la principale cause de maladie et de handicap chez les adolescent(e)s âgés de 10 à 19 ans, selon un rapport publié par l'OMS.

### e) Délinquance

Dans la société sénégalaise, la délinquance chez les adolescent(e)s/jeunes prend des proportions relativement importantes dans la part des affaires portées devant les tribunaux. La délinquance se manifeste par des actes antisociaux qualifiés par les juristes d'infractions. Elle est commise par des enfants âgés de moins de 18 ans.

Au sein des classes d'âge situées entre 15 et 24 ans, la part de la population féminine est supérieure à celle de la population masculine. La tendance s'inverse à partir de 35 ans. La différence la plus notable entre les deux sexes se situe entre 15 et 19 ans ; 7,89 % des garçons contre 11,15 % des filles. Dans la région de Kolda les jeunes filles représentent plus de 17 % de la population délinquante mineure.<sup>46</sup> Il ressort de cette analyse que la délinquance peut avoir plusieurs facteurs favorisants dont les principaux sont : la proximité avec un milieu préalablement transgressif, la grande pauvreté, un exode rural

<sup>45</sup> Aspects épidémiologiques du suicide à Dakar (Mohamed Soumah et coll)

<sup>46</sup> Délinquance et Politique pénale au Sénégal, M. Ndiaye, N.Robin

ininterrompu et accéléré, l'échec scolaire, le divorce, le chômage, le manque de qualification et de formation des jeunes, le manque d'infrastructures, de jeux, de loisirs dans les quartiers.<sup>47</sup>

#### 2.1.1.5. Endémies et maladies chroniques

La prévalence des maladies chroniques toutes causes confondues chez les 15-19 ans est de 7,3% chez les garçons et de 9,5 % chez les filles. Par contre, cette prévalence dans la tranche d'âge 20-24 ans est de 6,1% chez les garçons et de 15,1% chez les filles.<sup>48</sup>

Le paludisme constitue un risque pour la santé des adolescent(e) s/ jeunes et a été largement éclipsé par l'énorme fardeau de la maladie chez les enfants de moins de 5 ans.<sup>49</sup>

Le traitement de la tuberculose pose des défis particuliers. La tuberculose est l'infection opportuniste la plus fréquente et reste une cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH.

Les adolescent(e)s (e) s/ jeunes sont également confrontés à d'autres maladies non infectieuses telles que la drépanocytose, le diabète, les cardiopathies, l'hypertension artérielle, les maladies respiratoires etc. Les affections chroniques peuvent affecter leur développement.

#### 2.1.1.6. Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est le second cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde. Il survient exclusivement après l'infection par des virus appartenant à la famille des papillomavirus. Il est responsable, au niveau mondial, d'environ 250 000 à 300 000 décès et de 500 000 nouveaux cas par an (80% dans les pays en développement) d'après le Centre International de Recherche sur le Cancer. L'infection intervient le plus souvent peu après le début de la vie sexuelle. Une infection persistante surtout causée par certains types de VPH (le plus souvent les types 16 et 18) peut entraîner l'apparition de lésions précancéreuses. Ces lésions peuvent évoluer vers le cancer du col si elles sont non traitées.<sup>50</sup> D'où l'importance de la prévention qui permet de lutter efficacement contre le cancer du col de l'utérus.

#### 2.1.2. Alimentation et Nutrition des adolescent(e)s/jeunes

L'état nutritionnel de la femme est un des déterminants de la mortalité maternelle et du bon déroulement des grossesses ainsi que de leur issue. Ceci est particulièrement important chez les adolescent(e)s/jeunes, qui ont des besoins nutritionnels importants.

##### 2.1.2.1. Anémie

L'anémie, le plus souvent due à une carence en fer, réduit la performance scolaire. Les besoins en micro nutriments sont accrus pendant la croissance et le développement.

La fille est d'autant plus vulnérable que l'anémie accroît le risque d'hémorragie et de septicémie maternelle pendant l'accouchement. Cette vulnérabilité est liée à la faible teneur en fer de l'alimentation et à la menstruation. La prévalence de l'anémie chez les 15-19 ans est de 54% chez les garçons et de 55,5% chez les filles. Parmi ces dernières, 2,3% présentent une anémie sévère.

##### 2.1.2.2. Etat nutritionnel

La sous-nutrition a des conséquences sanitaires qui peuvent durer toute la vie de l'adolescente. Elle induit par ailleurs, une faible croissance du fœtus et un nouveau-né de petit poids. Les adolescentes de 15-19 ans ont une prévalence de surpoids/obésité de 7% et d'insuffisance pondérale de 34,5%. Alors que 0,4% des garçons de 15-19 ans ont un surpoids/obésité et 25,7% présentent une maigreur.

<sup>47</sup> La délinquance des jeunes. Les profils, les causes, les évolutions » TOURNYOL DU CLOS Lorraine et Sébastien, L'Harmattan, 2007, 255 p

<sup>48</sup> EDS 5, 2010-2011 Mics

<sup>49</sup> EDS-MICS\_2010-11

<sup>50</sup> Approche globale de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus : vers une meilleure santé pour les femmes et les jeunes filles (Note d'orientation de l'OMS)

### 2.1.2.3. Alimentation et nutrition

Les adolescent(e)s/jeunes mangent généralement mal et sont sédentaires. L'adolescent(e) a besoin d'une alimentation et d'une nutrition adéquates. Les adolescentes sont souvent victimes de discrimination dans la répartition de la nourriture. Elles font face aux problèmes socio-économiques.

L'obésité est perçue comme un mal par les adolescent(e)s/jeunes. Ils incriminent le manque de sport, la sédentarité, une mauvaise alimentation, la boulimie, certains comprimés, le dopage. Dans leurs représentations, ces maux ont pour conséquences : la baisse de la performance physique, la paresse, le vieillissement rapide.

L'expression « une alimentation saine » renvoie, chez les adolescent(e)s/jeunes, à la consommation d'aliments de qualité, sains et propres, « avec beaucoup de vitamines », de légumes. Pour certains, il s'agit d'une alimentation riche, variée et en quantité. Ils prennent leur repas à la maison, à l'école (cantine scolaire), dans la rue (gargote, restaurant). Ils aiment manger du pain, du riz, des snacks, des glaces, des frites, des bouillies de mil et des fruits. Ils n'aiment généralement pas les légumes, même s'ils pensent qu'un repas malsain est un repas non équilibré, sans légumes, gras et avec beaucoup de bouillons.<sup>51</sup> Dans leurs représentations, une mauvaise alimentation peut être à l'origine de problèmes de santé tels que l'anémie, l'obésité, le retard de croissance, le diabète, l'hypertension artérielle, l'impuissance, les problèmes de respiration.<sup>52</sup>

### 2.1.3. Loisirs, Sédentarité et Exercice physique

Les activités de loisirs touchent à tous les aspects du développement de l'individu : cognitif, émotionnel, social et comportemental. Trois types d'activités peuvent être notés :

- les activités de « réalisation de soi », qui nécessitent des régulations cognitives et sociales importantes (sports, arts...)
- les activités sociales qui ont un lien avec la relation avec les pairs (discuter, chatter, sortir...)
- les activités de détente, sans exigences particulières (écoutes télévisuelles et radiophoniques...)

Dans les activités de loisirs, les garçons privilégient la compétition et la recherche de dominance, au moment où les filles se centrent plus sur la coopération et l'affiliation.

Très souvent, les garçons occupent davantage leur temps libre par des loisirs alors que les filles les consacrent aux apprentissages scolaires ou aux activités domestiques.<sup>53</sup>

Un rapport de l'OMS souligne que moins d'un adolescent (e) sur quatre effectue un exercice physique suffisant, et que dans certains pays, un adolescent (e) sur trois est obèse.

On note une activité physique insuffisante au cours de l'adolescence. Ceci entraîne une sédentarité qui s'explique par : i) la diminution du temps consacré à l'éducation physique à l'école, ii) les loisirs inactifs (tels que les jeux électroniques, la télévision, l'ordinateur, l'internet etc.). Les conséquences sur la santé des jeunes peuvent être immédiates ou se manifester à long terme.

Il est donc important d'amener les adolescent(e)s/jeunes à conserver un mode de vie physiquement actif toute leur vie.

### 2.1.4. Accidents de la circulation

L'insécurité routière est la première cause mondiale de décès parmi les 15-19 ans. Elle est la première cause de mortalité en Afrique dans la tranche d'âge 15-29 ans. Les garçons sont davantage touchés que les filles par les accidents de la route, avec un taux de mortalité trois fois supérieur. Au Sénégal, les enfants et les jeunes de moins de 25 ans comptent pour près de 30% des morts et blessés des accidents de la circulation.

<sup>51</sup> Il s'agit de « bouillons » industriels, à base de sel

<sup>52</sup> Focus-group

<sup>53</sup> Les activités de loisirs des enfants et des adolescents comme milieu de développement, Cécile Kindelberger, Nadine Le Floch, René Clarisse

## 2.1.5. Education/ Formation et Adolescent(e)s/ jeunes

L'éducation améliore la santé et la nutrition, et inversement la santé et la nutrition contribuent à la qualité de l'éducation.

« L'éducation forme également les attitudes, les valeurs et les aspirations qui affectent l'aptitude des adolescent(e)s à fonctionner en tant que membres de leur famille, de leur communauté et de leur société.<sup>54</sup> » L'accès à l'éducation est considéré par l'UNICEF comme « un facteur essentiel » pour le développement des enfants.

### 2.1.5.1. Scolarisation

Le taux net de fréquentation scolaire (TNF) pour le niveau primaire des 6-11 ans est de 51 %. Le taux le plus faible est observé dans la région Centre (36 %) alors que le taux le plus élevé tourne autour de 60 % dans la région Ouest.

Au niveau secondaire, le taux net de fréquentation scolaire des enfants âgés de 12 à 16 ans est beaucoup plus faible qu'au niveau primaire (25 % contre 51 %). La proportion d'enfants scolarisés au niveau secondaire est beaucoup plus importante en milieu urbain (36 %) qu'en milieu rural (17 %). La faible scolarisation dans le premier cycle du secondaire résulte en partie du faible taux d'achèvement des études primaires. En effet, seuls 21 % des filles âgées de 15 à 19 ans et 30 % des garçons du même âge ont terminé le cycle primaire.<sup>55</sup> Le niveau secondaire est plus scolarisé dans la région Nord (32 %). Il est plus faible dans la région Centre (17 %). Globalement, pour le secondaire, les taux nets de scolarisation chez les filles et chez les garçons sont presque au même niveau ; l'indice de parité de genre est de 0,99. Des efforts restent néanmoins à faire dans les régions Sud et Centre pour maintenir les filles à l'école au secondaire, l'indice de parité de genre y étant, respectivement de 0,85 et 0,80.<sup>56</sup>

Le taux d'achèvement des études secondaires chez les jeunes âgés de 20 à 24 ans est faible. En effet, seulement 3% des filles et 7% des garçons de cette tranche d'âge ont terminé leur cycle secondaire.<sup>57</sup> L'enseignement secondaire permet aux adolescent(e)s/jeunes de développer leurs compétences et leur esprit critique. Il les prépare à leur engagement civique adulte et à un emploi mieux rémunéré.

### 2.1.5.2. Alphabétisation des adolescent(e)s/jeunes

L'alphabétisation évalue la capacité à lire. Ainsi, le pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans alphabétisées s'élève à 54,6% contre 67,2% chez les adolescents. Pour les 20-24 ans, il est de 42,7% chez les filles et de 63,6% chez les garçons.<sup>58</sup>

### 2.1.5.3. Formation professionnelle

Seuls 5% des élèves évoluent dans le domaine de l'enseignement technique et de la formation professionnelle. La majorité des effectifs inscrits (62,5%) se retrouve dans la région de Dakar et dans l'offre privée (79,3%).<sup>59</sup>

### 2.1.5.4. Enseignement Supérieur

Ces dernières années l'accès à la formation universitaire a considérablement augmenté. On observe que le pourcentage d'admission au BAC était de 39% en 2012.<sup>60</sup> En effet, l'enseignement supérieur est marqué par la croissance rapide des effectifs évalués à 122 970 étudiants en 2012. Le nombre de nouveaux bacheliers est de 33 831 en 2012. Les universités publiques ont des difficultés à satisfaire la demande. Les écoles privées d'enseignement supérieur viennent en appoint pour renforcer l'offre.<sup>61</sup>

<sup>54</sup> Progrès pour adolescents (bases de données mondiales 2011 de l'UNICEF)

2011 de l'UNICEF).

<sup>55</sup> Progrès pour adolescents (bases de données mondiales 2011 de l'UNICEF)

<sup>56</sup> EDS MICs

<sup>59</sup> PSE

<sup>58</sup> EDS continues\_ 2012-2013

<sup>60</sup> www.enquetepius.com consulté le 14/09/2013

<sup>57</sup> Progrès pour adolescents (bases de données mondiales

<sup>61</sup> PSE

### 2.1.5.5. Daaras

Les daaras ou écoles coraniques sont des lieux d'éducation pour les garçons et les filles, où l'accent est mis sur l'apprentissage du Coran. Les talibés (élèves coraniques) ont généralement entre 3 ans et 16 ans. En 2010, le nombre de talibés au Sénégal était estimé à plus de deux cent mille.<sup>62</sup> Certains parmi eux deviennent maîtres coraniques. D'autres sont perdus et vivent dans la misère en ville. Ils tombent souvent dans la délinquance. Et bon nombre d'entre eux ne reverront pas leurs parents ou leur village. Enfin, quelques uns tentent de fuir les sévices et s'échappent du daara. Ceux qui ne parviennent pas à retourner chez eux (faute de moyens ou par peur de représailles familiales) sont destinés à hanter les bidonvilles, à mendier, à voler et à agresser pour continuer à vivre. »<sup>63</sup>

### 2.1.6. Adolescent(e)s/ Jeunes et Emploi

La présence des jeunes dans la population active dépend du marché du travail et du niveau d'éducation. L'emploi des jeunes constitue un véritable problème socio-économique pour les gouvernements. Selon les études ESAM 1 et ESPS (2006), le chômage des jeunes de 15 – 24 ans atteint les proportions de 11,9% pour les garçons et 20,1 % pour les filles.<sup>64</sup>

Les enquêtes menées montrent que la proportion de jeunes actifs est de 38,5 % alors que celle de jeunes occupant un emploi est de 32,8 %.<sup>65</sup>

34,5% des jeunes évoluant en milieu urbain et rural occupent un emploi dans le secteur informel. L'informel constitue ainsi pour les jeunes un recours face aux contraintes du chômage, mais reste un secteur très précaire du fait d'une faible productivité du travail. 20% d'adolescentes de 15-19 ans ont eu recours à une activité rémunérée, et parmi elles, environ 3 adolescentes sur 10 ont eu une occupation d'employée de maison. 32,3% de filles de 20-24 ans et 69,8% de garçons du même âge ont déclaré avoir eu recours à une activité rémunérée. Selon le type d'occupation, le pourcentage des jeunes filles de 20-24 ans se présente comme tels : employée de maison : 16,1% ; agriculture : 19,2% ; ventes et services : 56%. Quant au pourcentage des garçons du même âge, il est de 21,2% pour les ventes et services, de 27,1% pour le travail manuel qualifié et de 28,8% pour l'agriculture.<sup>66</sup>

Les adolescent(e)s/jeunes qui occupent un emploi ne sont pas à l'abri de la précarité. En effet, certains contrats de travail (apprentissage, stage rémunéré, CDD, intérim) qui sont proposés aux jeunes ne favorisent pas une stabilité financière et sociale. De même, l'absence de formation qualifiante chez certains ne facilite pas leur insertion professionnelle.

### 2.1.7. Exposition aux médias

Les données relatives à l'exposition des adolescent(e)s et jeunes aux médias sont particulièrement importantes pour la mise en place des programmes d'éducation et de diffusion d'informations dans tous les domaines, notamment dans ceux relatifs à la santé.

Près de neuf ménages sur dix (88 %) possèdent un téléphone mobile qui constitue ainsi, et de loin, le canal de communication le plus répandu au Sénégal, aussi bien en milieu urbain (95%) qu'en milieu rural (82%). De même, 52% de ménages sénégalais disposent de télévision et 74% de radios.

Les femmes sont moins exposées que les hommes aux médias.<sup>67</sup>

<sup>62</sup> <http://fondationtalibe.org/> consulté 25/09/2013

<sup>63</sup> <http://www.pouruneenfance.com/talibes/> consulté le 25/09/2013

<sup>64</sup> ESPS (2006)

<sup>65</sup> ESAM 1 (2007)

<sup>66</sup> EDS,5 2010-11Mics

<sup>67</sup> EDS,5 2010-11Mics

Il est à constater qu'au moins une fois par semaine, chez les adolescent(e)s de 15-19 ans que : 15,5% de filles et 16,4% de garçons lisent un journal ; 57% de garçons et 61,7% de filles écoutent la radio ;

66% de filles et 75,2% de garçons regardent la télévision.

Par ailleurs, chez les jeunes de 20-24 ans que : 14,5% de filles lisent un journal ; 64,9% écoutent la radio et 65,2% regardent la télévision. De même, 24,9% de garçons lisent un journal ; 74,8% écoutent la radio et 79,8% regardent la télévision.<sup>68</sup>

Le Sénégal s'intéresse à la question de la SRAJ depuis plusieurs décennies. Plusieurs politiques et programmes ont été mis en place, pour aider les adolescent(e)s/ jeunes à prendre en charge leur santé. Le MSAS est accompagné dans cette action, par plusieurs partenaires techniques et financiers et des ONG locales et internationales.

L'internet est devenu le média le plus prisé des adolescent(e)s/jeunes, qui lui consacrent maintenant bien plus de temps que la télévision. Les réseaux sociaux comme Facebook, Twitter sont très importants pour eux. Les téléphones portables prennent aussi une place importante dans la culture jeune. Bon nombre de jeunes ne peuvent imaginer leur quotidien sans leur utilisation, c'est une « nécessité incontournable ». Par ailleurs, les jeunes sont bien conscients que tout ce qui se fait et se dit dans les TIC n'est pas toujours vrai ni fiable. Ils savent que tout ce qu'ils y voient ne doit pas être expérimenté.<sup>69</sup>

### 2.1.8. Précarité de l'adolescent (e)/jeune

Plusieurs adolescent(e)s/jeunes au Sénégal vivent dans une situation de précarité liée au manque de moyens financiers des parents, au chômage, à l'absence de protection sociale (sécurité sociale, prise en charge sociale) et à la cherté de la vie. Ils n'ont pas souvent de source de revenu, malgré leurs besoins financiers. Leurs besoins primaires se résument à l'alimentation, l'habillement, l'éducation, la formation, les loisirs, la santé et l'emploi. Ils comptent sur leurs parents, leurs amis ou exercent des emplois précaires communément appelés « petits boulots ». Leurs besoins sont souvent relégués au second plan, tant au sein de la famille que de la société<sup>70</sup>. Cela crée parfois une frustration qui les pousse à adopter des comportements anormaux voire asociaux tels que les agressions, le vol, la prostitution, les partenaires occasionnels, la migration clandestine, l'abandon scolaire, la drogue, etc. Un certain nombre de problèmes de santé des adolescent(e)s/jeunes reste imputable à leur situation de précarité.

### 2.1.9. Migrations

Les difficultés économiques peuvent contraindre les filles comme les garçons à aller vers les villes pour tenter de gagner leur vie. L'emploi qu'ils trouvent est souvent précaire ce qui renforce leur vulnérabilité face aux prédateurs sexuels. Il en découle le plus souvent l'exploitation sexuelle et la prostitution qui peuvent se solder par des grossesses précoces.

<sup>68</sup> EDS, 5 2010-11 Mics

<sup>69</sup> focus group

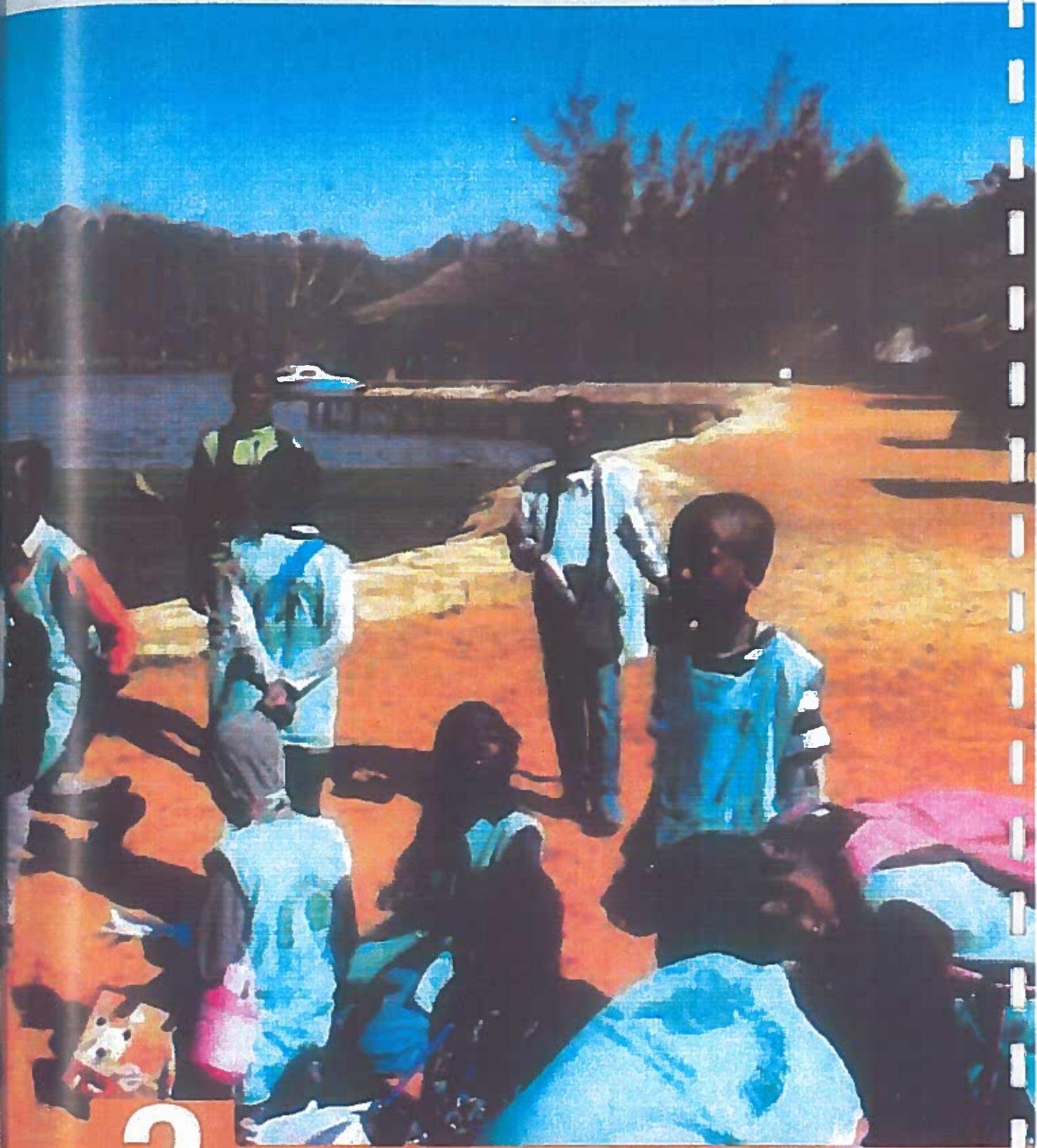
<sup>70</sup> focus group

## **2.2. Problèmes prioritaires**

L'analyse situationnelle de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes au Sénégal a permis de faire ressortir les problèmes prioritaires :

- La faible prise en compte de la SRAJ dans les programmes de santé,
- Le faible accès à l'information de qualité,
- Le faible accès aux services de SR de qualité et la méconnaissance de l'existence de la disponibilité de ces services,
- La collaboration insuffisante entre les acteurs de la SRAJ et la disparité des approches d'intervention,
- Le faible niveau de compétence des prestataires dans le domaine des droits humains et de la communication avec les adolescent(e)s jeunes en SR,
- La faible prise en compte des aspects juridiques relatifs à la SRAJ,
- Une coordination insuffisante avec un manque de synergie dans les interventions des différents acteurs,
- L'intégration insuffisante du Genre dans la Politique de SRAJ,
- L'insuffisance de communication en matière de SR entre parents et enfants,
- Un système insuffisant de gestion d'information sanitaire dans le domaine spécifique de la SRAJ,
- Les pesanteurs socioculturelles et religieuses.

T  
a  
s  
e  
is  
J.



# 3

## ANALYSE DE LA REPONSE

#### 3.1. Historique de la SRAJ

La préoccupation pour la santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s a été favorisée par trois facteurs combinés : la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994 au Caire, la disponibilité des informations relatives à la santé sexuelle et de la reproduction fournies par les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et par l'apparition du VIH qui a montré une plus grande exposition des adolescent(e)s par rapport aux autres groupes<sup>71</sup>. Mais au Sénégal, c'est avec l'Enquête Sénégalaise sur la Fécondité (ESF) de 1978 que les premières informations sur la vie reproductive des adolescentes ont pu être disponibles. La première EDS réalisée en 1986 a permis de confirmer les constats<sup>72</sup> de l'ESF et de poser avec acuité la question de la santé de la reproduction des adolescent(e)s.

Ce sont donc ces deux enquêtes qui ont attiré l'attention des autorités publiques sénégalaises sur les problèmes de SRAJ et permis d'intégrer leur prise en charge dans les stratégies de la Déclaration de Politique de Population (DPP) adoptée en avril 1988. Avec la CIPD, de nouvelles étapes sont rapidement franchies. Lors de cette conférence, la communauté internationale a confirmé la relation étroite entre le développement, la SR et l'égalité des genres. Les dispositions de la CIPD en termes de SR sont traduites en une vision incluse dans la déclaration du Millénaire (septembre 2000)<sup>73</sup>. Dans cette déclaration, la SR bénéficie d'une attention singulière à travers les OMD 4 et 5.

##### 3.1.1. Cadre législatif et réglementaire

Le Sénégal a souscrit à différents agendas internationaux en relation avec la SRAJ, dont :

- la ratification de diverses conventions internationales relatives à la protection des femmes et des filles : la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des femmes (CEDEF), le protocole facultatif à la CEDEF, le Protocole additionnel à la Charte africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits des Femmes...
- la ratification de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, qui déclare que les jeunes disposent d'un droit à la vie, au développement, au « meilleur état de santé possible et aux services médicaux et de rééducation »

Pour être en adéquation avec ces engagements internationaux, des mesures ont été prises telles que :

- l'adoption et la promulgation de la loi sur la santé de la reproduction en 2005,
- la loi pénalisant les Mutilations Génitales Féminines en 1999,
- la loi sur le VIH/sida en 2010, la loi de 2004 modifiant et complétant la loi d'orientation de l'éducation nationale, qui indique que la scolarité est obligatoire pour tous les enfants des deux sexes âgés de 6 à 16 ans
- La convention 138 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur l'âge minimum d'admission à l'emploi fixé à 15 ans ratifiée par le Sénégal en 1999 et la convention 182 sur les Pires Formes de Travail des Enfants (PFTE) ratifiée en 2000, définissent l'enfant comme étant une personne âgée de moins de 18 ans. L'âge d'admission au travail de 15 ans révolus peut être ramené à 12 ans pour les travaux légers exercés dans le cadre familial et qui ne portent pas atteinte à la santé, la moralité, la sécurité et au déroulement normal de la scolarité de l'enfant. Cet âge est relevé à 18 ans pour les travaux dangereux.

<sup>71</sup> Mané B, Ndiaye F. Santé de la Reproduction des Adolescents au Sénégal : quelles stratégies ? Centre de Formation et de Recherche en Santé de la reproduction (CEFOREP), Dakar, 2001.

<sup>72</sup> Précocité du mariage et de la première maternité et facteurs de risque associés à cette fécondité

<sup>73</sup> DSR. Plan Stratégique de Santé de la Reproduction (2011-2015)

### 3.1.2. Cadre institutionnel

En 1999, le Ministère de la Santé, en collaboration avec Population Council et l'OMS a mené une recherche opérationnelle dans 3 régions (Saint-Louis, Louga et Diourbel) en vue de procéder à une meilleure évaluation des besoins des adolescent(e)s/jeunes. Cette étude a permis de montrer que :

- Les structures de santé publiques peuvent, si elles sont réorganisées, devenir des espaces adaptés pour les jeunes.
- Les parents sont réceptifs et favorables aux programmes de santé des adolescent(e)s/jeunes. Ils souhaiteraient jouer un plus grand rôle dans leur éducation en matière de santé de la reproduction.
- La synergie peut être obtenue entre les intervenants des différents secteurs et les organisations communautaires de base.
- L'éducation des adolescent(e)s/jeunes hors de l'école par les pairs éducateurs a permis d'augmenter significativement les connaissances, les compétences et les comportements des adolescent(e)s/jeunes.
- Les enseignants, les Leaders Elèves Animateurs (LEA) et les élèves adhèrent à l'enseignement de la santé de la reproduction, d'où la nécessité de renforcer les compétences des élèves.

A l'issue de cette étude, il s'est avéré nécessaire d'élaborer la Stratégie Nationale en Santé des Adolescent(e)s/Jeunes. Puis le curriculum Programme d'Orientation destiné aux prestataires des soins de santé et le curriculum Grandir en harmonie ont été élaborés.

La volonté politique s'est traduite aussi par l'élaboration de documents de référence qui prennent en compte la SRAJ :

- le document de Politiques, Normes et Protocoles (PNP) en SR, qui met l'accent sur la vulnérabilité des adolescent(e)s/jeunes de 10-24 ans vu les multiples risques auxquels ils sont exposés.
- le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II, 2009-2018) rappelle le caractère prioritaire de la SR. Il fait mention du paquet de services de SRAJ qui doit comprendre au moins la prévention des grossesses précoces, la prévention et le dépistage volontaire des infections sexuellement transmissibles (IST) ainsi que la prévention de l'usage de substances nocives. Ce paquet devrait être disponible dans les structures de santé pour éviter toute stigmatisation. Le PNDS souligne également la nécessité d'introduire la SRAJ dans les curricula des écoles de formation de base, les Facultés de Médecine, les écoles de sage-femme et d'infirmiers et des travailleurs sociaux.
- la Lettre de Politique de Développement du Secteur Jeunesse qui stipule dans sa première orientation stratégique de préserver les adolescent(e)s et les jeunes des IST/VIH, des problèmes de santé de la reproduction, du tabagisme et de la drogue.
- la Stratégie Nationale en santé de la Reproduction des Adolescent(e)s/Jeunes.
- la Stratégie nationale pour l'équité et l'égalité de genre (SNEEG) à l'horizon 2015.
- les « Standards des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/Jeunes » ont été conçus et validés en vue d'améliorer la performance et la qualité des services de santé à offrir à cette cible vulnérable<sup>74</sup>. Pour démontrer leur efficacité, ils doivent être utilisés de façon systématique et continue.

Dans ce même sillage, il est aussi opportun de faire référence aux différents plans stratégiques exclusivement dédiés à la Santé de la Reproduction :

- Le plan stratégique de la Santé de la Reproduction 2011-2015 dégage un axe stratégique prioritaire de la SRAJ qui est de mettre en œuvre les Standards des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/Jeunes,
- Le Plan d'Action National de Planification Familiale (PANPF) : Dans ce plan, l'accent est mis sur la communication ciblée et la multiplication d'activités de communication interpersonnelle pour améliorer le bien-être des adolescent(e)s/jeunes.

<sup>74</sup> DSRSE. Processus de mise en œuvre des « Standards de Services de Santé de la Reproduction adaptés aux Adolescent(e)s et jeunes au Sénégal. [www.dsr.sn](http://www.dsr.sn), consulté le 27 juillet 2014.

Du point de vue institutionnel, la SR a été bien prise en compte, notamment à travers l'érection, depuis 2012, de la Division en une Direction au sein du Ministère de la Santé du Sénégal. Le bureau de Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s/Jeunes a été érigé en Division au sein de cette nouvelle direction du MSAS.

### **3.2. Analyse des projets et programmes de SRAJ au Sénégal**

#### **3.2.1. Analyse de quelques projets illustrant la SRAJ au Sénégal**

Quelques projets pour lesquels une documentation consistante a pu être retrouvée illustrent les actions de SRAJ au Sénégal.

##### **3.2.1.1. SRAJ en milieu scolaire**

###### **► Division du Contrôle Médical Scolaire (DCMS)**

La DCMS coordonne les programmes et activités de promotion de la santé et de la nutrition en milieu scolaire. Elle a mis en place des inspections médicales scolaires (IME) pour la prise en charge de la santé des élèves. Les lycées disposent d'infirmeries scolaires.

###### **► Projet EVF/EMP<sup>75</sup>**

Le Ministère de l'Éducation a généralement en charge la santé scolaire. Pour pallier au manque d'information des adolescent(e)s et jeunes, les questions de la population ont été progressivement intégrées dans le système éducatif.

La traduction de la politique de santé pour les adolescent(e)s scolarisés, a connu ses débuts avec le programme Education à la Vie Familiale en Matière de Population (EVF/EMP) en 1990 [9]<sup>76</sup>. Des thèmes relatifs aux problèmes de population ont été introduits dans les curricula de l'enseignement élémentaire.

Afin d'approfondir et de conforter les connaissances acquises à l'élémentaire, une extension du projet est faite dans le moyen secondaire en 1994, en collaboration avec le Groupe pour l'Étude et l'Enseignement de la Population (GEEP). L'objectif général du programme est de renforcer les capacités des adolescent(e)s sur les grossesses précoces et leurs conséquences, les IST/VIH, l'hygiène et les droits des adolescent(e)s en SR.

Sous l'impulsion du Ministère de l'Éducation et avec l'appui de partenaires, le GEEP a mis en place, dans les lycées et collèges du territoire national, plus de 400 clubs EVF : espaces d'information et de sensibilisation sur les questions de population et sur les pratiques néfastes à la vie des adolescent(e)s<sup>77</sup>. Ces derniers qui fréquentent ces clubs sont appelés des LEA. Ils développent des attitudes autonomes et sont devenus des leaders dans beaucoup de domaines.

##### **3.2.1.2. SRAJ en milieu extra scolaire**

###### **► Ministère de la Santé**

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAs) à travers la DSRSE, est en train d'expérimenter la mise en place d'espaces ados/jeunes (espaces d'accueil, d'informations, d'écoute, de conseils, de sensibilisation, de loisirs, d'échanges...) dans les structures de santé. Les aides-ados/jeunes (pairs-éducateurs qui exercent dans la structure de santé) y reçoivent leurs pairs en quête de services et d'informations<sup>78</sup>.

###### **► Projet Promotion des Jeunes (PPJ)**

Le Ministère de la Jeunesse, à travers le Projet Promotion des Jeunes a mis en place 15 centres conseils pour adolescent(e)s (CCA) dans onze régions du Sénégal. Les CCA, généralement logés dans les Cen-

<sup>75</sup> (Évaluation des résultats atteints dans les programmes EVF/EMP soutenus par l'UNFPA au Sénégal, Rapport final UNFPA, 2008)

<sup>76</sup> Dramani L., Laye O. Demande en services de Santé de la Reproduction : le cas du Sénégal ; ANSD, 2009

<sup>77</sup> Entretien avec la DJASE

<sup>78</sup> DSR. Politiques et Normes de SR

tres de Développement et d'Education Populaire et Sportive (CDEPS), sont des structures dont la vocation est de promouvoir chez les adolescent(e)s/jeunes l'adoption de comportements responsables en matière de SR. Ils mettent en œuvre de nombreuses activités d'Information, d'Education et de Communication et offrent des services cliniques.

► **Projet Pilote « Renforcement des Capacités des Adoléscentes Défavorisées dans les régions de Dakar et Thiès<sup>79</sup> »**

Le Ministère de la Jeunesse, à travers la DJVA (actuelle DJASE), a mis en œuvre de 2001 à 2005 le Projet de Renforcement des Capacités des Adolescent(e)s (PRCA). Le projet comportait quatre volets : la santé de la reproduction, l'éducation de base, la formation qualifiante, l'insertion économique et les compétences de vie courante (CVC). Le projet avait comme vision d'améliorer la situation sociale et économique des adolescentes issues de milieux défavorisés. La mise en place d'une clinique mobile a permis d'offrir des services de SR de proximité à plus de 200 adolescentes.

► **Programme « Initiative Sénégalaise pour la Participation et le Développement des Adolescent(e)s défavorisés<sup>80</sup> »**

Ce programme mis en œuvre en 2009 par le Ministère de la jeunesse à travers la DJASE est l'extension du PRCA dans 5 régions (Tambacounda, Kolda, Kédougou, Dakar et Thiès). Il a été élargi à l'ensemble des adolescent(e)s défavorisés sans distinction de sexe. Le programme a pu enrôler 1300 adolescent(e)s dans la formation sur les Compétences de Vie Courante structurées autour de six modules : SR, Techniques de Communication, Prise de décision, Droits Humains, Résolution de conflit, Insertion socioéconomique. Des adolescent(e)s et employées de maison ont été inscrits dans des programmes d'alphabétisation et de couture. Les offres de services et d'informations en SR du programme ont pu toucher 800 jeunes filles à travers des centres de santé. Le dispensaire mobile a pu fournir une assistance et des informations à 500 jeunes filles rurales. Les faiblesses du programme ont été principalement la non atteinte de la cible escomptée, l'insuffisance du suivi du programme, le retrait des partenaires techniques et financiers.

► **EVF/Daara**

Dans l'optique de répondre au concept « Education pour tous », un projet pilote EVF/Daara a été mis en œuvre en 2003 avec la collaboration du Ministère de la Famille. Ce projet a été expérimenté dans dix (10) daaras répartis dans les régions de Dakar, Thiès, Diourbel, Kaolack, Kolda et Tambacounda. L'un des objectifs était d'« Intégrer l'Education à la Vie Familiale et en Matière de Population dans les programmes des Daaras, écoles franco-arabes et instituts ». Les activités de formation et de sensibilisation en EVF/Daaras ont concerné des maîtres coraniques des 10 Daaras. Ils ont fait des transferts de connaissances à d'autres maîtres coraniques des « Daaras satellites » sur le contenu du programme EVF et sur l'argumentaire religieux. Il s'agit principalement d'amener les talibés et/ou apprenants à maîtriser les connaissances de base sur la vie familiale, la situation environnementale et sanitaire du milieu à la lumière des enseignements du Coran et des Hadiths.

L'EVF/Daara n'a pas pu être pérennisé et a été arrêté en 2006 faute de ressources.

► **Projet info ado**

ONE WORLD/UK en partenariat avec le Ministère de l'Education nationale et les organisations de la société civile, a mis en place depuis 2010 le projet « Apprendre à Vivre/Sénégal (AVS) ». Dans la mise

<sup>79</sup> Evaluation finale « Projet de Renforcement des capacités des adolescentes défavorisées dans les régions de Dakar et de Thiès », rapport final, UNFPA- UNICEF, 2006

<sup>80</sup> Entretien avec la DJASE

en œuvre des activités du dit projet, un curriculum numérique en SRAJ, dénommé « click info ado », avec 18 leçons a été élaboré. Il comprend des thématiques relatives à la SRAJ. Des jeux, des exercices créatifs et interactifs renforcent les compétences de vie des adolescent(e)s/jeunes.

Cette plate-forme E Learning « Click info ado » a été expérimentée dans 10 lycées et collèges des régions de Dakar et Ziguinchor mais aussi dans le secteur non formel. Elle a permis de former 600 enseignants et de sensibiliser environ 60 000 jeunes scolarisés et non scolarisés.

La mise en place d'une téléphonie mobile Bip Info Ado permet aux jeunes d'envoyer par SMS des questions relatives à la SRAJ de manière gratuite, anonyme et confidentielle. Chaque mois, un jeu concours sur des thématiques de SRAJ est organisé. Les trente (30) meilleures réponses sélectionnées sont primées par une carte téléphonique.

Les Réseaux Sociaux ont été mis en place à travers une page facebook consultée par plus de 14 000 personnes. Les jeunes y font des jeux et des quizz.

► **Autres Initiatives favorisant l'accès à l'information de la SR à travers les TIC notamment les médias sociaux.**

D'autres ONG interviennent dans ce domaine : le RAES, SIS AFRIQUE etc.

► **SNEIPS**

Le SNEIPS a mis à disposition un numéro vert pour les adolescent(e)s/jeunes.

► **Associations et Société civile**

Plusieurs associations et ONG mettent en œuvre des activités promotionnelles, préventives voire curatives de SRAJ (ASBEF, RESOPODEV, Synergie Banlieue, Médicos del Mundo etc.)

Quatre défis sont à relever pour atteindre les objectifs de santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes :

- L'accès des adolescent(e)s/jeunes à des services de santé adaptés à leurs besoins,
- L'accès des adolescent(e)s/jeunes à l'information de qualité et la réponse par la communication intégrant les TIC,
- L'amélioration de l'environnement social, législatif et réglementaire de l'adolescent(e)/jeune,
- La promotion de la collaboration multisectorielle et le partenariat.

to-  
ces  
ré-  
sei-  
es-  
ours  
pri-  
000  
am-  
ura-  
ado-  
on



# 4

## DEFIS DE LA SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENT(E) S/JEUNES

## 4. DEFIS DE LA SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENT(E) S/JEUNES

### 4.1. Défi n° 1 : Accès des adolescent(e)s/ jeunes à des services de santé adaptés à leurs besoins

Les adolescent(e)s/jeunes continuent à faire face à de nombreux obstacles sociaux, économiques, culturels et juridiques liés à l'accès aux services de santé sexuelle et de la reproduction.

Les PPS offrant des services de SRAJ sont très insuffisants et ne répondent pas aux attentes des adolescent(e)s/jeunes. Ces derniers éprouvent souvent des difficultés à accéder aux services de santé pour des raisons économiques et/ou des contraintes sociales. Les services de santé existants ne leur fournissent pas souvent l'accueil nécessaire. L'attitude moralisatrice de certains prestataires et le coût parfois élevé des services n'en favorisent pas l'utilisation.

Le circuit n'y est pas défini (accueil, heures d'attente longues, horaires non adaptés, problème de confidentialité etc.). Le personnel est insuffisant et non formé. Le matériel adéquat fait souvent défaut. Par conséquent, l'utilisation des services de SRAJ est insuffisante.

Par ailleurs, les centres conseils pour adolescent(e)s/jeunes (CCA) et les centres pilotes en santé de la reproduction ne sont fréquentés que par 5,2% des adolescent(e)s<sup>81</sup>.

La grande majorité d'adolescent(e)s/jeunes méconnaissent l'existence de structures de prise en charge de SRAJ. Ceux qui ont été informés l'ont été par des canaux différents : les pairs-éducateurs, le bouche-à-oreille, l'école, les séances de sensibilisation et de causeries organisées dans les quartiers.

Nombreux sont les adolescent(e)s/jeunes qui pensent que les structures de santé ne sont pas adaptées à leur besoins. Ils affirment que l'accueil n'y est pas souvent chaleureux et que les services ne sont pas conviviaux. En effet, ils y sont quelquefois stigmatisés et jugés par les prestataires ou par les patients. Ils ne se sentent ni écoutés ni compris. Les structures de santé, selon eux, demeurent leur dernier recours. Les CCA et les Espaces Jeunes ne sont pas toujours connus par les jeunes. Ces derniers ne les fréquentent pas assez, ou y vont en cas de situations graves. Les services de SRAJ sont insuffisants selon les adolescent(e)s/jeunes<sup>82</sup>.

### 4.2. Défi n° 2 : Accès des adolescent(e)s/ jeunes à l'information de qualité et réponse par le plaidoyer et la communication intégrant les TIC

Il existe une insuffisance d'informations appropriées à tous les niveaux : familial, scolaire, extra scolaire et sanitaire.

Il est fondamental que les adolescent(e)s/jeunes possèdent les informations, les connaissances et les compétences qui leur permettent de prendre des décisions responsables en matière de sexualité et de relations interpersonnelles. Le manque d'informations appropriées dans le domaine de la SR, les rend vulnérables aux abus, à l'exploitation, à des grossesses non désirées et à des IST/VIH.

Les sources d'information chez les adolescent(e)s/jeunes sont diverses et variées. Elles ne sont pas toujours fiables car elles ne sont ni canalisées, ni maîtrisées et présentent des difficultés par rapport à la façon de véhiculer, de recevoir et de partager les informations sur la SRAJ.

Les canaux d'informations normés ou institutionnalisés sont : les CCA, les Espaces Jeunes, les structures de santé, les clubs EVF, les cours de SVT, les parents, les séances de sensibilisation. Cependant, ces sources d'informations ne sont pas accessibles à tous les jeunes et ciblent une population d'adolescent(e)s/jeunes scolarisés ou enrôlés dans les programmes de SR.

<sup>81</sup> Dramani L, Laye O. Demande de services en Santé de la reproduction le cas du Sénégal. ANSD, 2009

<sup>82</sup> Focus-group

Les autres canaux d'informations peu ou non normés ne permettent pas toujours de disposer d'information de qualité. Ils concernent : les copains/copines, les aînés, les espaces publics, l'expérimentation, les TIC. Il peut s'agir également de l'auto-information.

Les TIC sont de bons moyens pour véhiculer des messages. Elles occupent une place très importante dans la vie des adolescent(e)s/jeunes, bien que ces derniers n'aient pas toujours accès aux TIC. Selon l'usage bon ou mauvais qu'on en fait, elles sont considérées comme des phénomènes à double connotation. Ainsi, elles sont avantageuses dans la mesure où elles permettent de s'informer, de faire des recherches, de créer un réseau social, de communiquer avec les personnes, de se divertir à travers les jeux. Cependant, elles ont une influence négative lorsqu'elles sont utilisées pour regarder des films pornographiques, rechercher des partenaires sexuels, diffuser des informations non éducatives etc.

Peu d'adolescent(e)s/jeunes reçoivent une préparation suffisante dans le domaine de la sexualité, ce qui les rend vulnérables aux violences et abus sexuels, à l'exploitation, aux grossesses non désirées, aux IST et à l'infection à VIH.

Les questions de santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes demeurent encore délicates chez les parents.

Il est donc nécessaire que ces derniers sachent comment aborder avec leurs enfants les aspects physiques et comportementaux de la santé sexuelle et de la reproduction.

La dimension Genre est insuffisamment prise en compte dans la communication sur la SRAJ.

### **4.3. Défi n° 3 : Amélioration de l'environnement social, législatif et réglementaire de l'adolescent(e)/jeune**

L'environnement social, législatif et réglementaire favorable à la promotion de la santé des adolescent(e)s/jeunes devra être amélioré.

La communauté est faiblement impliquée dans la promotion des services de SRAJ. Il en découle une stigmatisation des adolescent(e)s/jeunes qui fréquentent les Points de Prestation de Services (PPS) de SR. L'introduction de la prise en charge de la SRAJ dans les curricula des écoles de formation de base n'est pas effective.

Les droits des adolescent(e)s/jeunes ne sont pas souvent respectés en dépit des nombreuses conventions ratifiées (CIPD Caire 1994, Convention des droits de l'enfant etc.).

Il n'existe pas une réglementation juridique favorable et appropriée à la promotion de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes.

La loi sur la SR a été promulguée au Sénégal depuis 2005, de même que les lois pénalisant les MGF et la loi sur le VIH/sida en 2010. Leur application demeure néanmoins timide, du fait, entre autres, de la non émission du décret d'application pour ce qui concerne la loi sur la SR.

Les adolescent(e)s/jeunes sont insuffisamment impliqués et faiblement responsabilisés dans les programmes conçus en leur faveur.

L'état nutritionnel des adolescent(e)s/jeunes reste préoccupant.

Les pesanteurs socioculturelles et religieuses freinent l'accès des adolescent(e)s/jeunes aux services de SR.

La qualité de l'hygiène de vie des adolescent(e)s/jeunes est insuffisante.

La dimension Genre est insuffisamment prise en compte dans l'éducation des adolescent(e)s/jeunes.

Les ressources financières matérielles et humaine sont insuffisantes pour promouvoir les activités de SRAJ.

#### **4.4. Défi n° 4 : Promotion de la Collaboration multisectorielle et partenariat**

La portée des problèmes liés à la SRAJ dépasse largement le champ d'action de la santé. La multisectorialité est peu effective et les interventions sont disparates et souvent isolées.

Le système de suivi-évaluation des activités de SRAJ est faible.

La coordination est insuffisante. Les concertations entre les différents intervenants de SRAJ ne sont pas effectives. Par conséquent, des actions sont quelquefois dupliquées dans une même localité, les approches parfois divergentes.

Le système de gestion de l'information sanitaire dans le domaine spécifique de la SRAJ, demeure encore insuffisant.



5

POLITIQUE NATIONALE DE SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION  
DES ADOLESCENT(E) S ET DES JEUNES AU SENEGAL

## 5. POLITIQUE NATIONALE DE SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENT(E) S ET DES JEUNES AU SENEGAL

### 5.1. Vision

Tous les adolescent(e)s et jeunes du Sénégal, sans aucune distinction ni discrimination, auront, avec leur pleine participation, un accès universel et équitable à des services de santé sexuelle et de la reproduction de qualité, basés sur des preuves. Ces services toucheront toutes les couches de la communauté des adolescent(e)s/jeunes, à travers l'utilisation d'approches et de technologies appropriées, dans le respect des valeurs culturelles et des croyances du pays.

### 5.2. Principes Directeurs

Les principes directeurs qui fondent les orientations stratégiques du Plan Stratégique de Santé de la Reproduction restent valables. Cependant, dans la situation particulière des adolescent(e)s/jeunes, ils prennent une connotation singulière. Ces principes sont les suivantes :

La Gestion Axée sur les Résultats (GAR): conformément aux principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'Aide à laquelle a souscrit l'état du Sénégal, le MSAS fait partie des secteurs ayant mis en pratique ce principe dans le cadre de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de ses programmes.

Le partenariat, autre principe de la Déclaration de Paris, sera privilégié dans la réalisation des objectifs du présent plan. Les autres secteurs de développement seront impliqués dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de nos actions. Les cadres de partenariat existants seront renforcés, notamment par l'implication d'ONG, OCB, OSC, etc.

La reconnaissance, par l'état du Sénégal, du droit des adolescent(e)s/jeunes à jouir du meilleur état de santé qu'ils sont capables d'atteindre, tel que stipulé dans la constitution de l'OMS, la Convention de l'ONU sur les droits de l'enfant et d'autres engagements souscrits par le pays.

La pleine participation des adolescent(e)s/jeunes à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de SRAJ qui leurs sont destinés

Le développement de programmes basés sur la collaboration intersectorielle, vu la diversité des besoins des adolescent(e)s/jeunes et leur complexité. La prise en compte de façon globale et holistique de ces besoins conditionne leur succès.

La coordination accrue entre les divers acteurs et intervenants dans le domaine de la SRAJ, qu'ils soient issus du secteur public ou du secteur privé

La prise en compte et l'intégration la plus poussée possible des programmes de SRAJ dans les programmes de santé publique et de développement, de façon générale.

La prise en compte de l'approche Genre dans la formulation des programmes de SRAJ

Le respect des valeurs culturelles, éthiques, morales et religieuses en cours dans le pays dans la formulation de l'offre de service en SRAJ, tout en considérant les mutations actuelles et à venir dans la société sénégalaise.

### 5.3. Cadre institutionnel de mise en œuvre

La Division de la Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s/Jeunes (DSRAJ), au sein de la DSRSE<sup>83</sup>, est chargée de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation du présent Plan Stratégique. Elle assure la tutelle de tous les programmes de SRAJ mis en œuvre au Sénégal, dans les secteurs public et privé.

Au plan institutionnel, la DSRAJ a pour mission d'organiser, de coordonner, de suivre et d'évaluer les activités préventives, curatives et promotionnelles concernant la santé et le bien-être de l'adolescent(e)/jeune.

Elle est chargée de :

- Mettre en œuvre la politique en matière de santé sexuelle, de santé de la reproduction et de développement des adolescent(e)s/jeunes
- Vulgariser les Standards des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/Jeunes
- Développer l'offre de services selon les standards
- Faire la promotion des espaces ados/jeunes
- Appuyer l'aménagement, l'équipement des espaces ados/jeunes dans les structures de santé et en assurer le suivi
- Promouvoir la collaboration multisectorielle et la coordination
- Mettre en place des supports éducatifs, didactiques et promotionnels dans les points de prestations de services (PPS)
- Participer à la création d'un environnement favorable à la promotion de la santé de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes (SRAJ)

Le partenariat constitue un axe important du présent plan ; il devra favoriser l'appropriation des diverses expériences réussies en SRAJ aux plans national et international, mais aussi faciliter le financement et la mise en œuvre des projets et programmes de SRAJ.

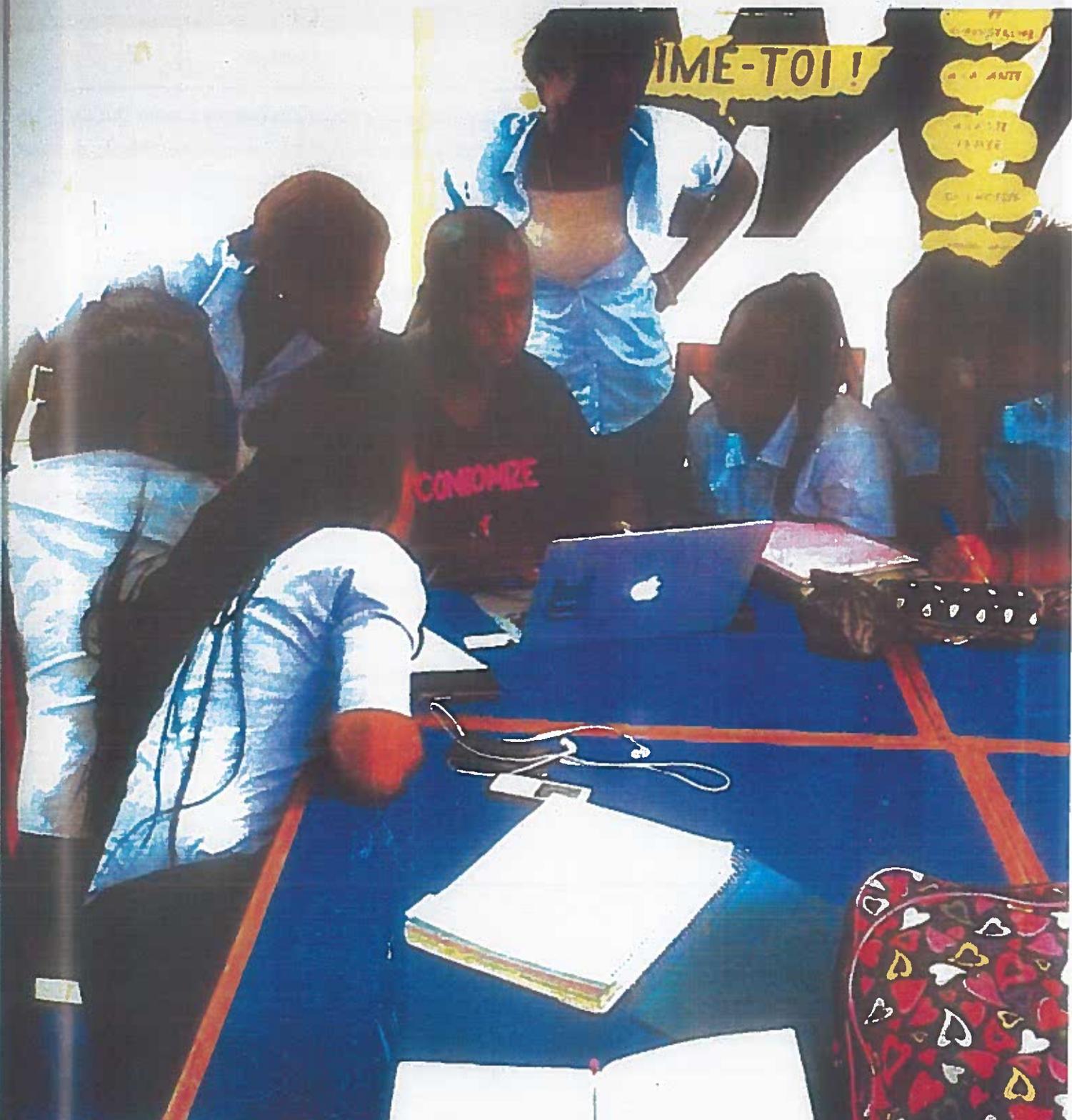
Il importe de rendre fonctionnel le cadre de concertation entre les intervenants de SRAJ en vue d'une synergie d'action. L'établissement de partenariat intersectoriel est une condition essentielle pour le passage à l'échelle et la durabilité des actions. De même, il est primordial pour garantir la coordination et la convergence des efforts, d'assurer la qualité et d'éviter une duplication des activités. Le fait d'établir un partenariat va favoriser une collaboration en termes de politique, de communication, d'éducation et de mobilisation des ressources plus active en vue de promouvoir la santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes. La DSRAJ nouera des partenariats avec des ONG, OCB, OSC, pour les activités communautaires. La mise en œuvre du PSSRAJ impliquera tous les secteurs concernés par cette question transversale.

Toutes les parties prenantes : Gouvernement, Ministères de la santé et autres secteurs concernés, organisations de la société civile, organisations communautaires de base en particulier celles des adolescent(e)s/jeunes, secteur privé, partenaires techniques et financiers devront intensifier leurs efforts en faveur de la SRAJ. Elles seront impliquées à toutes les étapes de la planification, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation. La coordination et la collaboration entre les parties prenantes sont indispensables.

La DSRAJ est subdivisée en 3 bureaux :

- Le bureau Partenariat
- Le bureau « Accès des adolescent(e)s/jeunes aux services de santé »
- Le bureau « IEC/CCC et TIC »

<sup>83</sup> la DSRSE comprend: la Division de la Santé de la Mère et du Nouveau Né, la Division de la Survie de l'Enfant, la Division de Santé de la Reproduction des adolescent(e)s et des Jeunes, la Division de l'Alimentation et de la Nutrition, la Division de la Planification Familiale, le Bureau de Gestion.



# 6

## CADRE STRATEGIQUE

### 6.1. But

Le Plan Stratégique de Santé Sexuelle et de Reproduction des Adolescent(e)s/Jeunes a pour but de contribuer à la santé et au bien être des adolescent(e)s/jeunes de 10 à 24 ans vivant au Sénégal, à travers une offre de service adaptée et efficace.

### 6.2. Objectifs

Objectif général

Promouvoir la Santé sexuelle et de la Reproduction des adolescent(e)s/jeunes.

Objectifs stratégiques

- Accroître de 80% le taux d'utilisation des services de santé sexuelle et de la reproduction par les adolescent(e)s/jeunes d'ici 2018
- Promouvoir un environnement social, législatif et réglementaire favorable à la santé des adolescent(e)s/jeunes d'ici 2018
- Renforcer la collaboration multisectorielle et la coordination des interventions en SRAJ d'ici 2018

### 6.3. Principaux Résultats attendus

Le tableau ci dessous indique les résultats attendus du Plan Stratégique SRAJ d'ici décembre 2018, suivant une logique de Gestion Axée sur les Résultats, en termes d'impacts, d'effets, et de produits.

Tableau : Principaux résultats attendus du Plan Stratégique SRAJ au Sénégal (PSSRAJ) d'ici décembre 2018<sup>84</sup>

<sup>84</sup> Tous les indicateurs utilisés ici sont définis au chapitre « Suivi et Évaluation »

Tableau 1 : Principaux résultats attendus du PSSRAJ

	Indicateur	Données de base (EDS 5)	2014	2015	2016	2017	Résultat attendu 2018
IMPACT	Taux de fécondité des adolescentes de 15/19 ans	93 p 1000	90 p 1000	85 p 1000	85 p 1000	80 p 1000	80 p 1000
	Taux de prévalence du VIH chez les jeunes de 15/24 ans	0,2 %	0,2%	0,2%	0,2%	0,15%	0,15%
EFFETS	Taux de prévalence de l'anémie par carence en fer chez les adolescentes de 15/19 ans	55,50%	55%	52%	50%	45%	40%
	Taux d'utilisation du préservatif chez les adolescent(e)s de 15/19 ans sexuellement actifs	48,80%	50%	55%	60%	65%	70%
	Taux d'utilisation du préservatif chez les jeunes de 20/24 ans sexuellement actifs	44,70%	50%	55%	60%	65%	70%
	Taux de prévalence contraceptive chez les adolescentes de 15/19 ans	1,90%	3%	4%	5%	6%	6%
	Taux de satisfaction des adolescent(e)s/jeunes utilisant les outils et la plate forme Web sur la SRAJ	ND	30%	50%	60%	70%	80%
	Taux d'utilisation des services de santé sexuelle et de la reproduction par les adolescent(e)s/jeunes	ND	10%	25%	50%	70%	80%
	Usage des drogues et substances nocives par les adolescent(e)s	<i>Information de type qualitative, appréciée par des méthodes socio anthropologiques appropriées</i>					
PRODUITS	Nombre d'espaces aménagés et équipés dans les PPS pour les adolescent(e)s/jeunes (espaces ados/jeunes, espaces jeunes, CCA)	20	25	50	75	125	200
	Nombre d'adolescent(e)s/jeunes utilisant les espaces aménagés et équipés dans les PPS	ND	10 000	75 000	150 000	300 000	500 000
	Nombre de visiteurs enregistrés dans le portail d'information sur la SRAJ	ND	10 000	100 000	250 000	350 000	500 000
	Nombre de clubs d'animation sur les CVC fonctionnels	ND	5	10	15	25	30
	Proportion d'adolescent(e)s de 10-14 ans vivant avec le VIH bénéficiant d'une prise en charge psychosociale	ND	30%	40%	50%	60%	80%

ND : non déterminé

## 6.4. Orientations stratégiques

Le présent plan va être mis en œuvre suivant 3 orientations stratégiques principales :

- La communication, le plaidoyer et le renforcement des capacités
- L'instauration d'un environnement favorable à la promotion de la SRAJ
- Le développement de l'offre de service selon les Standards

### 6.4.1. Communication, plaidoyer et renforcement des capacités

La prise en charge des besoins des adolescent(e)s/jeunes nécessite une équipe multidisciplinaire et multisectorielle ainsi qu'une démarche holistique. La disponibilité d'un soutien pour tous, notamment pour les groupes marginalisés, est essentielle. Il s'agit de procurer des connaissances, des compétences et des valeurs aux adolescent(e)s/jeunes, mais aussi de s'assurer qu'ils ont tous accès à des informations factuelles et à des services de santé.

En conformité avec la vision dégagée pour le présent plan, toutes les actions de communication seront respectueuses des valeurs et références positives du pays. L'accent sera mis sur les stratégies suivantes :

#### ■ Amélioration de l'accessibilité des services de communication autour de la SRAJ

Les adolescent(e)s/jeunes qui accèdent à l'information et aux services sont plus aptes à comprendre leur sexualité et à se protéger contre des grossesses précoces et/ou non désirées, les IST notamment l'infection à VIH etc. L'information doit aussi être accessible aux personnes du circuit fermé.

Ainsi, pour rendre l'information adaptée et de qualité accessible, un plan multisectoriel de communication de la SRAJ sera élaboré. De même, les supports promotionnels de SRAJ seront vulgarisés et les messages diffusés.

#### ■ Promotion des valeurs et références positives

Certains comportements traditionnels favorables à la SRAJ (maintien de la virginité chez la jeune fille, fidélité, abstinence) encore valorisés par certaines couches de la société seront renforcés. En vue de promouvoir un comportement sain et responsable chez les adolescent(e)s/jeunes, il est important de les sensibiliser à un jeune âge sur la responsabilité sexuelle. Par ailleurs, les garçons doivent aussi, très tôt, être éduqués à respecter l'autodétermination des filles.

Il importe de maintenir les comportements positifs. Des clubs d'abstinence et de maintien de la virginité seront mis en place. Les adultes seront impliqués dans la transmission du respect des valeurs et des comportements positifs. L'éducation par le divertissement (série radio/sketch/série télé/ etc.) sera utilisée pour faire passer les messages et encourager les échanges.

#### ■ Promotion d'une utilisation rationnelle des TIC

L'ensemble des réalisations des TIC relatives à la SRAJ sera identifié. Les expériences sur leur utilisation seront capitalisées en vue de proposer des approches innovantes et efficaces. Ainsi, un cadre de coordination sera créé pour les acteurs qui interviennent dans le domaine des TIC relatifs à la SRAJ. Et des actions seront menées pour la sensibilisation de proximité dans les zones où l'accès aux TIC est difficile. Les outils et les moyens des partenaires seront mutualisés par la mise en place d'une plateforme pour le partage des informations et la réalisation des TIC sur la SRAJ.

L'espace numérique sera occupé. Ainsi, il faudra investir dans les réseaux sociaux avec des supports adaptés. Il s'est avéré que les réseaux sociaux attirent beaucoup les adolescent(e)s/jeunes et constituent des canaux puissants, pour faire passer des messages qui leur sont destinés. L'accès à l'information sur internet sera facilité, en favorisant l'interactivité entre les sources institutionnelles et les adolescent(e)s/jeunes. Internet offre à l'adolescent(e)/jeune, un moyen de trouver, de façon simple et anonyme, des réponses à ses questions les plus intimes, relatives à sa santé. Ainsi, les réseaux sociaux pourraient jouer un rôle plus marqué, dans la diffusion de l'information sur la santé. Il est donc capital

que les agents de santé utilisent aussi ce circuit pour véhiculer l'information appropriée et de qualité. L'espace médiatique sera occupé pour véhiculer des messages de qualité. Des concepts positifs relatifs aux comportements des adolescent(e)s/jeunes seront renforcés et communiqués à travers les médias. La diffusion de bonnes émissions est très utile et peut être efficace si les jeunes suivent toutes les étapes pour une meilleure compréhension. Une campagne nationale médiatique de sensibilisation sur la SRAJ sera également menée. De même il serait judicieux d'utiliser des radios communautaires qui représentent un moyen de mobilisation important, pour garantir la participation de la communauté. La célébrité de certains acteurs et athlètes pourra être exploitée pour la transmission de messages à la jeunesse.

Le théâtre, la poésie et les films sont autant de moyens pour atteindre un public plus vaste.

La musique est un moyen de communication et de détente qui peut être mise à profit pour apporter l'information adéquate aux adolescent(e)s/jeunes. Elle occupe une place importante dans le quotidien de ces derniers et constitue pour eux un repère où ils peuvent se forger une identité. Elle peut même influencer leur style d'habillement.

#### **■ Intégration du Genre dans toutes les interventions de communication liées à la SRAJ**

Des actions spécifiques relatives à l'égalité entre l'homme et la femme qui visent les hommes et les garçons en vue, entre autres, de déconstruire les stéréotypes de genre seront également menées. Les capacités des acteurs intervenant dans la SRAJ seront renforcées. Des supports sur la SRAJ intégrant le genre, seront élaborés.

#### **■ Vulgarisation de l'éducation à la santé sexuelle**

L'éducation à la santé sexuelle consiste à informer sur la sexualité en transmettant un certain nombre de valeurs et de recommandations aux adolescent(e)s/jeunes. En effet, elle vise à :

- permettre une meilleure perception des risques
- pousser la réflexion sur le respect de soi et de l'autre, la relation avec l'autre et les règles de vie en commun,
- développer l'exercice de l'esprit critique, notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias

Fondée sur nos valeurs et adaptée à l'âge, l'éducation à la santé sexuelle pourrait avoir un impact sur les enfants et les adolescent(e)s/jeunes avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs. En effet, elle contribue à l'apprentissage de prise de décisions saines en vue d'un comportement responsable, dans le respect de soi et des autres. Elle les aide à pratiquer l'abstinence sexuelle ou à retarder les premiers rapports sexuels. Elle contribue également à réduire la fréquence des rapports sexuels non protégés et le nombre de partenaires sexuels.

Un document sur l'éducation à la santé sexuelle sera élaboré avec des contenus, adaptés aux différentes tranches d'âge et fondés sur nos valeurs. Ce sont le développement sexuel, la santé sexuelle, la santé de la reproduction, les relations interpersonnelles, l'affection, l'intimité, l'image du corps, les rôles de genre, les valeurs, les attitudes, les compétences, etc.

L'enseignement de l'Education à la santé sexuelle sera intégré dans les programmes scolaires officiels. Il sera dispensé par des enseignants bien formés et encadrés. Car, ces derniers demeurent une source de connaissances et de compétences. Dans sa mission éducative, l'école a une responsabilité propre, vis à vis de la santé des élèves et de la préparation à leur vie future d'adulte. Son action complète le rôle premier joué par les parents voire les familles.

L'enseignement de l'Education à la santé sexuelle sera aussi intégré dans les programmes d'éducation pour la santé. Des efforts particuliers doivent être déployés pour atteindre les adolescent(e)s/jeunes déscolarisés ou non scolarisés souvent plus vulnérables. Ainsi, seront identifiées des stratégies de

promotion de SR de moindre risque, acceptables pour l'adolescent(e)/jeune qui travaille dans l'informel (coiffure, couture, employée de maison, menuiserie, mécanique, vente ambulante, etc.) en tenant compte de sa personnalité, de sa culture, et de la relation qu'il engage avec l'autre.

L'éducation à la santé sexuelle pourra être inculquée aux parents, à travers « l'école des parents ». Les parents demeurent les premiers responsables de l'éducation à la santé sexuelle de leurs enfants. Ils doivent intervenir, en respectant les valeurs auxquelles ils adhèrent, tout en tenant compte de la personnalité de leurs enfants. Ainsi, il leur appartient de créer un climat de confiance qui permet aux enfants de poser les questions qui les préoccupent. Il est important qu'ils participent à leur construction individuelle et sociale.

#### ■ **Plaidoyer en faveur de la SRAJ en direction des personnes influentes**

Des activités de plaidoyer seront menées auprès des décideurs, des collectivités locales et des leaders communautaires et religieux afin de créer un environnement favorable à la SRAJ. Les questions de genre, de droits humains, de nutrition et de santé sexuelle et de la reproduction seront intégrées dans les curricula de formation du Ministère de la santé, dans les établissements scolaires et les programmes des écoles de formation. Les curricula de formation en SRAJ seront harmonisés. Des ressources financières suffisantes seront mobilisées pour la mise en œuvre des programmes de SRAJ

#### ■ **Renforcement de capacités**

Il faut reconnaître que toutes les personnes qui œuvrent dans le secteur de la SRAJ jouent un rôle distinct, mais complémentaire. Il est donc nécessaire de veiller à ce que tous disposent des connaissances et des compétences relatives à la SRAJ nécessaires pour réaliser l'amélioration de l'accès des adolescent(e)s/jeunes aux services de SR de qualité.

Pour le professionnel de santé, le dialogue et la relation de confiance noués avec l'adolescent(e)/jeune sont des déterminants fondamentaux de la qualité de la prise en charge, qu'il s'agisse de diagnostiquer, de dépister et d'informer. En effet, il doit avoir des compétences nécessaires pour communiquer avec les adolescent(e)s/jeunes, détecter leurs problèmes de santé de façon précoce et fournir des conseils et des traitements. Il doit placer les besoins, les problèmes, les pensées, les sentiments, les points de vue et les perspectives des adolescent(e)s/jeunes, au cœur de ses activités.

Le personnel de soutien (gardien, vendeur de ticket, technicien de surface etc.) sera également orienté sur l'accueil et sur les principes de la SRAJ. Il participe à l'accueil de l'adolescent(e)/jeune.

L'accent sera mis sur l'apprentissage et la formation continue. Ainsi, le personnel sur place sera régulièrement recyclé et les nouveaux membres formés.

Les organisations de la Société civile, les leaders politiques, administratifs, religieux et coutumiers, les agents de la communication (journalistes, communicateurs traditionnels...) devront également être orientés en SRAJ.

### **6.4.2. Instauration d'un environnement favorable à la Promotion de la SRAJ**

L'environnement social doit favoriser le développement individuel et encourager les adolescent(e)s/jeunes à adopter des comportements sains.

Un développement sain au cours de l'enfance et de l'adolescence contribue à une bonne santé mentale. L'identification et la prise en compte des déterminants du bien-être ainsi que des facteurs de protection des comportements à risque vont orienter le choix des stratégies de prévention et de promotion de la santé. Elles sont liées à :

- l'individu : Ce sont les compétences psychosociales peu développées et les facteurs de prédisposition individuels (faible estime de soi, autodépréciation, timidité, réactions émotionnelles excessives, difficultés à faire face aux événements etc.), la faible perception du risque et la recherche de sensations, les faibles résultats scolaires et les habitudes de vie (activité physique, alimentation, sommeil, consommation de substances...)

- l'environnement immédiat de l'adoslescent(e)/jeune : la famille, l'école, l'environnement physique.

- l'environnement global : les valeurs sociales et culturelles, l'environnement politique et les conditions économiques, etc.

Les adolescent(e)s/jeunes étant en pleine période de maturation, leur protection et leur encadrement sont nécessaires pour un développement harmonieux.

Il faudra veiller aussi à améliorer la santé, l'éducation, le bien-être et la capacité des jeunes à devenir des parents, des citoyens et des membres productifs de la société.

#### **6.4.2.1. Sur le plan social et organisationnel**

Des actions à mener pour l'amélioration de l'environnement social/organisationnel sont indispensables pour l'atteinte des objectifs de la SRAJ.

##### **■ Renforcement du leadership des adolescent(e)s/jeunes**

Les compétences des adolescent(e)s/jeunes seront renforcées en leadership en vue de les aider à exercer en tant que membres actifs de la communauté ou dans le cadre des services qu'ils reçoivent. Ils seront amenés à satisfaire leurs besoins, à adopter de bonnes habitudes, à nouer des relations avec la communauté et à être des défenseurs de leurs droits y compris ceux des plus vulnérables.

Les Pairs-éducateurs seront encadrés et leurs activités feront l'objet de suivi.

##### **■ Ciblage et prise en charge des adolescent(e)s/jeunes en situation de vulnérabilité**

Il existe un nombre important d'adoslescent(e)s/jeunes en situation de vulnérabilité et qui paradoxalement ne sont pas touchés de façon effective par les programmes de développement (jeunesse, santé, santé sexuelle et de la reproduction). Ainsi, une attention particulière sera accordée aux adolescent(e)s/jeunes marginalisés et/ou plus vulnérables : les 10-14 ans (surtout déscolarisés), les employé(e)s de maison, les travailleurs saisonniers, les jeunes en situation de handicap, les professionnels du sexe, les HSH, les filles mères, les talibés, les toxicomanes, les victimes de violences sexuelles, les PVVIH, les adolescent(e)s/jeunes en conflit avec la loi, les déplacés, les réfugiés, les enfants de la rue, etc.

L'accent sera mis sur les politiques et programmes de prévention susceptibles de contribuer à la protection de l'environnement de tous les adolescent(e)s/jeunes y compris ceux en situation de vulnérabilité.

Des stratégies d'intervention différenciées seront développées en vue de toucher l'ensemble des adolescent(e)s/jeunes en situation de vulnérabilité et qui ont des difficultés d'accès aux services de SR.

Les capacités et les compétences de vie des filles seront renforcées en vue d'améliorer la connaissance et la maîtrise de leur environnement, de renforcer leur autonomie et leur pouvoir de décision.

##### **■ Soutien aux adolescentes mariées, enceintes ou mères pour la première fois**

Les adolescentes mariées et les adolescentes enceintes ou mères pour la première fois présentent des caractéristiques similaires qui définissent leur vulnérabilité. Il est important de les appuyer en mettant l'accent surtout sur celles qui vivent dans les zones rurales les plus reculées.

Des possibilités de scolarisation et/ou de formation professionnelle doivent leur être offertes. L'accès à l'information, aux services de SR, de planning familial et de protection contre les violences domestiques leur sera facilité. En cas de grossesse, elles seront encouragées à faire des consultations prénatales et post-natales. Leur accouchement devra être effectué par un personnel qualifié. Il serait important de concevoir des services pour les couples jeunes.

## ■ Renforcement de la communication positive entre parents et adolescent(e)s sur les questions de santé en général et de SRAJ en particulier.

Il est important pour les parents de raffermir leurs relations avec leurs enfants et d'apprendre à communiquer avec eux. La clé d'une communication efficace entre des adolescent(e)s et leurs parents réside dans l'écoute mutuelle. Des rencontres seront organisées entre les parents et les adolescent(e)s/jeunes pour des sessions de causeries-débats. Toutefois, des séances de sensibilisation auprès des parents seront organisées afin de leur faire comprendre l'importance de :

- Instaurer un dialogue constant en restant à l'écoute de l'adolescent(e). La qualité de cette relation protège contre les risques.
- Partager leurs connaissances avec l'adolescent(e), lui expliquer les raisons de leur choix, l'éclairer sur les risques et l'aider à les anticiper
- Donner confiance à l'adolescent(e) qui a besoin de se sentir aimé et reconnu. Il leur appartient de valoriser ses réussites et ses nouvelles aptitudes. Il est de leur devoir de l'aider à maîtriser ses émotions et à développer des compétences sociales et relationnelles.
- Donner l'exemple. Les parents doivent être vigilants à leur propre comportement. Il doit y avoir une cohérence entre leurs actes et leurs discours.
- Guider et contrôler l'adolescent(e). Les parents doivent le protéger tout en le laissant accéder progressivement à l'autonomie. Ils doivent avoir de l'autorité tout en restant dans le dialogue et doivent lui expliquer les décisions prises.
- Transmettre les règles. En matière d'éducation, il est nécessaire de poser des limites à l'adolescent(e). Les attentes des parents et les règles doivent être clairement exprimées. Le lien entre le non-respect des règles et les conséquences possibles doit être fait.

## ■ Implication des parents (parents, tuteurs, membres de la famille)

L'implication des parents est fondamentale pour aider l'adolescent(e) à devenir un adulte. L'efficacité parentale sera renforcée en travaillant avec les familles en vue d'appuyer l'apprentissage des adolescent(e)s en matière de SR. Il est important de rappeler aux parents que la responsabilité des devoirs est celle de l'enfant. En outre, la responsabilité d'encadrement, d'accompagnement et d'encouragement revient aux parents. Ils seront donc encouragés à s'impliquer dans la santé de leurs enfants. Il serait aussi important d'écouter les idées et les préoccupations des parents.

## ■ Prise en compte des questions de Genre

Dans une société où subsistent de nombreuses formes d'inégalités basées sur le sexe, les adolescent(e)s/jeunes peuvent créer le changement s'ils prennent en main les questions de genre. Par ailleurs, toute organisation de jeunesse soucieuse de sa crédibilité doit être en mesure de reconnaître dans son propre environnement l'existence de discrimination liée au genre.

La dimension genre sera prise en compte dans l'élaboration des projets et programmes de SRAJ ainsi que dans l'éducation et la formation des adolescent(e)s/jeunes. Dans le cadre de l'éducation de ces derniers, les questions de genre et les conséquences néfastes de la violence basée sur le genre seront abordées afin que toute forme de violence soit prévenue.

Les jeunes seront informés et sensibilisés sur les Droits Humains (le genre faisant partie intégrante des questions de droit de l'homme).

## ■ Promotion des Droits Humains chez les adolescent(e)s/jeunes

Les droits accordés aux enfants (âgés de moins de 18 ans) couvrent tous les aspects de la vie des enfants et des adolescent(e)s. Ils s'inscrivent dans le cadre général défini par la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies de 1989. Cette convention n'a pas été suffisamment vulgarisée. La grande majorité d'adultes et d'enfants ignorent son existence et son contenu. Les droits accordés aux

enfants seront vulgarisés et appliqués, en considérant trois principes fondamentaux : le bien de l'enfant, sa non-discrimination et sa participation.

Ces droits peuvent être classés comme suit :

- Droits à la survie: ce sont les droits à la vie et à la satisfaction des besoins élémentaires (exemple : le droit à un niveau de vie satisfaisant, à un logement, à la nourriture, aux traitements médicaux)
- Droits au développement : ils permettent aux enfants et adolescent(e)s de réaliser leur plein potentiel (exemple : le droit à l'éducation, aux jeux et aux loisirs, aux activités culturelles, à l'accès à l'information, à la liberté de pensées, de conscience et de religion)
- Droits à la participation : Ils permettent aux enfants et aux adolescent(e)s de participer activement à la vie de leur communauté (exemple : le droit à la liberté d'expression, le droit de donner leur opinion sur les questions concernant leur propre vie, d'être membre d'associations)
- Droits à la protection : Ils sont essentiels pour la protection des enfants et adolescent(e)s contre toutes formes d'abus, de négligences et d'exploitations (exemple : droits à des soins spéciaux pour les enfants réfugiés, protection contre leur implication dans des conflits armés, règles concernant le travail des enfants, l'exploitation sexuelle, la torture et l'usage de drogue).<sup>65</sup>

#### ■ Renforcement d'un environnement protecteur

Il faudra développer des stratégies permettant de mettre à l'abri les adolescent(e)s de toutes situations pouvant les exposer à de mauvais traitements tels que :

- Le travail des enfants : Il interfère avec le droit de l'enfant à l'éducation (Certains enfants sont exposés aux « pires » formes de travail des enfants)
- L'exploitation sexuelle : Elle a des conséquences considérables sur la santé physique et mentale d'un enfant.
- Le recrutement militaire : Les enfants sont souvent forcés de commettre des actes extrêmement brutaux.
- La justice des mineurs : Les enfants et les adolescent(e)s incarcérés pour crimes sont susceptibles d'être victimes de tortures, de traitements inhumains et dégradants. Ils sont parfois détenus arbitrairement et se voient refuser le droit à un procès juste. Ils peuvent être condamnés à des peines qui nuisent à leur bien-être et empêchent une bonne réinsertion sociale. Le travail de la justice des mineurs doit être mené en conformité avec le bien de l'enfant.
- La sécurité des élèves : La violence basée sur le genre peut survenir partout où les élèves passent du temps : à l'école (les toilettes, les salles de classe vides et les couloirs) ou sur le trajet de l'école (le long des routes, aux arrêts de bus et de taxis). Le risque de viol dans les salles de classes et de harcèlement sexuel sont autant de facteurs d'abandon scolaire des filles.

#### ■ Développement des compétences de vie courante et d'occupations saines chez les adolescent(e)s/jeunes

L'acquisition de compétences telles que la négociation, la résolution de conflit, la gestion du stress, l'analyse critique, la prise de décision et la communication est primordiale dans la vie d'un adolescent(e)/jeune. Elle favorise des rapports mutuels égaux, le travail d'équipe, l'acquisition de l'estime de soi, la résolution des désaccords. Elle aide également à résister aux pressions exercées par les pairs et les adultes.

Les compétences qui vont permettre de prévenir les comportements à risque tels que les comportements sexuels (premiers rapports sexuels non protégés précoces...), l'abus de substances nocives, la violence seront renforcées.

<sup>65</sup> [www.hrea.org](http://www.hrea.org) • Home • Centre d'éducation • Guides d'apprentissage, Droit des enfants et des jeunes

Les actions, qui visent le renforcement des facteurs de protection afin de diminuer l'impact des facteurs de risques, seront développées.

Les facteurs de protection peuvent être :

- individuels (confiance en soi, estime de soi, existence de projets d'avenir, implication dans la communauté par les sports, les loisirs et les arts, acquisition de compétences psycho-sociales),
- environnementaux (harmonie familiale, capacités de communication avec sa famille, valorisation de la santé, présence d'adultes impliqués dans l'entourage, etc.)

#### ■ **Autonomisation des adolescent(e)s/jeunes et égalité des sexes**

La promotion d'une éducation de qualité est une priorité fondamentale du PSSRAJ. L'éducation est considérée comme un élément fondateur du droit à une vie décente et au développement individuel. Elle est aussi un facteur déterminant de réduction de la pauvreté et des inégalités. Ainsi, elle est chez la fille, un puissant levier qui favorise l'autonomisation, la réduction du risque de grossesse précoce, l'égalité des sexes et la réduction du cycle intergénérationnel de la pauvreté. Les filles doivent être protégées de la discrimination dès l'enfance.

Les adolescent(e)s/jeunes, acteurs du changement, doivent recevoir les connaissances et les informations. Les capacités et les compétences des adolescent(e)s/jeunes en particulier des filles seront renforcées afin de leur permettre de mieux participer à la vie de la société. Ainsi, leur autonomisation et leur développement seront effectifs. Ainsi, les mécanismes existants seront développés pour le maintien des jeunes à l'école spécialement des filles. Ainsi, les mécanismes existants seront développés pour le maintien des jeunes à l'école spécialement des filles. Des mesures positives de promotion d'égalité des sexes seront établies et des programmes d'autonomisation de jeunes déscolarisés ou non scolarisés avec un focus sur le genre seront mis en place. Des stratégies intégrant l'alphabétisation et le ciblage des filles les plus vulnérables seront également élaborées.

#### ■ **Promotion de la participation des adolescent(e)s/jeunes aux instances de prise de décision**

Les jeunes sont des citoyens informés et dotés de savoir-faire qui peuvent apporter une plus riche contribution à leurs communautés et nations. En tant qu'acteurs du changement, Il est important de renforcer et de systématiser leur participation (notamment les groupes les plus vulnérables, à savoir les adolescent(e)s/jeunes en situation de handicap, les employées de maison etc.) dans la conception et la mise en œuvre de politiques, de programmes et de services qui leur sont adressés. Cela contribue à garantir la pertinence des actions politiques.

#### ■ **Promotion du volontariat chez les jeunes**

Les points de vue et la motivation des jeunes sont des facteurs essentiels pour conduire un changement social positif. Ils peuvent être des acteurs majeurs dans tous les aspects du développement. Il est donc capital, de les autonomiser en les mettant au cœur du volontariat. En effet, il est judicieux de renforcer le volontariat des jeunes pour la paix dans le monde et le développement humain durable. Cette stratégie met l'accent sur le développement des compétences, sur les connaissances et sur l'épanouissement personnel. Il faudrait les doter d'outils qui les aideront à développer leurs potentiels humain, social et économique. Ces outils leur permettront également de contribuer à l'élaboration de politiques publiques qui prennent davantage en considération les besoins des groupes les plus marginalisés.

#### ■ **Promotion de la santé mentale**

L'amélioration de l'apprentissage de la sociabilité, des capacités à résoudre les problèmes et de la confiance en soi peut permettre de prévenir les problèmes de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression et les troubles alimentaires. Des programmes de prévention de la violence seront conçus.

La promotion des droits, les opportunités et les soins pour les adolescent(e)s/jeunes atteints de troubles

mentaux seront pris en compte. Des programmes d'acquisition de compétences et de développement de l'enfant et de l'adolescent (e) seront développés à l'intention des groupes vulnérables et en milieu scolaire. Ils favoriseront l'adoption de comportement positif vu l'environnement parfois non sécuritaire des établissements scolaires.

#### ■ **Prévention du mal être et du suicide**

Un des facteurs protecteurs du suicide est l'estime de soi. Développer l'estime de soi chez l'adolescent(e)/jeune lui permettra de :

- avoir conscience de ses forces et de ses faiblesses
- s'accepter soi-même dans ce qu'il a de plus personnel (prendre ses responsabilités, s'affirmer, répondre à ses besoins, avoir ses buts et déployer les moyens pour les atteindre)
- se respecter soi-même tout en ayant de la considération pour les autres.

Ainsi, pour renforcer l'estime de soi, des mesures seront prises. Des moyens de prise en charge adaptés aux spécificités de la problématique de l'adolescent(e)/jeune, en état de précarité seront activés. Ainsi, pour renforcer l'estime de soi, des mesures seront prises. Des moyens seront activés en vue de la prise en charge adaptée des spécificités de la problématique de l'adolescent(e)/jeune en état de précarité. De même, des stratégies seront utilisées dans le cadre d'une animation collective. Les différents canaux de communication seront mobilisés pour construire une attitude favorable à la considération de l'autre. Les compétences et le savoir être nécessaires à la relation avec les adolescent(e)s/jeunes en souffrance psychologique seront aussi développés. Des actions de prévention du mal-être auprès des adolescent(e)s/jeunes seront élaborées.

#### ■ **Prévention de la délinquance**

Selon la nature des problématiques rencontrées par les adolescent(e)s/jeunes, les niveaux d'intervention sont à différencier et supposent également l'implication des familles (adhésion et responsabilisation des parents). Des actions pour prévenir le premier passage à l'acte délinquant seront proposées pour les adolescent(e)s/jeunes particulièrement exposés à la délinquance notamment ceux qui ont un comportement particulièrement perturbateur : l'éducation à la citoyenneté, le respect mutuel dans le sport tant chez les pratiquants que chez les supporters, la médiation dans le champ scolaire etc.

Des actions se fondant sur une approche ciblée, individualisée, tournée vers les publics jeunes particulièrement exposés à un premier passage à l'acte délinquant seront menées. Elles cibleront aussi ceux qui ont déjà fait l'objet d'une ou plusieurs condamnations, avec ou non des peines d'emprisonnement, afin d'éviter leur récidive.

Des actions visant à cibler leur insertion sociale et professionnelle seront privilégiées.

S'inscrivant dans le cadre des dispositifs locaux de prévention de la délinquance, un partenariat sera développé entre le service pénitentiaire d'insertion, la protection judiciaire de la jeunesse, les collectivités locales et le secteur associatif.

#### ■ **Prévention de la toxicomanie, de la consommation d'alcool et du tabagisme**

Il faudra renforcer le programme de lutte contre la toxicomanie, la consommation d'alcool et le tabagisme afin d'améliorer la qualité d'hygiène de vie des adolescent(e)s/jeunes.

#### ■ **Protection des jeunes vis-à-vis des violences basées sur le genre**

Les enfants et/ou les adolescent(e)s victimes de violences sexuelles seront repérés.

Les écoles devront être plus sécurisantes pour les enfants, ainsi le milieu scolaire sera ciblé dans la sensibilisation sur les violences basées sur le genre. Des séances d'information et de sensibilisation seront organisées sur l'enfance maltraitée, notamment sur les violences sexuelles.

Des groupes de parole où les adolescent(e)s/jeunes pourront évoquer leurs difficultés et résoudre en

commun des situations seront mis en place. Des activités artistiques et sportives seront proposées. En effet, elles favorisent le déplacement de la violence vers des activités socialement valorisées et participent à la construction de l'estime de soi. La communauté devra s'impliquer dans la prévention et la prise en charge des cas de violence basées sur le genre.

#### ■ **Prévention et prise en charge de l'exploitation sexuelle à des fins commerciales**

L'exploitation sexuelle des enfants présente une dimension genre. En effet, les filles sont les plus touchées. Toutefois, des cas de garçons victimes d'abus sexuel ou d'exploitation sexuelle à des fins commerciales (notamment le tourisme sexuel) ont été rapportés.

Les populations seront sensibilisées sur l'existence de l'exploitation sexuelle des enfants/adolescent(e)s. Ainsi, les familles, voire la communauté seront impliquées et participeront à la prévention et la lutte contre les abus et exploitation sexuels des enfants/adolescent(e)s. De même, des mécanismes de détection précoce et rapide des enfants/adolescent(e)s à risque seront mis en place, en vue de leur garantir un environnement propice à leur développement.

Des débats télévisés et des émissions radiophoniques sur l'exploitation sexuelle seront diffusés.

La prise en charge des victimes doit se faire de façon holistique en agissant sur plusieurs volets : médical, psychosocial, juridique. Les familles doivent être impliquées et les activités de réinsertion et de réintégration doivent être intégrées.

#### ■ **Prévention contre le cancer du col de l'utérus dû au papillomavirus humain**

Actuellement, la prévention du cancer du col de l'utérus passe par la prévention des infections sexuellement transmissibles (préservatifs, examens pour le partenaire) et surtout par le frottis cervical de routine chez la femme.

Un vaccin prophylactique qui permet de protéger contre les infections à HPV16 et 18, donc de prévenir les 2/3 des cancers du col de l'utérus, est actuellement disponible.

Des stratégies de vaccination efficaces, abordables et équitables ciblant les adolescentes âgées de 9 à 13 ans scolarisées et non scolarisées qui n'ont pas encore d'activité sexuelle, pourront être mises en œuvre. Le recours à des campagnes nationales d'éducation sera nécessaire pour l'adoption du vaccin afin de mieux sensibiliser les communautés au cancer du col utérin et à sa prévention.

#### ■ **Amélioration de l'état nutritionnel**

Des programmes de lutte contre l'anémie, la carence en iode et le surpoids/obésité seront mis en œuvre. Le fer, l'acide folique et d'autres micronutriments essentiels seront inclus dans les programmes de nutrition. Des habitudes alimentaires saines sont essentielles pour les adolescent(e)s/jeunes en vue d'atteindre des performances optimales à l'école et assurer une bonne croissance.

#### ■ **Promotion de l'exercice physique**

L'activité physique (ex : la pratique d'un sport ...) pourrait être bénéfique pour l'estime de soi, l'image du corps, le « bien-être » psychologique et protéger de l'anxiété et du stress.

De même, les effets combinés d'une bonne alimentation et de la pratique d'un exercice physique chez les adolescent(e)s/jeunes permettent de prévenir plusieurs problèmes de santé à l'âge adulte : maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité, certains cancers. Il en découle une qualité de vie, une bonne santé mentale et une résistance au stress. De plus, les jeunes plus actifs physiquement semblent mieux s'alimenter et avoir de meilleures habitudes de sommeil.

La participation des adolescent(e)s/jeunes en particulier les filles (souvent disposées à un mode de vie sédentaire) à des activités physiques sera encouragée. Ces activités leur permettent d'acquérir des habiletés motrices qui leur seront utiles toute leur vie.

Dans le cas particulier des adolescent(e)s/jeunes qui ont un excès de poids, des activités qui suscitent

une augmentation importante de la dépense énergétique (marche, bicyclette, etc.) seront créées. En se fixant des objectifs à long terme, un changement des habitudes de vie et une alimentation appropriée seront préconisées.

#### ■ **Renforcement des capacités des parents dans l'aide à la résilience de leurs enfants**

Les parents amenés à développer l'estime de soi de leurs enfants, ont comme projet éducatif de leur permettre d'actualiser ce qu'ils ont de meilleur en eux. Par conséquent, les adolescent(e)s/jeunes se retrouvent avec des qualités telles que une bonne image d'eux-mêmes, une capacité à attirer l'attention d'autrui et à susciter la sympathie, le sentiment d'avoir un contrôle sur leur vie, la créativité, l'indépendance, un certain sens «inné» de l'organisation et des responsabilités, la capacité à nouer des relations et l'esprit d'initiative. La résilience favorise une meilleure scolarisation, une meilleure santé et de meilleurs résultats sociaux.

Les parents seront capacités en vue d'améliorer leurs aptitudes d'aide à la résilience.

Ils seront également encouragés à offrir à leurs enfants la possibilité de relever les défis. C'est une condition essentielle pour réussir les transitions au cours de la vie, gérer des questions difficiles et profiter de nouvelles possibilités.

#### ■ **Participation et implication des membres de la communauté**

L'implication et la participation des parents, des familles, des collectivités locales, des leaders communautaires et religieux seront renforcées dans les actions d'information sur la SRAJ.

La participation communautaire sera encouragée à toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre. Ce qui pourrait faciliter la mise en place des services de SRAJ et leur utilisation par les adolescent(e)s/jeunes ainsi que l'intégration des valeurs.

La mobilisation communautaire sera organisée afin d'impulser des changements socio-comportementaux et d'accompagner des initiatives communautaires. Ceci en vue de favoriser l'accès des adolescent(e)s/jeunes, en situation de vulnérabilité, aux services de SR et de faire respecter leurs droits.

#### ■ **Mobilisation des ressources**

Les ressources devront être rendues disponibles en vue d'offrir aux adolescent(e)s/jeunes, des opportunités qui peuvent impacter positivement leur avenir. A cet effet, un plaidoyer sera fait en direction des décideurs, des collectivités locales, de la société civile, du secteur privé dans l'intention de faciliter l'accès aux ressources financières et matérielles.

#### ■ **Prise en compte du dividende démographique**

Pour atteindre un dividende démographique, les bonnes politiques de santé, d'éducation, de gouvernance et d'économie seront mises en place. Ainsi, les bons investissements faits dans la jeunesse au bon moment permettront de réduire la mortalité infantile, d'autonomiser les filles, d'impulser la croissance économique et d'accroître l'emploi des jeunes.<sup>86</sup> Par conséquent, le dividende démographique ne peut se réaliser que si les jeunes sont en bonne santé, instruits et équipés pour saisir les opportunités et quand les ressources sont davantage disponibles.

### **6.4.2.2. Sur le plan législatif et réglementaire**

L'instauration d'une législation et d'une réglementation appropriées à la SRAJ s'avère nécessaire. Ainsi, des actions seront menées dans l'optique d'améliorer l'environnement législatif et réglementaire indispensable à la promotion de la SRAJ.

<sup>86</sup> Le potentiel des jeunes pour un dividende démographique, 2013 Population Reference Bureau.

L'adoption de lois favorables à la SRAJ sera accélérée. L'émission des décrets d'application des lois qui ont été promulguées sera facilitée à travers un plaidoyer.

Les textes de lois et de réglementations ayant un impact sur la santé des adolescent(e)s/jeunes seront révisés. La loi sur la SR et les décrets d'application y afférents seront vulgarisés.

#### **6.4.3. Développement de l'Offre de services conviviaux selon les Standards**

L'une des principales recommandations stratégiques pour la CIPD après 2014, c'est : d'assurer, en matière de santé sexuelle et de la reproduction, l'accès universel à une offre complète et intégrée de services, d'informations et d'éducation de bonne qualité. C'est un droit humain fondamental. La priorité sera donnée aux adolescent(e)s/jeunes les plus vulnérables : (adolescent(e)s âgés de 10 à 14 ans, jeunes en situation de handicap, PPVIH, filles mères, employées de maison, enfants de la rue, adolescent(e)s/jeunes en conflit avec la loi etc.)

Les activités à mener seront essentiellement promotionnelles, préventives et curatives.

**Les Standards des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/Jeunes** ont été élaborés en vue d'améliorer la qualité des services. Ils rendent explicite la définition de la qualité requise pour un produit ou un service. Ils définissent des objectifs clairs. Ils permettent d'évaluer si les objectifs sont atteints et d'identifier ce qui doit être fait pour les atteindre.

L'amélioration de la qualité des services passe nécessairement par une adéquation de l'offre aux attentes et préférences des jeunes. Ainsi, elle doit se faire sur la base des standards.

Le standard se définit comme un état requis de qualité considéré par une autorité ou par un consentement général comme base de référence ou de comparaison.

Cinq (5) standards clés ont été retenus pour la SRAJ au Sénégal. Chaque standard correspond à la réponse à un problème identifié :

**Standard 1** : Au niveau du PPS, tout(e) adolescent(e) ou tout(e) jeune, quelles que soient les circonstances, a accès aux informations et aux conseils appropriés à son état de santé, son développement et ses droits.

**Standard 2** : Tout point de prestation de service (PPS) est organisé pour offrir à tout(e) adolescent(e)/jeune des services de qualité adaptés à ses besoins.

**Standard 3** : Tous les prestataires ont les connaissances, les compétences, et les attitudes positives (requis) pour offrir des services adaptés aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes.

**Standard 4** : Les membres de la communauté y compris les adolescent (e)s/jeunes facilitent la mise en place et l'utilisation des services de santé par les adolescent(e)s/jeunes

**Standard 5** : Le système de gestion des services de santé prend en compte de façon appropriée les aspects liés à la SRAJ.

#### ■ **Promotion de comportements favorables à une bonne santé sexuelle et de la reproduction**

Les adolescent(e)s/jeunes doivent apprendre à mener une vie saine responsable.

Les valeurs positives de l'abstinence sexuelle seront prônées. Les méthodes contraceptives modernes seront proposées à celles qui en ont besoin et l'accent sera mis sur la double protection qui aide à se protéger contre les IST, l'infection à VIH et les grossesses non désirées. Le dépistage volontaire et anonyme du VIH sera encouragé. La prévention des IST/VIH et le recours précoce aux soins seront préconisés.

#### ■ **Prévention de la transmission sexuelle du VIH**

Elle permet à l'adolescent(e)/jeune de se protéger et de protéger les autres. Outre la communication pour le changement de comportement, diverses autres interventions seront menées.

L'accès aux préservatifs et au gel lubrifiant sera favorisé. La prise en charge syndromique des IST sera renforcée. La promotion du conseil/dépistage volontaire du VIH sera faite à travers les stratégies avancées fixes et mobiles couplées à des activités de mobilisation sociale.

#### ■ **Amélioration du soutien psychosocial**

La qualité de l'accompagnement du soutien psychosocial des adolescent(e)s vivant avec le VIH sera améliorée avec un accent mis sur les 10-14 ans.

#### ■ **Prévention médico-sociale en direction des adolescent(e)s/jeunes**

Il faut prêter une attention particulière à l'état de santé des adolescent(e)s/jeunes. Si bon nombre d'entre eux se portent bien, d'autres peuvent être dans un état de santé physique et psychologique préoccupant qui n'est pas toujours visible ou perçu par les adultes qui les entourent au quotidien.

La santé sexuelle et de la reproduction de l'adolescent(e)/jeune est une porte d'entrée importante pour aborder d'autres questions de santé telles que la consommation de substances nocives, la malnutrition. Elle permet aussi, au-delà des plaintes et inquiétudes somatiques évoquées par l'adolescent(e)/jeune, de tenir compte des questions parfois plus sensibles telles que son environnement et son mode de vie, sa vie sociale et affective, les relations familiales, sa scolarité, ses projets, des problèmes psychologiques. Il est important, durant ces moments, d'accorder une écoute attentive à l'adolescent(e)/jeune, car il peut révéler ses difficultés et son mal être.

#### ■ **Amélioration de la qualité des services**

Les adolescent(e)s/jeunes traduisent le plus souvent leur état de santé en termes de mal-être, de relation à soi et aux autres. Ainsi, les aspects sanitaires en plus du bien-être doivent être pris en compte. Un dialogue entre l'agent de santé et l'adolescent(e)/jeune s'inscrit dans une démarche centrée sur la personne qui tient compte de la globalité et des besoins du jeune. Il l'encourage à s'exprimer.

La mise en œuvre des standards peut aider à accroître l'utilisation des services de SR par les adolescent(e)s/jeunes. Ainsi, l'information de l'existence des structures de prise en charge et des services offerts aux adolescent(e)s/jeunes sera diffusée à grande échelle de même que le paquet minimum de services de SRAJ. Les interventions des pairs-éducateurs et des aides-ados/jeunes seront optimisées au niveau local. Les outils de gestion destinés aux prestataires et ceux destinés aux pairs-éducateurs et aides-ado/jeunes seront adaptés et réactualisés. Tous les curricula de formation en SRAJ seront harmonisés. Les capacités des acteurs en SRAJ seront renforcées selon les normes. La SRAJ sera intégrée dans les stratégies avancées et mobiles. L'accessibilité financière des services SR offerts aux adolescent(e)s/jeunes sera améliorée. Le suivi et l'évaluation périodique de la qualité des services se fera par la supervision formative, l'évaluation de la satisfaction et l'analyse du circuit des adolescent(e)s/jeunes.

#### ■ **Utilisation des services de SR**

Pour encourager les adolescent(e)s/jeunes à fréquenter les services de SR, il faut un certain nombre de mesures.

Des services de santé adaptés aux besoins des adolescent(e)s/jeunes doivent être disponibles. Le paquet de services en SRAJ sera élargi. Les adolescent(e)s/jeunes seront informés sur l'existence et la disponibilité des structures de prise en charge et des services de SRAJ. Des espaces ados/jeunes seront aménagés dans les structures de santé. La SRAJ sera intégrée dans les stratégies avancées et mobiles. Du personnel qualifié et communautaire sera recruté et formé.

### ■ Promotion des services conviviaux/Services de santé adaptés aux adolescent(e)s/jeunes

Une offre de services de SRAJ diversifiée et plus adaptée aux besoins des adolescent(e)s/jeunes devra être développée dans les structures de santé (hôpitaux, centres et postes de santé) et dans les services qui dépendent d'autres secteurs (éducation, jeunesse, famille...).

L'offre de services en matière de communication sera assurée dans la communauté par des pairs-éducateurs et dans la structure de santé soit par des aides-ados /jeunes soit par des prestataires tous formés à la SRAJ. Les Bajenu Gox et les relais seront également formés et mis à profit dans la délivrance de messages sur la SRAJ.

Il faudra veiller à ce que des services de SRAJ de qualité et adaptés aux besoins des adolescent(e)s/jeunes soit disponibles afin que ces derniers soient encouragés, à travers la sensibilisation, à y accéder. La fourniture de services de santé sexuelle et de la reproduction, adaptés aux adolescent(e)s/jeunes, contribuera à l'atteinte de leurs droits et besoins.

Les services de santé adaptés aux adolescent(e)s/jeunes seront organisés, en collaboration avec ces derniers, en vue de répondre à leurs besoins spécifiques. Ils peuvent être fournis dans les structures de santé, les structures de la Jeunesse : (Centre conseils pour adolescent(e)s (CCA), CDEPS, Espaces Jeunes), les Etablissements scolaires et universitaires, la communauté, le lieu de travail (Entreprises...).

Il s'agit de services conviviaux privilégiant une approche globale et intégrée qui nécessitent un certain nombre de critères de qualité. Ces services doivent être :

- accessibles ; ils sont disponibles au bon endroit, au bon moment, à un bon prix (gratuit si nécessaire).
- acceptables ; ils répondent à leurs attentes et garantissent la confidentialité.
- équitables ; ils sont offerts à tous sans distinction de sexe, d'âge, de religion d'appartenance ethnique, de handicap, de statut social ou de toute autre nature.
- efficaces ; ils sont assurés par des prestataires disponibles, compétents, accueillants qui savent communiquer avec les jeunes sans porter de jugement de valeur.
- appropriés ; les soins essentiels sont fournis d'une manière idéale et acceptable dans un environnement sécurisé.
- efficaces ; les soins de qualité sont dispensés au coût le plus faible possible.
- complets ; la prestation de soins couvre tous les aspects de la prise en charge et la référence est assurée en cas de besoin.

Par ailleurs, les prestataires de soins de santé, respectueux du secret professionnel, seront formés en technique de communication et en SRAJ. Des procédures simples garantiront la confidentialité, la définition du circuit de l'adolescent(e)/jeune (accueil, confidentialité, temps d'attente réduit, horaires d'ouverture appropriés). Elles viseront à accélérer la référence contre référence. Des structures médicales adaptées offriront un environnement sécurisé dans un lieu accessible, proposeront des horaires d'ouverture pratiques, garantiront la confidentialité, éviteront la stigmatisation, fourniront des informations. Un paquet de services minimum sera défini et des équipements seront mis en place.

Par ailleurs, des services seront offerts dans la communauté afin d'en accroître la portée et l'accessibilité. L'implication et la participation des adolescent(e)s/jeunes, de la communauté et des collectivités locales seront renforcées. Des systèmes performants vont reposer sur un système de données, en matière de gestion. Les informations seront enregistrées pour assurer le suivi des performances. Les adolescent(e)s/jeunes seront impliqués dans la planification et le suivi. La continuité de la prise en charge sera assurée entre les autres secteurs, le niveau communautaire et les structures de santé.

### ■ Aménagement et équipement d'Espaces ados/jeunes

Il est préconisé d'aménager et d'équiper dans les structures sanitaires un espace ado/jeune (espace d'accueil, d'informations, d'écoute, de conseils, de loisirs, d'échanges, d'orientations...) équipé où les

adolescent(e)s/ jeunes auront la possibilité de discuter librement de leurs problèmes en toute discrétion visuelle et auditive. L'espace ado/jeune constitue un univers où les adolescent(e)s/ jeunes pourront apprendre à maîtriser leur vie sexuelle ce qui réduirait les risques d'exposition aux IST/VIH, aux grossesses précoces et/ou non désirées... C'est un cadre qui leur permet de mieux gérer les déséquilibres psychiques liés à l'adolescence.

Cet espace devrait comporter :

- Un espace récréatif pour la lecture et la détente,
- Une salle polyvalente animée par les aides-ados/jeunes qui répondent à toutes les questions que se posent les jeunes,
- Une aire d'échanges et d'information sur la SR avec l'établissement de la connexion Internet,
- Une cellule d'écoute et de conseil tenu par un spécialiste formé et disponible,
- Un équipement complet.

A défaut, l'espace ado/jeune doit comporter au moins une salle attrayante, conviviale et sécurisante équipée de tables, de chaises, de bibliothèques, de matériels/supports IEC, d'outils informatiques, de jeux de société etc...

Les jeunes y sont encadrés par des pairs formés sur la SRAJ appelés aides-ados/jeunes. Ces derniers, attentifs à leurs préoccupations, peuvent apporter une réponse à leurs multiples interrogations. Ils ont pour mission d'accueillir les adolescent (e)s et jeunes qui viennent en consultation, de s'entretenir avec eux pour les mettre à l'aise et d'établir un climat de confiance avant de les orienter vers les prestataires en cas de nécessité.

Ce schéma illustre un espace ado/jeune qui peut être aménagé dans un hôpital, un centre médico-universitaire, un centre de santé, un poste de santé, une case de santé. La collaboration se fait avec les différents établissements ou structures fréquentés par les adolescent(e)s/jeunes : les CCA, les espaces jeunes, les CDEPS, les CRETF, les établissements scolaires, les ONG, les associations de Jeunesse, les cabinets médicaux ou paramédicaux privés, les officines privées.

#### ■ Promotion de l'éducation par les pairs

L'accent est mis sur la prévention, à travers l'Education par les pairs, qui est l'une des stratégies de changement de comportements les plus largement utilisées. Cette approche vise à renforcer l'accès des adolescent(e)s/jeunes, surtout les plus vulnérables, à l'information en matière de santé sexuelle et de la reproduction. En effet, les pairs-éducateurs (qui ont souvent le même âge que leurs clients) sont formés sur la SRAJ/VIH. Leur rôle est de donner l'information de qualité, de développer des compétences, de conseiller ou de distribuer des préservatifs partout où les jeunes se réunissent et se sentent bien. Ils doivent, en outre, avoir une connaissance appropriée de la SRAJ et du VIH/sida, de solides aptitudes en communication interpersonnelle et en counseling, une attitude sans jugement de valeurs et une habilité à garder la confidentialité.

Par ailleurs, pour bon nombre de jeunes, les pairs-éducateurs sont une source essentielle d'information sur la sexualité. Ils peuvent corriger les idées fausses, briser les mythes et présenter l'information de qualité.

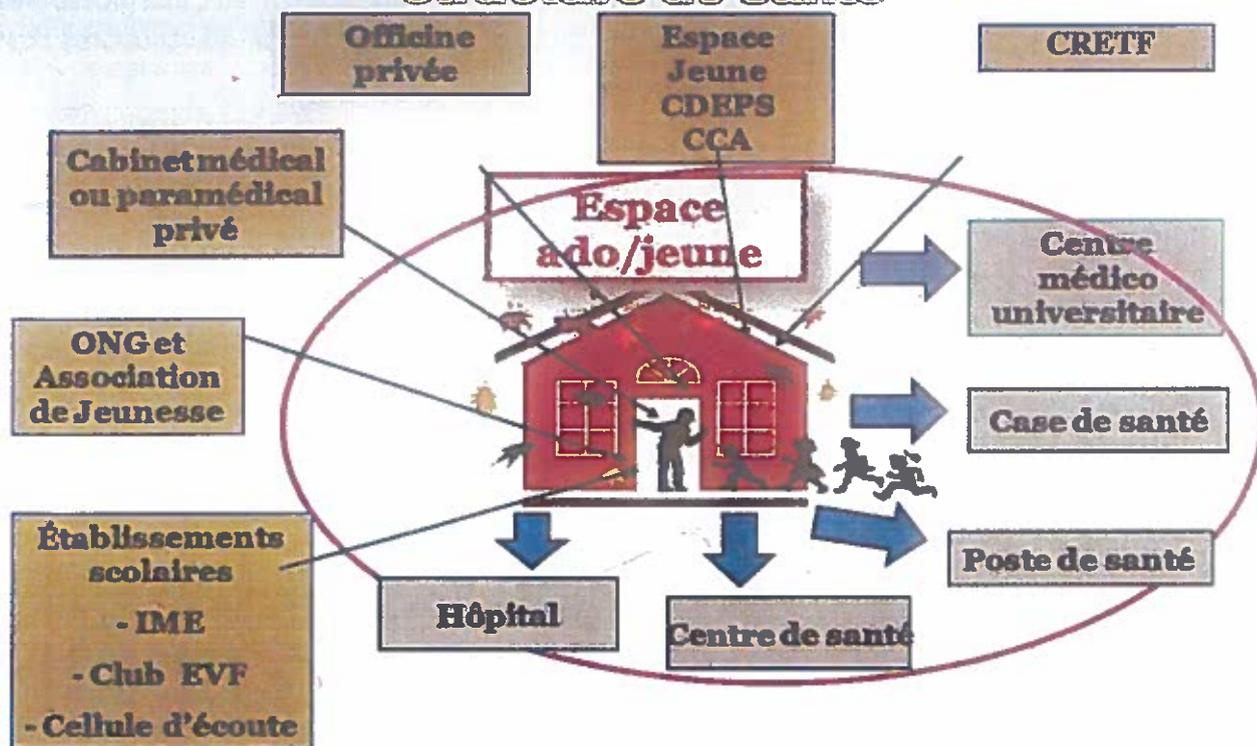
L'approche de l'éducation par les pairs s'appuie également sur des espaces (d'accueil, d'information, d'écoute, de conseils, d'échange, de sensibilisation, de loisir...), conçus exclusivement pour les adolescent(e)s/jeunes.

#### ■ Intégration des données de SRAJ dans le Système d'Information à des fins de gestion

Le Système d'Information doit intégrer :

- les motifs de visites, la qualité de la prise en charge et le degré de satisfaction dans les outils de collecte de données et indicateurs relatifs à l'utilisation des services par les adolescent(e)s/jeunes,

## Espace Ado/Jeune dans une structure de santé



- La mise en place et l'utilisation de supports de recueil de données appropriées à tous les niveaux y compris les autres secteurs
- L'exploitation et l'analyse des données à des fins de gestion, à tous les niveaux, par chaque secteur et par le comité de coordination multisectoriel local

Les données relatives aux adolescent(e)s/jeunes doivent être ventilées selon les tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans), le sexe, le milieu de résidence (urbain, rural), le niveau d'instruction, la région, le quintile de bien-être économique de richesse et la situation familiale.

### 6.5. Lignes d'action

#### 6.5.1. Communication, plaidoyer et Renforcement des capacités

- Rendre accessible aux adolescent(e)s/jeunes une information adaptée sur la SRAJ
- Faire accepter la santé sexuelle et la santé de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes par les personnes influentes : parents, leaders, enseignants, prestataires de service
- Promouvoir l'éducation à la santé sexuelle ciblée
- Encourager les comportements positifs traditionnels en matière de SRAJ, comme la virginité et l'abstinence
- Impliquer les adolescent(e)s et jeunes dans la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes, de SRAJ
- Promouvoir l'utilisation des TIC dans la SRAJ
- Renforcer les actions de communication de proximité sur la SRAJ
- Promouvoir une vie sexuelle saine et responsable des adolescent(e)s/jeunes
- Prendre en compte les adolescent(e)s/jeunes les plus vulnérables<sup>67</sup>
- Assurer la formation continue des acteurs de la SRAJ

<sup>67</sup> Sont inclus dans les groupes vulnérables : employé(e)s de maison, professionnels du sexe, usagers de drogues, HSH, ou tout autre adolescent(e)/jeune socialement ou économiquement marginalisé ...

### **6.5.2. Instauration d'un environnement favorable à la Promotion de la SRAJ**

- Lutter contre les mariages des enfants et les grossesses précoces
- Renforcer la promotion des droits des adolescent(e)s/jeunes en SR
- Améliorer la communication parents/enfants sur les questions de SRAJ
- Développer le partenariat et la multisectorialité en SRAJ
- Améliorer l'état nutritionnel des adolescent(e)s/jeunes
- Lutter contre la toxicomanie, l'alcoolisme et le tabagisme des adolescent(e)s/jeunes
- Améliorer l'environnement législatif et réglementaire de la SRAJ
- Faire le ciblage des groupes marginalisés (PPVIH, jeunes en situation de handicap, employées de maisons, filles mères etc).
- Renforcer le développement du leadership parmi les jeunes ;
- Appuyer les associations de jeunes pour un plaidoyer en faveur des programmes de développement axés sur les adolescent(e)s/jeunes

### **6.5.3. Développement de l'Offre de service selon les Standards**

- Reformuler l'offre de service en SRAJ
- Améliorer l'orientation des adolescent(e)s/jeunes vers les services/structures de santé
- Développer l'offre de service de SRAJ dans les structures de santé
- Rendre disponible un personnel qualifié et compétent pour la prise en charge des problèmes de SRAJ
- Améliorer l'accès financier aux services de SRAJ
- Accroître l'implication des cibles secondaires dans la SRAJ



# 7

## CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

## 7. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

### 7.1. Cadre Conceptuel

Le cadre conceptuel permet de saisir les principales hypothèses du PSSRAJ, qui fondent la logique d'intervention, et donc de suivi et évaluation. Il permet de comprendre la cohérence du plan S&E à la lumière des liens de cause à effet qui existent entre les principaux déterminants de la SRAJ, et les résultats attendus de la mise en œuvre de ce programme.

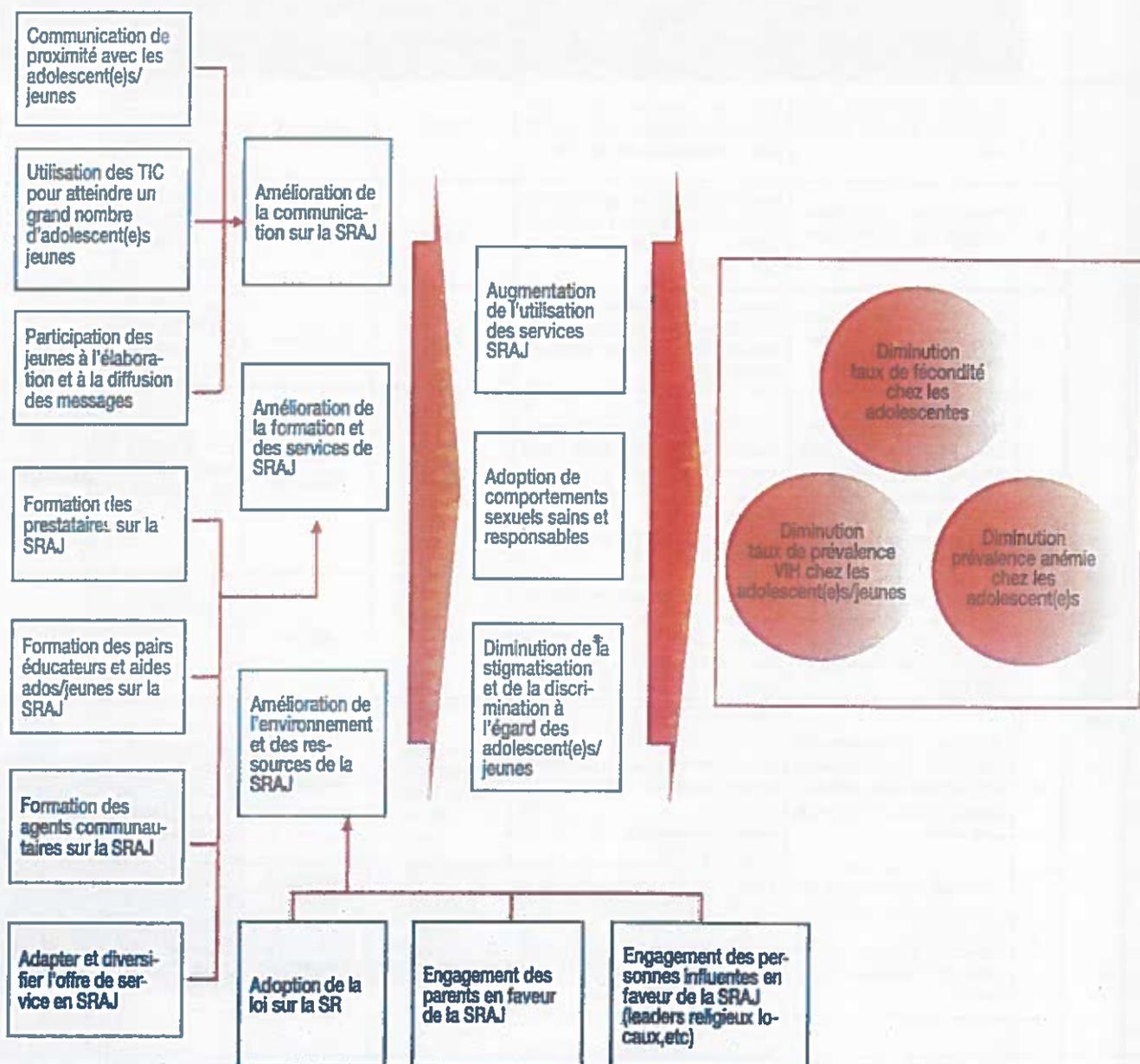


Figure 1 cadre conceptuel de S&E de la SRAJ au Sénégal

## 7.2. Indicateurs de Suivi et Évaluation

Le système de S&E du PSSRAJ couvre tous les aspects du programme (intrants, activités, extrants, produits, effets et impacts) ainsi que les domaines d'intervention essentiels de la DSRAJ/DSRSE et de ses partenaires.

Les indicateurs ont été retenus pour leur pertinence, leur validité et leur faisabilité.

Les indicateurs sélectionnés sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Définition des indicateurs de Suivi et Evaluation de la SRAJ au Sénégal

		LIBELLE	METHODE DE CALCUL	SOURCES	NIVEAU DE COLLECTE	METHODE DE COLLECTE	PERIODICITE
<b>IMPACT</b>	1	Taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans	Nombre annuel de naissances vivantes des 15-19 ans / nombre total de FAR	EDS	National	Enquête quantitative en population	Annuelle
	2	Proportion d'adolescentes de 15-19 ans excisées	Nombre d'adolescent(e)s de 15-19 ans excisées / nombre total d'adolescent(e)s de 15-19 ans	EDS	National	Enquête quantitative en population	Annuelle
	3	Proportion de jeunes filles de 20-24 ans excisées	Nombre de jeunes filles de 20-24 ans excisées / nombre total de jeunes filles de 20-24 ans	EDS	National	Enquête quantitative en population	Annuelle
	4	Prévalence du VIH/sida chez les adolescent(e)s/ jeunes par tranches d'âges (15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe	Nombre d'adolescent(e)s/jeunes testé(e)s séropositifs par tranches d'âges (15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe / nombre total d'adolescent(e)s/ jeunes de 15-24 ans X 100	EDS	National	Enquête quantitative en population	Annuelle
	5	Taux de prévalence de l'anémie par carence en fer chez les adolescent(e)s de 15-19 ans par sexe	Nombre d'adolescent(e)s de 15-19 ans par sexe ayant une anémie par carence en fer / nombre total d'adolescent(e)s de 15-19 ans	EDS	National	Enquête quantitative en population	Annuelle
	6	Taux de prévalence de l'anémie par carence en fer chez les adolescent(e)s de 15-19 ans par sexe	Proportion d'adolescent(e)s par tranches d'âges (10-14 ans, 15-19 ans) et par sexe présentant un IMC <18,5 / nombre total d'adolescent(e)s de 10-19 ans enquêtés	Enquête spéciale DSRAJ/DSRSE	National	Enquête mixte (quantitative qualitative) en population et structures	Tous les 5 ans
	7	Taux de prévalence de l'obésité chez les adolescent(e)s par tranches d'âges (10-14 ans, 15-19 ans) et par sexe	Nombre d'adolescent(e)s par tranches d'âges (10-14 ans, 15-19 ans) et par sexe présentant un IMC supérieur à 25 / nombre total d'adolescent(e)s de 10-19 ans	Enquête spéciale DSRAJ/DSRSE	Hôpitaux Familles Echantillon représentatif adolescent(e)s	Enquête mixte (quantitative qualitative) en population et structures	Tous les 5 ans
	8	Proportion des grossesses survenant chez les adolescentes par tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans)	Nombre de grossesses survenant chez les adolescentes par tranche d'âge (10-14 ans, 15-19 ans) / nombre total d'adolescentes de 10-19 ans X 100	EDS	National	Enquête quantitative en population	Annuelle

<b>EFFETS</b>	9	Taux d'utilisation du préservatif chez les adolescent(e)s/jeunes sexuellement actifs par tranches d'âge (15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe	Nombre d'adolescent(e)s/jeunes sexuellement actifs par tranches d'âge (15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe / nombre total d'adolescentes/ jeunes de 15-24 ans X 100	EDS	National	Enquête quantitative en population	Annuelle
	10	Taux de prévalence contraceptive chez les adolescentes de 15-19 ans	Nombre d'adolescentes de 15-19 ans utilisant une méthode contraceptive moderne / nombre total d'adolescentes de 15-19 ans X 100	EDS	National	Enquête quantitative en population	Annuelle
	11	Taux de satisfaction des adolescent(e)s/jeunes utilisant les outils et la plate forme Web sur la SRAJ par tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe	Nombre d'adolescent(e)s/jeunes actifs par tranches d'âge (15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe se déclarant satisfaits par les outils et la plate forme Web sur la SRAJ / nombre total d'adolescent(e)s/ jeunes de 10-24 ans enquêtés	Enquête spéciale DSRAJ/DSRSE	National (Echantillon représentatif d'adolescent(e)s/jeunes)	Enquête mixte (quantitative en qualitative) population et structures	Tous les 5 ans
	12	Usage des drogues et substances nocives par les adolescent(e)s	Information de type qualitative, fournie par des méthodes socio anthropologiques appropriées	Enquête spéciale DSRAJ/DSRSE	Hôpitaux Familiales Echantillon représentatif d'adolescent(e)s/jeunes	Enquête mixte (quantitative en qualitative) population et structures	Tous les 5 ans

<b>PRODUITS</b>	13	Pourcentage de structures (centres de santé, postes de santé, CCA, CDEPS, antennes de l'ASBEF) ayant équipé un espace pour adolescent(e)s/jeunes	Nombre de structures adolescent(e)s/jeunes qui ont équipé un espace pour adolescent(e)s/jeunes / Nombre de structures (centres de santé, postes de santé, CCA, CDEPS, antennes de l'ASBEF)	Registres Rapports d'activité	District CCA/CDEPS Antennes de l'ASBEF	Analyse des registres et rapports d'activité	Annuelle
	14	Pourcentage de centres de santé ayant équipé un espace ado/jeune*	Nombre de centres de santé qui ont équipé un espace ado/jeune / Nombre total de centres de santé	Observations au cours des supervisions Rapports d'activités	District	Analyse des registres et rapports d'activités	Annuelle
	15	Pourcentage de postes de santé ayant équipé un espace ado/jeune*	Nombre de postes de santé qui ont équipé un espace ado/jeune / Nombre total de postes de santé	Observations au cours des supervisions Rapports d'activités	District	Analyse des registres et rapports d'activités	Annuelle
	16	Pourcentage de structures (centres de santé, postes de santé, CCA, CDEPS, antennes de l'ASBEF) offrant des services de santé adaptés aux adolescent(e)s/jeunes	Nombre de structures offrant des services de santé adaptés aux adolescent(e)s/jeunes / Nombre de structures (centres de santé, postes de santé, CCA, CDEPS, antennes de l'ASBEF)	Registres Rapports d'activité	District CCA/CDEPS Antennes de l'ASBEF	Analyse des registres et rapports d'activité	Annuelle
	17	Pourcentage de centres de santé offrant des services de santé adaptés aux adolescent(e)s/ jeunes*	Nombre de centres de santé qui offrent des services de santé adaptés aux adolescent(e)s/jeunes / Nombre total de centres de santé	Registres Rapports d'activité	District	Analyse des registres et rapports d'activité	Annuelle
	18	Pourcentage de postes de santé offrant des services de santé adaptés aux adolescent(e)s/jeunes*	Nombre de postes de santé qui offrent des services de santé adaptés aux adolescent(e)s/jeunes / Nombre total de postes de santé	Registres Rapports d'activité	District	Analyse des registres et rapports d'activité	Annuelle
	19	Nombre d'adolescent(e)s/jeunes par tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe utilisant les structures (centres de santé, postes de santé, CCA, CDEPS, antennes de l'ASBEF)	Décompte sur registre du nombre d'adolescent(e)s/ jeunes par tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe qui utilisent les structures	Rapport mensuel DSRAJ/DSRSE	District CCA/CDEPS Antennes de l'ASBEF	Analyse des données de routine des structures	mensuelle

<b>PRODUITS</b>	20	Taux d'utilisation des services de santé sexuelle et de la reproduction par les adolescent(e)s/jeunes par sexe et par tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans)*	Nombre total d'adolescent(e)s/jeunes par sexe et par tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans) qui utilisent les centres et les postes de santé rapporté au nombre total de fréquentations	Rapport mensuel DSRAJ/DSRSE Registres CPN, accouchement, CPC (IST), VIH, SAA etc.	District	Analyse des données de routine des PPS	Mensuelle Trimestriel Semestriel Annuel
	21	Nombre d'adolescent(e)s/jeunes par tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe fréquentant les espaces pour adolescent(e)s/jeunes aménagés dans les structures (centres de santé, postes de santé, CCA, CDEPS, antennes de l'ASBEF)	Décompte sur registre du nombre d'adolescent(e)s/jeunes par tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe qui fréquentent les espaces ados/jeunes aménagés dans les structures	cahier du pair-éducateur et de l'aide ado/jeune, registre des CCA/CDEPS, Antennes de l'ASBEF, Rapports d'activités	District / Région	Analyse des données de routine des PPS	Mensuelle trimestrielle Semestrielle
	22	Nombre d'adolescent(e)s/jeunes par tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe fréquentant les espaces ados/jeunes aménagés dans les centres de santé et les postes de santé*	Décompte sur registre du nombre d'adolescent(e)s/jeunes par tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe qui fréquentent les espaces ados/jeunes aménagés dans les centres de santé et les postes de santé	Rapports d'activité cahier du pair-éducateur et de l'aide ado/jeune	District / Région	Analyse des données de routine des PPS	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle
	23	Nombre d'adolescent(e)s/jeunes par tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe touchés lors des activités promotionnelles réalisées dans la communauté*	Décompte sur fiches de présence/cahiers du pair éducateur et de l'aide-ado/jeune	Rapports d'activité	District	Analyse des données de routine des PPS	Mensuelle Trimestrielle Semestrielle
	24	Nombre de visiteurs enregistrés dans le site d'information sur la SRAJ	Le nombre de visiteurs sera enregistré par un compteur intégré au site	Rapport mensuel DSRAJ/DSRSE	National	Visite du site web	Mensuelle
	25	Nombre de clubs d'animation sur les CVC fonctionnels	Compter le nombre de CVC mis en place et fournissant des rapports d'activités sur une base mensuelle	Rapport annuel DSRAJ/DSRSE	National	Analyse des rapports de clubs d'animation sur les CVC (indicateur de la DJASE)	Annuelle
	26	Proportion d'adolescent(e)s/jeunes PVVIH par tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe bénéficiant d'une prise en charge psychosociale	Nombre d'adolescent(e)s/jeunes séropositifs par tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe qui ont bénéficié d'une prise en charge psychosociale / nombre d'adolescent(e)s/jeunes séropositifs de 10-24 ans	Rapport annuel DSRAJ/DSRSE	National	Analyse du rapport annuel DLSI	Annuelle

<b>ACTIVITES</b>	27	Réalisation des activités de plaidoyer en faveur de la SRAJ	Information de type qualitatif, à fournir par des méthodes appropriées	Rapport annuel DSRAJ/DSRSE	National	Analyse des rapports de mission	Annuelle
	28	Nombre de Leaders communautaires orientés sur la SRAJ	Compter le nombre de Leaders communautaires qui ont participé aux ateliers d'orientation	Rapports annuels DSRAJ/DSRSE	National	Analyse des rapports des sessions d'orientation	
	29	Pourcentage d'adolescent(e)s/jeunes par tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe orientés vers les centres de santé et les postes de santé par le personnel communautaire (Bajenu Gox, Relais)	Nombre d'adolescent(e)s/jeunes par tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans) et par sexe orientés vers les centres de santé et les postes de santé par le personnel communautaire / nombre d'adolescent(e)s/jeunes reçus dans les centres de santé et les postes de santé	Rapport annuel DSRAJ	District	Analyse des rapports PPS/AJ	Annuelle
	30	Nombre de stratégies avancées au niveau du district ayant intégré les activités de SRAJ	Compter le nombre de stratégies avancées ayant intégré des activités de SRAJ	Rapport annuel DSRAJ	District Agrégation nationale	Analyse des rapports PPS/AJ	Annuelle
	31	e-services mis en place et fonctionnels	Information qualitative à fournir par des méthodes appropriées	Rapport annuel DSRAJ/DSRSE	National	Analyse qualitative des e-services mise en place	Annuelle
	32	m-services mis en place et fonctionnels	Information qualitative à fournir par des méthodes appropriées	Rapport annuel DSRAJ/DSRSE	National	Analyse m-services mise en place	Annuelle
	33	Nombre d'émissions radiophoniques réalisées sur la SRAJ	Compter le nombre d'émissions radiophoniques réalisées sur la SRAJ	Rapport annuel DSRAJ/DSRSE	National	Analyse des rapports d'activité	Annuelle
	34	Nombre d'émissions télévisuelles réalisées sur la SRAJ	Compter le nombre d'émissions télévisuelles réalisées sur la SRAJ	Rapport annuel DSRAJ/DSRSE	National	Analyse des rapports d'activité	Annuelle

**MOYENS**

35	Nombre de centres de santé et de postes de santé ayant un espace ado/jeune équipé suivant les normes	Compter le nombre de centres de santé et de postes de santé qui ont un espace ado/jeune équipé suivant les normes (se baser sur une liste de contrôle qui sera élaborée par la DSRAJ/DSRSE)	Rapports de supervision DSRAJ/DSRE	District Agrégation nationale	Observation directe	Annuelle
36	Nombre de personnes qualifiées (Médecins, Infirmiers, Sages-femmes d'Etat) formées sur la SRAJ	Compter le nombre de personnes qualifiées (Médecins, Infirmiers, Sages-femmes d'Etat) formées sur la SRAJ	Rapports de formation	District/agrégation nationale	Analyse des sessions de formation	Trimestrielle
37	Nombre de personnel de soutien (gardien, vendeur de ticket, technicien de surface) orienté sur la SRAJ	Compter le nombre de personnel de soutien orienté sur la SRAJ	Rapports de formation	District/agrégation nationale	Analyse des sessions de formation	Trimestrielle
38	Nombre de personnes du niveau communautaire (Bajenu Gox, Relais) formées sur la SRAJ	Compter le nombre de personnes du niveau communautaire formées sur la SRAJ	Rapports de formation	District/agrégation nationale	Analyse des sessions de formation	Trimestrielle
39	Nombre de pairs éducateurs et d'aides-ados/jeunes (15-24 ans) formés sur la SRAJ	Compter le nombre de pairs éducateurs et d'aides-ados/jeunes formés sur la SRAJ	Rapports de formation	District/agrégation nationale	Analyse des sessions de formation	Trimestrielle
40	Nombre d'enseignants formés sur les CVC	Compter le nombre d'enseignants formés sur les CVC	Rapports de formation	national	Analyse des sessions de formation	Annuelle

\* Les 7 indicateurs comportant un astérisque ont été retenus comme indicateurs de performance par la DSRSE

### 7.3. Mécanismes de Suivi et Evaluation

Le suivi et l'évaluation du PSSRAJ seront intégrés au système global d'information du MSAS, à deux niveaux :

- Les indicateurs de routine seront fournis dans le cadre de la Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale (DSISS), suivant la même périodicité que le même mécanisme de remontée des données du poste de santé au niveau central. Le premier niveau d'agrégation de ces données est le district de santé.
- Les indicateurs partagés avec d'autres secteurs, qui sont généralement des indicateurs d'impact, seront suivis dans le cadre des enquêtes nationales telles que l'EDS, devenue une enquête continue. Pour ces besoins spécifiques, la division réalisera tous les 5 ans une enquête nationale sur la SRAJ. Il s'agira d'une enquête à la fois quantitative et qualitative, qui renseignera des indicateurs spécifiques, utiles pour l'orientation du programme.

Les autres sources d'information de la DSRAJ seront constituées par :

- les rapports de supervision
- les rapports de formation

Les deux sources ci-dessus serviront à alimenter les rapports périodiques de la Division. Cette dernière aura également recours à d'autres sources (surtout les rapports d'activité des partenaires) pour fournir des informations sur le suivi de la mise en œuvre des programmes.

Les indicateurs de suivi (intrants, activités, extrants) seront donc principalement issus de sources suivantes : DSISS, rapports de supervision, rapports de formation, rapports d'activité (incluant les rapports des activités des partenaires relevant de la SRAJ).

L'EDS et l'Enquête Nationale sur la Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescent(e)s/ Jeunes (ENSRAJ) fourniront les indicateurs de résultat, en particulier les indicateurs d'effet et d'impact. Cette enquête combinera des approches quantitatives et qualitatives.

L'ensemble des indicateurs alimentera un tableau de bord de S&E de la SRAJ au Sénégal qui sera un instrument de gestion des programmes, comme représenté dans la figure. (voir schéma ci-dessous)

Figure 2 : Mécanismes de S&E de la SRAJ au Sénégal



Un responsable chargé du suivi et évaluation nommé par la DSRSE sera chargé de tenir le tableau de bord de la DSRAJ et de présenter la situation aux réunions de coordination et dans le rapport annuel de la Division.



Luttons contre le SIDA  
en faisant notre dépistage

8

PLAN D'ACTION ET BUDGET

## 8. PLAN D'ACTION ET BUDGET

### 8.1. Plan d'action

N° hiérarchique	Axes Stratégiques/Lignes d'action/activités	Durée	Debut	Fin	Res-ponsa-ble	Coût XOF
0	PLAN STRATEGIQUE SRAJ (2014-2018)	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18		2 321 627 311
1	Communication, plaidoyer et renforcement des capacités	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18		925 982 719
1.1	Rendre accessible aux adolescent(e)s/jeunes une information adaptée sur la SRAJ	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18		724 776 532
1.1.1	Organiser un atelier pour le développement de contenus d'éducation sexuelle adaptés aux différentes cibles d'ados/jeunes selon l'âge	5 jours	Lun 03/11/14	Ven 07/11/14	DSRSE	13 007 000
1.1.2	Organiser un atelier d'élaboration d'un plan opérationnel de communication SRAJ avec la participation de tous les acteurs concernés	4 jours	Lun 02/06/14	Jeu 05/06/14	DSRSE	15 675 000
1.1.3	Organiser un atelier de validation technique du plan opérationnel de communication SRAJ	2 jours	Ven 06/06/14	Lun 09/06/14	DSRSE	2 200 000
1.1.4	Organiser un atelier national de dissémination du plan opérationnel de communication SRAJ	1 jour	Mer 01/01/14	Mer 01/01/14	DSRSE	1 025 000
1.1.5	Appuyer 8 ateliers régionaux de dissémination du plan opérationnel de communication SRAJ avec la participation des acteurs concernés	36 jours	Jeu 01/01/15	Jeu 19/02/15	DSRSE	62 992 758
1.1.6	Mener des activités de communication interpersonnelle sur la SRAJ dans les structures qui offrent des services aux ados/jeunes et dans les espaces ados/jeunes	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
1.1.7	Apporter un appui financier à 50 associations et organisations de jeunesse œuvrant à l'information SRAJ/VIH/sida et à la promotion des droits humains	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	25 000 000
1.1.8	Ouvrir des points d'information sur la SRAJ dans tous les espaces et lieux de rassemblement des ados/jeunes	784 jours	Jeu 01/01/15	Mar 02/01/18	DSRSE	65 520 000
1.1.9	Elaborer 30 sketches télévisés sur la SRAJ	1 jour	Lun 02/03/15	Lun 02/03/15	DSRSE	81 000 000
1.1.10	Diffuser à la télévision les sketches sur la SRAJ	250 jours	Mar 03/03/15	Lun 15/02/16	DSRSE	225 000 000
1.1.11	Elaborer 10 spots radio-télévisés sur la SRAJ	1 jour	Mer 01/01/14	Mer 01/01/14	DSRSE	3 000 000
1.1.12	Diffuser 1 spot radio-télévisé sur la SRAJ toutes les semaines pendant 2 ans	516 jours	Jeu 02/01/14	Jeu 24/12/15	DSRSE	15 600 000
1.1.13	Organiser des jeux concours sur la SRAJ au niveau des radios, des écoles et dans la communauté à l'occasion de certaines manifestations	522 jours	Mer 01/01/14	Jeu 31/12/15	DSRSE	29 999 997
1.1.14	Organiser une fois par an des compétitions inter régionales et nationales de chanson sur les thèmes choisis par les ados/jeunes eux-mêmes sur la base de leurs propres préoccupations et expériences	1044 jours	Lun 10/03/14	Jeu 08/03/18	DSRSE	24 999 999

1.1.15	Développer une communication en direction des PVVIH pour des attitudes responsables en matière de sexualité	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
1.1.16	Elaborer/réviser des supports éducatifs sur la SRAJ (affiches, brochures, dépliants, etc.)	5 jours	Lun 02/02/15	Ven 06/02/15	DSRSE	10 251 599
1.1.17	Tester les supports révisés à Dakar	2 jours	Lun 09/02/15	Mar 10/02/15	DSRSE	192 000
1.1.18	Tester les supports révisés à Saint Louis	3 jours	Mer 11/02/15	Ven 13/02/15	DSRSE	570 020
1.1.19	Tester les supports révisés à Diourbel	3 jours	Lun 16/02/15	Mer 18/02/15	DSRSE	480 240
1.1.20	Organiser à Dakar un atelier de validation des supports promotionnels testés pour les 10-14 ans	4 jours	Jeu 19/02/15	Mar 24/02/15	DSRSE	4 355 420
1.1.21	Elaborer et diffuser des téléfilms court métrage sur la SRAJ	1 jour	Lun 02/02/15	Lun 02/02/15	DSRSE	55 000 000
1.1.22	Reproduire et diffuser des supports éducatifs sur la SRAJ	1 jour	Mar 03/02/15	Mar 03/02/15	DSRSE	20 500 000
1.1.23	Elaborer des supports éducatifs sur la SRAJ des 10-14 ans	5 jours	Mer 04/02/15	Mar 10/02/15	DSRSE	4 605 000
1.1.24	Tester les supports des 10-14 ans à Dakar	2 jours	Mer 11/02/15	Jeu 12/02/15	DSRSE	1 150 000
1.1.25	Tester les supports des 10-14 ans à Matam	2 jours	Ven 13/02/15	Lun 16/02/15	DSRSE	1 830 000
1.1.26	Tester les supports des 10-14 ans à Diourbel	2 jours	Mar 17/02/15	Mer 18/02/15	DSRSE	1 270 000
1.1.27	Organiser à Dakar un atelier de validation des supports promotionnels testés pour les 10-14 ans	2 jours	Jeu 19/02/15	Ven 20/02/15	DSRSE	2 257 500
1.1.28	Reproduire et diffuser les supports éducatifs sur la SRAJ des 10-14 ans	1 jour	Lun 23/02/15	Lun 23/02/15	DSRSE	10 250 000
1.1.29	Organiser un atelier national de formation de 30 agents de la DSRSE sur les médias et réseaux sociaux	3 jours	Lun 02/02/15	Mer 04/02/15	DSRSE	2 795 000
1.1.30	Former 200 ECD et ECR (points focaux SRAJ, EPS, coordinatrices SF) sur les médias et réseaux sociaux	3 jours	Jeu 05/02/15	Lun 09/02/15	DSRSE	22 299 999
1.1.31	Appuyer la formation de 15 000 pairs éducateurs sur les médias et réseaux sociaux	3 jours	Mar 10/02/15	Jeu 12/02/15	DSRSE	3 050 000
1.1.32	Orienter 200 ECD et ECR (points focaux SRAJ, EPS, coordinatrices SF) sur le curriculum numérique click Info Ados	2 jours	Ven 13/02/15	Lun 16/02/15	DSRSE	16 599 999
1.1.33	Appuyer la formation de 15 000 pairs éducateurs sur le curriculum numérique Click Info ados médias et réseaux sociaux	2 jours	Mer 01/01/14	Jeu 02/01/14	DSRSE	2 300 000
1.2	Faire accepter la santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes par les personnes influentes: parents, leaders, enseignants, prestataires de service	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	39 876 304
1.2.1	Mener des actions de plaidoyer en faveur de la SRAJ en direction des personnes influentes	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	4 876 304
1.2.2	Mettre à la disposition des acteurs 20 bourses pour la participation à l'Université d'été en promotion de la santé	1050 jours	Lun 01/09/14	Ven 07/09/18	DSRSE/ACDEV	35 000 000
1.3	Encourager les comportements positifs traditionnels en matière de SRAJ, comme la virginité et l'abstinence	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	11 800 000
1.3.1	Faire une étude qualitative sur les comportements traditionnels positifs et valorisés en matière de SRAJ	45 jours	Lun 05/01/15	Ven 06/03/15	DSRSE	6 750 000

1.3.2	Elaborer des messages adaptés pour la promotion de comportements traditionnels positifs et valorisés en matière de SRAJ	45 jours	Lun 09/03/15	Ven 08/05/15	DSRSE	4 050 000
1.3.3	Impulser la création d'associations de jeunes pour la promotion de comportements traditionnels valorisés favorables à la SRAJ (abstinence, virginité)	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	1 000 000
1.3.4	Développer le marketing social d'une Jeunesse sans Sexe	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
1.4	Impliquer les adolescent(e)s/ jeunes dans la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de SRAJ	784 jours	Mer 01/01/14	Lun 02/01/17		91 700 004
1.4.1	Organiser des ateliers en leadership transformationnel en faveur des responsables d'associations d'ados/jeunes	210 jours	Mer 06/01/16	Mar 25/10/16	DSRSE	82 900 004
1.4.2	Assurer le coaching post formation en leadership transformationnel des ados/jeunes	784 jours	Mer 01/01/14	Lun 02/01/17	DSRSE	8 800 000
1.5	Renforcer la participation des adolescent(e)s/jeunes à toutes les instances de prise de décision et de mise en œuvre des programmes de SRAJ	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
1.6	Promouvoir l'utilisation des TIC dans la SRAJ	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	17 143 400
1.6.1	Evaluer les projets et expériences TIC en SRAJ au Sénégal	45 jours	Jeu 01/05/14	Mer 02/07/14	DSRSE	6 750 000
1.6.2	Organiser un atelier sur la mutualisation des expériences d'utilisation des TIC pour la SRAJ au Sénégal	2 jours	Jeu 03/07/14	Ven 04/07/14	DSRSE	4 993 400
1.6.3	Diffuser des informations sur la SRAJ dans les mass médias	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
1.6.4	Organiser une journée annuelle de la SRAJ	1044 jours	Jeu 20/03/14	Mar 20/03/18	DSRSE	0
1.6.5	Améliorer le portail des programmes SRAJ au Sénégal	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	1 800 000
1.6.6	Développer et offrir des services e-health aux ados/jeunes	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	1 800 000
1.6.7	Développer et offrir des services m-health aux ados/jeunes	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	1 800 000
1.7	Renforcer les actions de communication de proximité sur la SRAJ	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18		14 000 000
1.7.1	Organiser des manifestations de proximité pour la promotion de la SRAJ: visites à domicile, causeries, débats	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	14 000 000
1.8	Promouvoir une vie sexuelle saine et responsable des ados/jeunes	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18		8 050 000
1.8.1	Offrir les méthodes contraceptives modernes aux ados/jeunes qui en expriment le besoin	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
1.8.2	Intégrer le dépistage Volontaire et Anonyme du VIH dans les PPS/SRAJ	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE/ DLSI	0
1.8.3	Créer des supports éducatifs pour inciter au recours précoce aux soins pour les IST et l'infection à VIH	1 jour	Lun 01/12/14	Lun 01/12/14	DSRSE/ DLSI	8 050 000
1.9	Prendre en compte les adolescent(e)s/jeunes les plus vulnérables	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18		18 636 480
1.9.1	Intégrer les groupes vulnérables dans les programmes de SRAJ	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
1.9.2	Créer des supports de sensibilisation contre la stigmatisation et la discrimination des groupes vulnérables	1 jour	Lun 06/10/14	Lun 06/10/14	DSRSE	3 600 000

1.9.3	Sensibiliser les leaders et les membres de la communauté sur les conséquences néfastes de la stigmatisation et de la discrimination des ados/jeunes infectés et affectés par le VIH	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
1.9.4	Intégrer la SRAJ dans les activités d'éducation des adolescent(e)s/jeunes en conflit avec la loi et dans les centres de rééducation pénitentiaires	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
1.9.5	Appuyer des formations sur la SRAJ des adolescent(e)s/jeunes en conflit avec la loi et dans les centres de rééducation pénitentiaires	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	2 756 000
1.9.6	Développer des actions d'IEC pour une adoption de comportements sexuels sains dans les centres de promotion sociale et les structures de récupération des enfants en situation difficile	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
1.9.7	Réviser le manuel de formation sur les CVC	1 jour	Lun 02/02/15	Lun 02/02/15	DSRSE/ DJASE	0
1.9.8	Intégrer le genre et l'éducation sexuelle dans le manuel de formation aux CVC	1 jour	Lun 02/02/15	Lun 02/02/15	DSRSE/ DJASE	0
1.9.9	Reproduire le manuel et les supports de CVC	1 jour	Mar 03/02/15	Mar 03/02/15	DSRSE/ DJASE	0
1.9.10	Orienter un pool de formateurs des adolescent(e)s/jeunes défavorisés sur les modules de CVC	3 jours	Mer 04/02/15	Ven 06/02/15	DSRSE/ DJASE	2 320 120
1.9.11	Orienter des ADEP sur les modules de CVC	3 jours	Lun 09/02/15	Mer 11/02/15	DSRSE/ DJASE	2 320 120
1.9.12	Former les pairs -éducateurs sur les modules de CVC	3 jours	Jeu 12/02/15	Lun 16/02/15	DSRSE/ DJASE	2 320 120
1.9.13	Former les adolescent(e)s/jeunes déscolarisés/non scolarisés, les ONG et les associations de jeunesse y compris les mouvements scouts en CVC	3 jours	Mar 17/02/15	Jeu 19/02/15	DSRSE/ DJASE	2 320 120
1.9.14	Mettre en place des clubs d'animation CVC	1 jour	Mar 17/02/15	Mar 17/02/15	DSRSE/ DJASE	3 000 000
1.9.15	Organiser des séances d'animation sur les modules de CVC	1012 jours	Ven 13/02/15	Lun 31/12/18	DSRSE/ DJASE	0
1.10	Accroître l'implication des cibles secondaires dans la SRAJ	331 jours	Mar 07/10/14	Mar 12/01/16	DSRSE	17 251 600
1.10.1	Orienter des Organisations de la Société Civile sur la SRAJ: ONG, OCB, ASC, GIE...	2 jours	Mar 03/03/15	Mer 04/03/15	DSRSE	8 440 800
1.10.2	Orienter les agents de communication sur la SRAJ: journalistes, communicateurs traditionnels, ...	2 jours	Lun 11/01/16	Mar 12/01/16	DSRSE	8 440 800
1.10.3	Organiser une conférence de sensibilisation des partenaires sur la SRAJ au Sénégal	1 jour	Mar 07/10/14	Mar 07/10/14	DSRSE	370 000
2	Instauration d'un environnement favorable à la promotion de la SRAJ	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18		602 062 717
2.1	Lutter contre les mariages d'enfants et les grossesses précoces.	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18		0
2.1.1	Lutter contre les mariages et grossesses précoces, qui touchent toutes les catégories d'adolescent(e)s/jeunes au Sénégal.	0 jour	Mer 01/01/14	Mer 01/01/14	DSRSE	0
2.1.2	Pénaliser le mariage précoce au même titre que l'excision	0 jour	Mer 31/12/14	Mer 01/01/14	DSRSE	0
2.1.3	Informers les parents et les d'adolescent(e)s/jeunes en insistant sur les méfaits des pratiques néfastes (mariages précoces, MGF,...)	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
2.1.4	Favoriser le maintien des filles à l'école	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
2.2	Renforcer la promotion des droits des adolescent(e)s/jeunes en SR	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	116 777 492
2.2.1	Renforcer la promotion des droits des d'adolescent(e)s/jeunes: il s'agit, entre autre, de la protection contre toutes formes de violences sexuelles, dont les MGF.	0 jour	Mer 01/01/14	Mer 01/01/14	DSRSE	0

2.2.2	Renforcer la promotion des droits des d'adolescent(e)s/jeunes: il s'agit, entre autre, de la protection contre toutes formes de violences sexuelles, dont les MGF.	0 jour	Lun 31/12/18	Lun 31/12/18	DSRSE	0
2.2.3	Promouvoir la santé et le bien être des 10-14 ans (très jeunes adolescent(e)s)	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
2.2.4	Elaborer et valider un guide sur la Santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s (SRAJ) de 10-14 ans en y incluant la préparation à la vie sexuelle active (puberté, fécondité, genre, communication et relations)	111 jours	Lun 02/02/15		DSRSE	4 500 000
2.2.5	Reproduire les guides sur la SRAJ des 10-14 ans	1 jour	Mar 07/07/15	Mar 07/07/15	DSRSE	3 750 000
2.2.6	Organiser un atelier d'orientation de 30 agents du niveau central sur les guides de la SRAJ des 10-14 ans	5 jours	Mer 08/07/15	Mar 14/07/15	DSRSE	4 625 000
2.2.7	Organiser 16 sessions de formation de 365 ECR et ECD des 14 régions sur les guides de SRAJ des 10-14 ans	5 jours	Mer 15/07/15	Mar 21/07/15	DSRSE	55 827 494
2.2.8	faire le suivi post formation des de 365 ECR et ECD des 14 régions sur les guides de SRAJ des 10-14 ans	5 jours	Mer 22/07/15	Mar 28/07/15	DSRSE	4 775 000
2.2.9	Appuyer 88 sessions de formation de 2200 prestataires de PPS sur les guides de SRAJ des 10-14 ans	5 jours	Mer 29/07/15	Mar 04/08/15	DSRSE	20 00 000
2.2.10	Appuyer le suivi post formation de 2200 prestataires de PPS sur les guides de SRAJ des 10-14 ans	5 jours	Mer 05/08/15	Mar 11/08/15	DSRSE	20 499 998
2.2.11	Appuyer 10 sessions de formation de 20 pairs éducateurs et aides AJ par session dans 76 districts sur le guide sur la SRAJ de 10-14 ans	5 jours	Mer 12/08/15	Mar 18/08/15	DSRSE	2 300 000
2.2.12	Prendre en compte la dimension genre dans l'éducation des enfants/ d'adolescent(e)s	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
2.2.13	Parler aux d'adolescent(e)s/jeunes des ressemblances entre filles et garçons	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
2.2.14	Intégrer dans les curricula de formation le développement psychologique et biologique des adolescent(e)s/jeunes	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
2.2.15	Maintenir les adolescent(e)s/jeunes à l'école, au moins jusqu'au cycle secondaire	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
2.2.16	Favoriser le recul de l'âge du premier rapport sexuel	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
2.3	Améliorer la communication parents/enfants/adolescent(e)s sur les questions de SRAJ	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	346 917 502
2.4	Développer le partenariat et la multisectorialité en SRAJ	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	346 917 502
2.4.1	Organiser une réunion trimestrielle de concertation sur la SRAJ	1241 jours	Mer 01/01/14	Mer 03/10/18	DSRSE	0
2.4.2	Organiser 3 sessions de 5 jours sur l'élaboration d'un guide d'éducation sexuelle en milieu scolaire	15 jours	Lun 02/03/15	Ven 20/03/15		14 544 000
2.4.2.1	Organiser 3 sessions de 5 jours sur l'élaboration d'un guide d'éducation sexuelle en milieu scolaire 1	5 jours	Lun 02/03/15	Ven 06/03/15	DSRSE DCEMS	4 848 000
2.4.2.2	Organiser 3 sessions de 5 jours sur l'élaboration d'un guide d'éducation sexuelle en milieu scolaire 2	5 jours	Lun 09/03/15	Ven 13/03/15	DSRSE DCEMS	4 848 000
2.4.2.3	Organiser 3 sessions de 5 jours sur l'élaboration d'un guide d'éducation sexuelle en milieu scolaire 3	5 jours	Lun 16/03/15	Ven 20/03/15	DSRSE DCEMS	4 848 000

2.4.3	Organiser un atelier de validation du guide d'éducation sexuelle en milieu scolaire	2 jours	Lun 23/03/15	Mar 24/03/15	DSRSE/DCMS	6 570 000
2.4.4	Organiser 2 ateliers d'intégration du guide d'éducation sexuelle dans le programme de EFS/SVT	15 jours	Lun 06/04/15	Ven 24/04/15		6 570 000
2.4.4.1	Organiser 2 ateliers d'intégration du guide d'éducation sexuelle dans le programme d'EFS/SVT 1	5 jours	Lun 06/04/15	Ven 10/04/15	DSRSE/DCMS	3 285 000
2.4.4.2	Organiser 2 ateliers d'intégration du guide d'éducation sexuelle dans le programme d'EFS/SVT 2	5 jours	Lun 20/04/15	Ven 24/04/15	DSRSE/DCMS	3 285 000
2.4.5	Former le personnel de santé des écoles et de l'IME aux standards de SRAJ	4 jours	Lun 27/04/15	Jeu 30/04/15		16 878 001
2.4.5.1	Former le personnel de santé des écoles et de l'IME aux standards de SRAJ 1	4 jours	Lun 27/04/15	Jeu 30/04/15	DSRSE/DCMS	4 219 500
2.4.5.2	Former le personnel de santé des écoles et de l'IME aux standards de SRAJ 2	4 jours	Lun 27/04/15	Jeu 30/04/15	DSRSE/DCMS	4 219 500
2.4.5.3	Former le personnel de santé des écoles et de l'IME aux standards de SRAJ 3	4 jours	Lun 27/04/15	Jeu 30/04/15	DSRSE/DCMS	4 219 500
2.4.5.4	Former le personnel de santé des écoles et de l'IME aux standards de SRAJ 4	4 jours	Lun 27/04/15	Jeu 30/04/15	DSRSE/DCMS	4 219 500
2.4.6	Former le personnel de santé des écoles et de l'IME sur la prévention du col de l'utérus chez la jeune fille	4 jours	Mer 01/01/14	Lun 06/01/14	DSRSE/DCMS	4 479 500
2.4.7	Former les enseignants EVF/SVT sur l'utilisation du guide d'éducation à la santé sexuelle	365 jours	Mer 01/04/15	Mar 23/08/16	DSRSE/DCMS	0
2.4.8	Former les élèves pairs sur la santé sexuelle et de la reproduction	3 jours	Lun 13/10/14	Mer 15/10/14	DSRSE/DCMS	2 825 000
2.4.9	Organiser des séances de sensibilisation en milieu scolaire sur la santé sexuelle et de la reproduction	4 jours	Mar 01/03/16	Ven 04/03/16	DSRSE/DCMS	5 100 000
2.4.10	Subventionner la vaccination contre le cancer du col utérin dans les écoles	781 jours	Lun 04/01/16	Lun 31/12/18	DSRSE/DCMS	220 000 000
2.4.11	Partager et vulgariser le curriculum sur les MGF développé par le GEEP	1 jour	Lun 17/08/15	Lun 17/08/15	DSRSE/GEEP	388 000
2.4.12	Organiser des sessions éducatives dans les classes	365 jours	Lun 02/02/15	Ven 24/06/16	DSRSE/GEEP	12 600 000
2.4.13	Organiser 3 camps de vacances avec les jeunes	365 jours	Lun 02/02/15	Ven 24/06/16	DSRSE/GEEP	6 600 000
2.4.14	Organiser concours génies en SRAJ en milieu scolaire	365 jours	Lun 02/02/15	Ven 24/06/16	DSRSE/GEEP	3 450 000
2.4.15	organiser des podiums d'animation communautaire dans les régions	365 jours	Lun 02/02/15	Ven 24/06/16	DSRSE/GEEP	2 200 000
2.4.16	Organiser des rencontres pour la mise en place des réseaux de promotion de la SRAJ autour des Centres de Santé	365 jours	Lun 02/02/15	Ven 24/06/16	DSRSE/GEEP	988 000
2.5	Améliorer l'état nutritionnel des adolescent(e)s/jeunes	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE/DCMS	0
2.5.1	Mener une enquête sur la prévalence de l'anémie chez les adolescentes en milieu scolaire	40 jours	Lun 04/05/15	Ven 26/06/15	DSRSE/DCMS	46 290 001
2.6	Lutter contre l'anémie chez les adolescentes	24 jours	Lun 01/06/15	Jeu 02/07/15	DSRSE/DCMS	54 625 002
2.6.1	Organiser un atelier pour valider le protocole pour la supplémentation intermittente en fer chez les adolescentes	5 jours	Lun 01/06/15	Ven 05/06/15	DSRSE/DCMS	3 285 000

2.6.2	Orienter les prestataires sur la supplémentation intermittente des adolescentes en fer	6 jours	Lun 08/06/15	Lun 15/06/15	DSRSE/ DCMS	40 430 002
2.6.3	Orienter les acteurs communautaires sur la supplémentation intermittente des adolescentes en fer, et les comportements adéquats pour la lutte contre l'anémie	7 jours	Mar 16/06/15	Mer 24/06/15	DSRSE/ DCMS	6 859 999
2.6.4	Elaborer des outils de communication sur la supplémentation et fer des adolescentes	6 jours	Jeu 25/06/15	Jeu 02/07/15	DSRSE/ DCMS	4 050 000
2.7	Lutter contre la carence en iode chez les adolescentes	365 jours	Jeu 01/01/15	Mer 25/05/16	DSRSE/ DCMS	0
2.7.1	Intégrer la consommation de sel iodé dans le paquet de conseils délivré aux adolescent(e)s	365 jours	Jeu 01/01/15	Mer 25/05/16	DSRSE/ DCMS	0
2.8	Lutter contre le surpoids et l'obésité chez les adolescent(e)s	861 jours	Mer 01/01/14	Mer 19/04/17	DSRSE/ DCMS	53 825 003
2.8.1	Organiser un atelier de sensibilisation avec le ministère de l'enseignement sur le surpoids et l'obésité et ses conséquences	10 jours	Mer 01/01/14	Mar 14/01/14	DSRSE/ DCMS	37 175 002
2.8.2	Organiser un atelier pour la révision des curricula (intégration des modules aux troubles nutritionnels, le relèvement du quantum horaire en activité physique, etc)	10 jours	Mer 01/01/14	Mar 14/01/14	DSRSE/ DCMS	0
2.8.3	Créer les collèges santé (l'environnement alimentaire des écoles et collèges, renforcement des équipements sportifs)	5 jours	Mer 01/01/14	Mar 07/01/14	DSRSE/ DCMS	16 650 001
2.8.4	Organiser un plaidoyer à l'endroit des élus pour une restriction sur la publicité à outrance sur certains produits obésogènes	600 jours	Jeu 01/01/15	Mer 19/04/17	DSRSE/ DCMS	0
2.9	Lutter contre la toxicomanie, l'alcoolisme et le tabagisme des adolescent(e)s/jeunes	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
2.10	Améliorer l'environnement législatif et réglementaire de la SRAJ	522 jours	Mer 01/01/14	Jeu 31/12/15	DSRSE	29 917 718
2.10.1	Faire un plaidoyer auprès des parlementaires et autres responsables politiques afin de les amener à adopter les textes de loi et convention révisés ayant un impact sur la SRAJ	522 jours	Mer 01/01/14	Jeu 31/12/15	DSRSE	20 917 718
2.10.2	Réviser au besoin les textes de loi et conventions ayant un impact sur la SRAJ et les adapter aux conventions internationales ratifiées	60 jours	Mer 01/01/14	Mar 25/03/14	DSRSE	9 000 001
2.10.3	Elaborer les décrets d'application de la loi sur la SR	0 jour	Mer 31/12/14	Mer 31/12/14	DSRSE	0
2.10.4	Vulgariser la loi sur la SR et la loi sur le VIH et les décrets d'application y afférent	0 jour	Mer 31/12/14	Mer 31/12/14	DSRSE	0
2.11	Assurer la formation continue des acteurs de la SRAJ	0 jour	Mer 15/01/14	Mer 15/01/14	DSRSE	0
2.11.1	Harmoniser les curricula de formation sur la SRAJ	0 jour	Mer 15/01/14	Mer 15/01/14	DSRSE	0
2.11.2	Former tous acteurs qualifiés sur les normes de la SRAJ (médecins, infirmiers, sage femmes, travailleurs et assistants sociaux, psychologues, sociologues, sexologues, éducateurs spécialisés, nutritionnistes)	0 jour	Mer 15/01/14	Mer 15/01/14	DSRSE	0
2.11.3	Former tout le personnel communautaire sur les normes de la SRAJ (aides-ado/jeunes, pairs éducateurs, BajenuGox)	0 jour	Mer 15/01/14	Mer 15/01/14	DSRSE	0
2.11.4	Former le personnel de soutien des PPS sur l'accueil des adolescent(e)s/jeunes	0 jour	Mer 15/01/14	Mer 15/01/14	DSRSE	0
2.11.5	Former d'autres cibles sur les normes de SRAJ: personnel des CDEPS et CCA, enseignants et maîtres coraniques,	0 jour	Mer 15/01/14	Mer 15/01/14	DSRSE	0
2.11.6	Intégrer les questions de genre, droits humains et santé sexuelle dans les curricula de formation	0 jour	Mer 15/01/14	Mer 15/01/14	DSRSE	0

3	Développement de l'Offre de service selon les Standards	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	579 406 081
3.1	Reformuler l'offre de service en SRAJ:	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	21 907 041
3.1.1	Elaborer un manuel sur l'organisation et le fonctionnement des espaces ados/jeunes	3 jours	Lun 02/02/15	Mer 04/02/15	DSRSE	2 090 240
3.1.2	Imprimer et diffuser le manuel sur l'organisation et le fonctionnement des espaces ados/jeunes	1 jour	Jeu 05/02/15	Jeu 05/02/15	DSRSE	1 600 000
3.1.3	Réaliser une étude pour diversifier l'offre de service aux adolescent(e)s/jeunes, par la prise en compte des aspects psychologiques, sociaux, éducation nutritionnelle, supplémentation nutritionnelle, formations qualifiantes, AGR ...	30 jours	Mar 01/04/14	Lun 12/05/14	DSRSE	10 050 001
3.1.4	organiser un atelier pour développer des services adaptés aux adolescent(e)s /jeunes vulnérables: ados/jeunes en situation de handicap (handicap mentaux), toxicomanes, TS, adolescent(e)s /jeunes vivant avec le VIH,	3 jours	Mar 13/05/14	Jeu 15/05/14	DSRSE	8 166 800
3.1.5	Prendre en compte les données culturelles et religieuses du Sénégal dans la formulation de l'offre en SRAJ	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
3.1.6	Mettre en place l'offre de SRAJ dans les infirmeries de garnison, les infirmeries scolaires et les services de médecine préventive des universités	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
3.1.7	Assurer la disponibilité de kits jeunes (préservatifs, médicaments contre les IST et produits contraceptifs au besoin) dans les PPS	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	0
3.2	Améliorer l'orientation des adolescent(e)s /jeunes vers les services/structures de santé	26 jours	Lun 31/03/14	Lun 05/05/14	DSRSE	77 600 003
3.2.1	Confectionner des panneaux et des flèches d'orientation pour indiquer les PPS/SRAJ	1 jour	Lun 05/05/14	Lun 05/05/14	DSRSE	75 000 003
3.2.2	Confectionner des supports de vulgarisation de la SRAJ	1 jour	Lun 31/03/14	Lun 31/03/14	DSRSE	2 600 000
3.3	Développer l'offre de services de SRAJ dans les structures de santé	4 jours	Jeu 31/12/15	Mar 05/01/16	DSRSE	182 147 103
3.3.1	Aménager des espaces ados/jeunes adaptés dans les structures de santé,	1 jour	Jeu 31/12/15	Jeu 31/12/15	DSRSE	175 000 003
3.3.2	Organiser un atelier pour l'intégration d'une offre de service de SRAJ dans les stratégies avancées organisées dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de santé au niveau opérationnel	3 jours	Ven 01/01/16	Mar 05/01/16	DSRSE	7 147 100
3.4	Rendre disponible un personnel qualifié et compétent pour la prise en charge des problèmes de SRAJ	764 jours	Mer 01/01/14	Lun 05/12/16	DSRSE	280 500 335
3.5	Améliorer l'accès financier aux services de SRAJ	0 jour	Mer 31/12/14	Mer 31/12/14	DSRSE	0

<b>4</b>	<b>Suivi/évaluation et coordination des activités de SRAJ au Sénégal</b>	<b>1304 jours</b>	<b>Mer 01/01/14</b>	<b>Lun 31/12/18</b>	<b>DSRSE</b>	<b>214 175 794</b>
4.1	Suivi et évaluation	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	128 723 796
4.1.1	<b>Confectionner des Outils de gestion pour un meilleur suivi et évaluation des programmes de SRAJ:</b>	1 jour	Mer 01/01/14	Mer 01/01/14	DSRSE	0
4.1.2	Organiser un atelier pour l'adaptation des outils de gestion du SIG à la cible SRAJ	3 jours	Lun 10/03/14	Mer 12/03/14	DSRSE	3 864 800
4.1.3	<b>Superviser les sites SRAJ (niveau National)</b>	1287 jours	Mer 01/01/14	Jeu 06/12/18	DSRSE	30 755 998
4.1.4	<b>Superviser les sites SRAJ (niveau régional)</b>	1046 jours	Mer 01/01/14	Mer 03/01/18	DSRSE	9 660 000
4.1.5	<b>Superviser les sites SRAJ (niveau district)</b>	1304 jours	Mer 01/01/14	Lun 31/12/18	DSRSE	41 997 998
4.1.6	Réaliser l'évaluation de base du PSSRAJ (quantitatif et qualitatif)	60 jours	Mar 14/10/14	Lun 05/01/15	DSRSE	30 990 000
4.1.7	Réaliser l'évaluation finale du PSSRAJ	45 jours	Lun 01/10/18	Ven 30/11/18	DSRSE	11 455 000
4.2	<b>Coordination</b>	1241 jours	Mer 01/01/14	Mer 03/10/18	DSRSE	85 451 998
4.2.1	Publier et diffuser le PSSRAJ	20 jours	Lun 25/08/14	Ven 19/09/14	DSRSE	10 500 000
4.2.2	Equiper la Division SRAJ	1 jour	Mer 31/12/14	Mer 31/12/14	DSRSE	48 249 999
4.2.3	<b>Organiser une réunion de coordination trimestrielle de la SRAJ</b>	1241 jours	Mer 01/01/14	Mer 03/10/18	DSRSE	26 701 999

## 8.2. Budget par axe stratégique

Le budget est distribué ci-dessous aux 3 axes stratégiques du Plan, ainsi qu'à la fonction de Suivi & Évaluation et coordination, considérée ici comme un axe stratégique

Tableau 3 : Ventilation du budget par axe stratégique

Axe stratégique	Budget	Pourcentage
Communication&renforcement capacités	925 982 719 XOF	40%
Environnement favorable SRAJ	602 062 717 XOF	26%
Offre de service	579 406 081 XOF	25%
Suivi Evaluation/Coordination	214 175 794 XOF	9%
TOTAL	2 321 627 311 XOF	100%

L'axe stratégique qui consomme le plus de ressources est la communication et le renforcement des capacités (40%).

## 8.3. Cash Flow

Le cash Flow représente le flux de trésorerie annualisé, pour la mise en œuvre du PSSRAJ. Il est indiqué dans la figure ci-dessous :

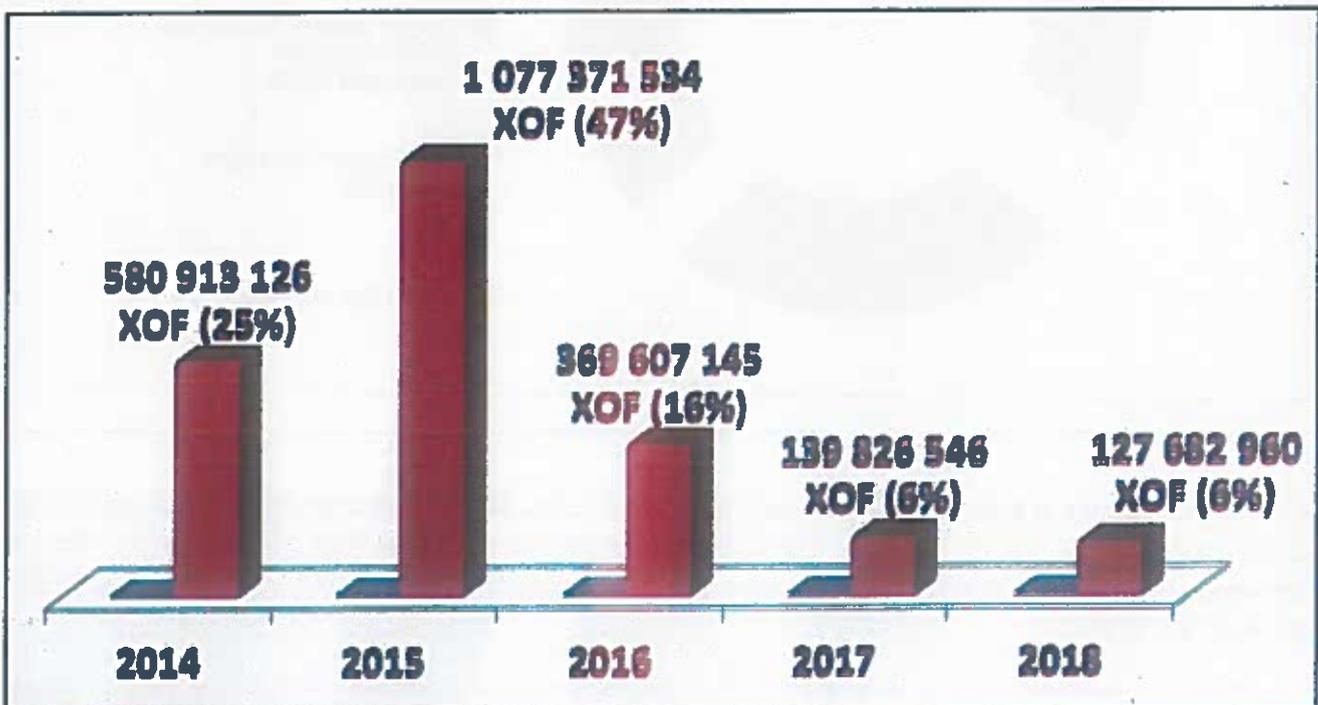


Figure 3 Cash Flow

La part la plus importante du budget sera consommée en 2015 (47%)

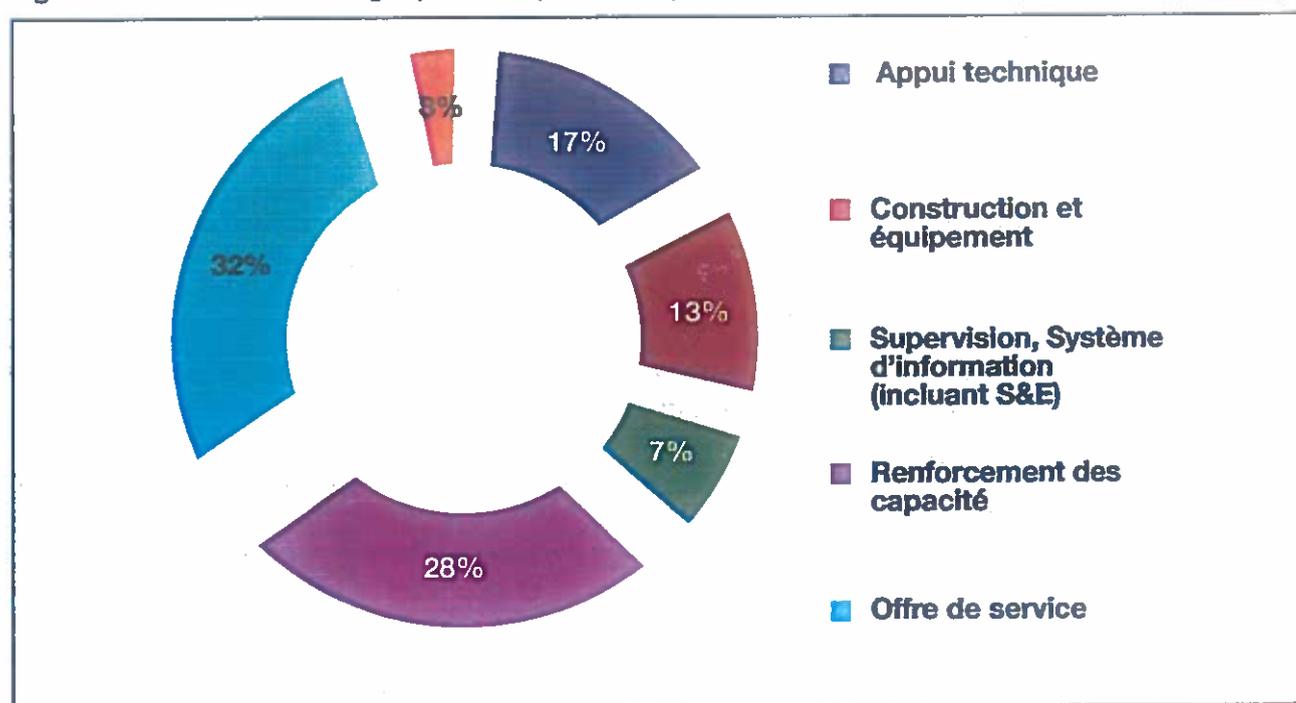
#### 8.4. Budget par rubriques

Le tableau ci-dessous montre la distribution du budget par rubrique : appui technique, constructions & équipements, supervision & systèmes d'information, renforcement des capacités, offre de service, recherche.

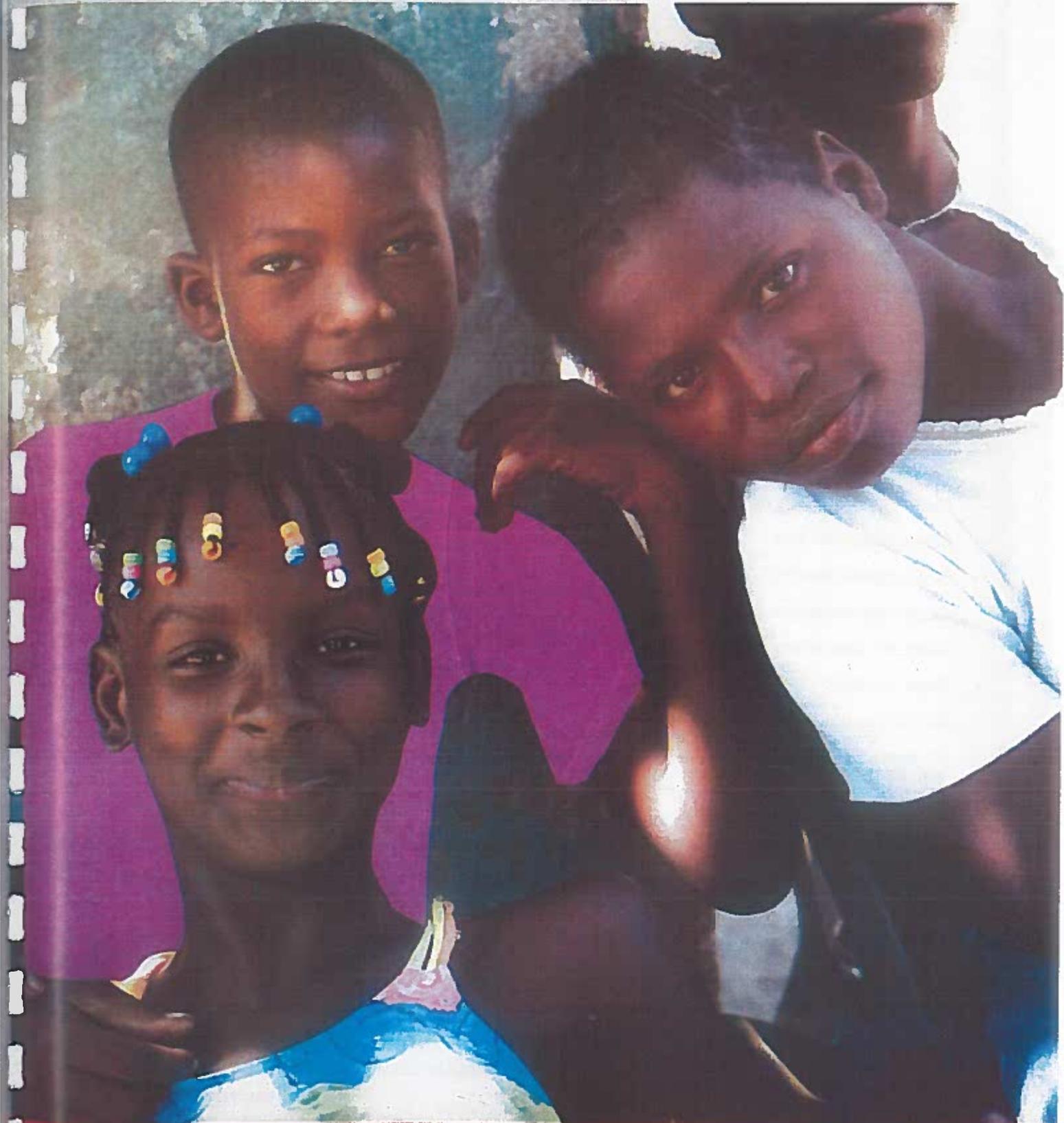
La rubrique « appui technique » comprend toutes les activités de soutien technique menées par le niveau central ou intermédiaire en vue de faciliter l'offre de service ou bien le renforcement des capacités: ateliers d'harmonisation, réunions de consensus, ateliers d'élaboration de manuels, organisation d'évènements spéciaux, etc.

La rubrique « supervision, systèmes d'informations » inclut le Suivi & Evaluation, ainsi que toutes les activités tournant autour de la gestion du système d'information, telles que l'élaboration et la validation des supports d'information de routine du SRAJ.

Figure 4 : Ventilation du budget par rubriques de dépenses



Comme indiqué sur la figure ci-dessous, la part la plus importante du budget est consommée par l'offre de service (741 296 301 XOF), suivie par le renforcement des capacités (658 301 529 XOF), l'appui technique (388 013 681 XOF), les constructions et équipements (298 250 005 XOF), et enfin la recherche (69 840 001 XOF).



ANNEXES

## ANNEXE 1 : PAQUET DE SERVICES MINIMUM

Les activités à mener sont essentiellement promotionnelles, préventives et curatives. Les services à offrir aux adolescent(e)s/jeunes sont les suivants :

- IEC/CCC incluant les activités de prévention et de promotion de comportements favorables à la santé
- Ecoute et counseling concernant les problèmes prioritaires de santé des adolescent(e)s/jeunes
- Prévention des IST/VIH
- Diagnostic et traitement des IST/VIH
- Contraception
- Vaccination
- Consultations prénatales recentrées y compris la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et le traitement préventif intermittent du paludisme
- Accouchements
- Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence
- Consultations postnatales
- Consultations médicales et/ou chirurgicales
- Counseling SR/ VIH
- Soins après avortement
- Dépistage volontaire anonyme et gratuit du VIH/sida
- Prise en charge des adolescent(e)s/jeunes vivant avec le VIH/sida
- Prise en charge des HSH
- Education nutritionnelle
- Prise en charge des troubles de l'alimentation
- Prise en charge des violences et abus sexuels
- Conseils d'hygiène individuelle
- Conseils sur les problèmes de l'adolescent(e)/jeune
- Informations sur les pratiques néfastes à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent(e)
- Informations sur les risques du tabagisme, les dangers de la toxicomanie et de l'alcoolisme, les droits et devoirs des adolescent(e)s et des jeunes
- Diagnostic et prise en charge des autres problèmes liés à la santé tels que la toxicomanie, les troubles mentaux, les traumatismes/accidents de la voie publique
- Prise en charge des maladies infectieuses et parasitaires
- Analyses de laboratoire
- Référence et contre Référence

## **ANNEXE 2 : INSTRUMENTS D'ENQUÊTE QUALITATIVE**

### **GUIDE D'ENTRETIEN POUR PARTENAIRES**

#### **1- Besoins des adolescent(e)s**

- Depuis quand votre structure s'intéresse-t-elle à la question des adolescents(e)s/jeunes ?
- Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à vous intéresser à cette catégorie de population ?
- Selon vous, quels sont les besoins des adolescents de façon générale dans la société actuelle ?
- On sait que la santé sexuelle et reproductive des adolescents(e)s/jeunes est très préoccupante autant pour les parents que pour les autorités, comment pourriez-vous définir leurs besoins dans ce domaine ? Aujourd'hui, quels sont les besoins des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive ?

#### **2- Réponses mises en place pour répondre aux besoins des adolescents(e)s/jeunes**

- Qu'est-ce qui a été fait sur ce plan pour répondre aux besoins des adolescents (e)s/jeunes ?
- Ces programmes et politiques dont vous avez parlé, ont-ils répondu aux attentes des adolescents(e)s/jeunes ? Ces moyens sont-ils suffisants et efficaces pour répondre aux besoins des adolescents (e)s/jeunes ?
- Pouvez-vous énumérer tous les lieux où les jeunes peuvent se rendre et toutes les personnes auxquelles ils peuvent s'adresser pour avoir des informations sur la sexualité, la santé de la reproduction la contraception et les IST ?
- Quelles ont été les enjeux, réussites et échecs des programmes ?

#### **3- Actions prioritaires à entreprendre**

- Selon vous quels sont les points dans la santé sexuelle et reproductive des adolescents (e)s/jeunes qui nécessitent une attention et des actions particulières ?
- Où doit-on mettre l'accent ?
- Où se trouvent les priorités en matière de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents(e)s/jeunes ? Citez les actions à mener pour chaque priorité.

#### **4- Vision par rapport au plan**

- Cet entretien va contribuer à la mise en place d'un plan stratégique pour la SRAJ, quelles sont vos attentes en tant que partenaire par rapport à ce plan ?
- Quels sont les points que le plan doit systématiquement aborder pour une meilleure prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des adolescents(e)s/jeunes ?

#### **5- Orientations du plan**

- Quelles sont les lignes directrices auxquelles vous pensez pour ce plan ?
- Pouvez-vous nous donner quelques orientations de ce plan par rapport à vos attentes, aux besoins des adolescent (e)s/jeunes et pour l'amélioration de ce qui existe déjà ?



Sujet	Questions de base
<b>Conditions socioéconomiques</b>	
<b>Situation socio économique des jeunes</b>	<p>A votre âge quelles sont les choses dont vous avez besoin sur le plan social et sur le plan économique?</p> <p>Comment font les jeunes de votre âge pour satisfaire leurs besoins ?</p> <p>Quels moyens avez-vous pour subvenir à vos besoins ?</p> <p>Comment faites-vous pour disposer d'argent ?</p> <p>Quelles sont les difficultés que rencontrent les jeunes pour satisfaire leurs besoins ?</p> <p>Quelles sont les difficultés que rencontrent les jeunes dans la vie en générale ?</p> <p>Quelles sont vos principales préoccupations, vos soucis ?</p> <p>Comment voyez-vous l'avenir ?</p> <p>Qu'est-ce qui vous plaît dans votre situation d'adolescent(e)s/ jeunes ?</p> <p>Qu'est-ce qui rend difficile le fait d'être un jeune de nos jours ?</p>
<b>Sources D'information</b>	
<p><b>Principales sources d'information</b></p> <p><b>Sources les plus importantes et utilisées le plus souvent</b></p>	<p>Que signifie pour vous l'expression "être en bonne santé"?</p> <p>Qu'entendez-vous par santé de la reproduction ? par sexualité ?</p> <p>Comment les jeunes de votre âge s'informent-ils habituellement sur les relations, sur la santé de la reproduction, sur la sexualité et sur la contraception ?</p> <p>Sur qui ou sur quoi les jeunes comptent-ils pour s'informer ?</p> <p>Les jeunes de votre âge parlent-ils ouvertement de la sexualité ou des sujets qui y sont liées ?</p> <p>Y a-t-il des personnes auxquelles les jeunes ne s'adressent pas ou n'aiment pas s'adresser ? pourquoi ?</p> <p>Qui sont ou quelles sont les sources d'information les plus importantes pour les jeunes ?</p> <p>Les sources d'information sont-elles les mêmes pour les jeunes des deux sexes ?</p> <p>Quelles sont les informations en matière de santé sexuelle et reproductive que vous souhaiteriez avoir ?</p>
<b>Parler de sexualité avec ses ami(e)s</b>	<p><b>Pour les filles :</b></p> <p>Les jeunes filles de votre âge parlent-elles de sexualité avec leurs ami(e)s ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plutôt avec des amis ou avec des amies ?</li> <li>- À deux ou en groupe ?</li> </ul> <p>Comment les filles en parlent-elles ?</p> <p>Pensez-vous que les garçons sont dans la même situation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les similitudes ?</li> <li>- Quelles sont les différences ?</li> </ul> <p>Pensez-vous que les garçons parlent de sexualité de la même manière que les filles ?</p> <p><b>Pour les garçons :</b></p> <p>Les garçons parlent-ils de sexualité avec leurs ami(e)s ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plutôt avec des amis ou avec des amies ?</li> <li>- À deux ou en groupe ?</li> </ul> <p>Comment les garçons en parlent-ils ?</p> <p>Pensez-vous que les filles sont dans la même situation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les similitudes ?</li> <li>- Quelles sont les différences ?</li> </ul> <p>Pensez-vous que les filles parlent de sexualité de la même manière que les garçons ?</p>
<b>Éducation sexuelle à l'école (si cet enseignement n'est pas dispensé)</b>	<p>Que pensez-vous de l'éducation sexuelle dispensée à l'école ?</p> <p>Est-elle utile ?</p> <p>Comment pourrait-on l'améliorer ?</p>

<b>enseignement est dispensé)</b>	
<b>Éducation sexuelle à l'école (si cet enseignement n'est pas dispensé)</b>	<p>Que pensez-vous de la possibilité pour des jeunes comme vous d'assister à l'école à des cours sur les relations, la sexualité et la contraception ?</p> <p>Trouvez-vous utile que des cours d'éducation sexuelle soient dispensés à l'école ?</p>
<b>TIC</b>	<p>Lorsque vous avez besoin d'une quelconque information où allez-vous la chercher ?</p> <p>Quelle place occupe les techniques de l'information et de la communication dans la vie des jeunes ?</p> <p>Avez-vous confiance à tout ce qui se dit ou s'écrit dans le net ?</p> <p>Parmi vous, qui a un compte facebook, twitter, skype, msn, ou autres réseaux sociaux ?</p> <p>Combien de fois consultez-vous vos comptes par semaine ?</p> <p>Qu'est-ce que vous pensez des TIC ? Est-ce que vous pensez que le net ou les médias ont une bonne influence sur vous ?</p> <p>Pensez-vous que les TIC sont les meilleurs moyens pour véhiculer des messages aux jeunes ?</p>
<b>Développement sexuel</b>	
<b>Différences entre hommes et femmes</b>	<p>Quelles sont selon vous les principales différences entre les garçons et les filles de votre âge ?</p> <p>Les garçons se comportent-ils de la même façon avec les filles qu'avec les garçons ?</p> <p>Les filles se comportent-elles de la même façon avec les garçons qu'avec les filles ?</p> <p>Les filles sont-elles traitées différemment des garçons ?</p> <p>Que pensez-vous des filles, en général ? Que pensez-vous des hommes, en général ?</p> <p>Les garçons de votre âge se comportent-ils comme ils le devraient, conformément à ce que l'on attend d'eux ?</p> <p>Les filles de votre âge se comportent-elles comme elles le devraient, conformément à ce que l'on attend d'elles ?</p>
<b>Début de l'activité sexuelle</b>	<p>Comment les jeunes choisissent-ils leurs partenaires ?</p> <p>Les rendez-vous amoureux sont-ils encouragés / déconseillés d'une manière ou d'une autre par quelqu'un qui joue de son influence ?</p> <p>Quelles sont les attentes des jeunes qui ont leurs premiers rendez-vous amoureux ? Nombre de partenaires, Fidélité</p> <p>- Mariage</p> <p>Habituellement à quel âge les garçons ont-ils leur premier rapport sexuel avec pénétration vaginale ?</p> <p>Les jeunes ont-ils des rapports sexuels avec pénétration anale ?</p> <p>Selon vous, à quel âge les jeunes ont-ils leurs premiers rapports sexuels ? Quelle est la personne avec qui ils ont leur premier rapport sexuel ? (un ami, un parent, votre époux, autre personne, un cousin, un tonton, inconnu (à déterminer)</p> <p>En général, est-il acceptable que les jeunes aient des relations sexuelles sans être mariés ?</p>
<b>Abstinence</b>	<p>Que pensez-vous de l'abstinence sexuelle ?</p> <p>L'abstinence est-elle encouragée ?</p> <p>Les jeunes de votre âge s'abstiennent-ils d'avoir des rapports sexuels ?</p> <p>Quelles sont les techniques / moyens que les adolescent(e)s/jeunes utilisent pour obtenir du plaisir sans avoir de rapports sexuels ?</p>
<b>Motifs des rapports</b>	<p>Selon vous, pourquoi les garçons ont-ils des rapports sexuels ?</p>

<b>sexuels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que pensez-vous que cela leur apporte ?</li> <li>- Que pensez-vous que cela signifie pour eux ?</li> <li>Selon vous, pourquoi les filles ont-elles des rapports sexuels ?</li> <li>- Que pensez-vous que cela leur apporte ?</li> <li>- Que pensez-vous que cela signifie pour elles ?</li> <li>Les jeunes ont-ils une expérience sexuelle autrement qu'en « sortant » avec quelqu'un ?</li> <li>- Comment ?</li> <li>- Avec qui ?</li> <li>- Dans quelle mesure ?</li> <li>- Que pensent les jeunes de l'homosexualité ?</li> <li>- Qu'en pensent les autres ?</li> </ul>
<b>Pressions</b>	<p>Selon vous, dans quelle mesure les jeunes de votre âge sont-ils incités à avoir des rapports sexuels ?</p> <p>Selon vous, dans quelle mesure les jeunes de votre âge sont-ils incités par leurs ami(e)s à avoir des rapports sexuels ?</p> <p>Les pressions subies par les garçons et les filles sont-elles différentes ?</p> <p>Selon vous, dans quelle mesure les hommes en général (ou les hommes plus âgés) incitent certaines filles de votre âge à avoir des rapports sexuels ?</p> <p>Selon vous, dans quelle mesure les femmes en général (ou les femmes plus âgées) incitent certains garçons de votre âge à avoir des rapports sexuels ?</p> <p>Arrive-t-il que les adolescent(e)s/ jeunes soient payés pour répondre aux désirs sexuels de quelqu'un? Pourquoi ?</p> <p>Arrive-t-il que les adolescent(e)s/ jeunes payent pour obtenir des faveurs sexuelles de quelqu'un? Pourquoi ?</p> <p>Les jeunes sont-ils capables d'éviter ces pressions ?</p>
<b>Violences sexuelles</b>	<p>Les adolescent(e)s/ jeunes sont-ils victimes d'attouchement ? Qui en est l'auteur ?</p> <p>Les relations sexuelles peuvent-ils survenir sous la contrainte ?</p> <p>Y a-t-il des jeunes qui ont des relations sexuelles forcées ?</p> <p>Entre les garçons et les filles qui sont le plus exposés à ce genre de situation ?</p> <p>Ces relations sexuelles forcées surviennent –elles le plus souvent dans la maison, à l'école ou en dehors de la maison ?</p>
<b>Mutilation Génitales féminines</b>	<p>Y a-t-il des adolescent(e)s/ jeunes qui ont été excisées qui vivent dans votre quartier ?</p> <p>Que pensez-vous de l'excision et des autres mutilations génitales féminines ?</p> <p>Quels sont les risques de cette pratique dans la santé des adolescent(e)s/ jeunes ?</p> <p>Pensez-vous que cela une pratique à continuer, à prôner ?</p>
<b>Prise de risque en matière de santé de la reproduction</b>	
<b>Prise de risque</b>	<p>Selon vous, dans quelle mesure les jeunes prennent-ils des risques en cas de rapport sexuel ?</p> <p>Les filles et les garçons prennent-ils les mêmes risques ?</p> <p>Selon vous, dans quelle mesure en sont-ils conscients ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourquoi prennent-ils ces risques ?</li> </ul> <p>Selon vous, dans quelle mesure le VIH/SIDA constitue-t-il un risque pour les jeunes de votre âge ?</p> <p>Les jeunes sont-ils plus peur de la grossesse que du VIH/SIDA et des autres IST ?</p> <p>Selon vous, les risques sont-ils perçus comme réels ?</p>
<b>Grossesses précoces et avortements à risques</b>	<p>Selon vous, pourquoi les adolescentes/jeunes tombent-elles enceinte ?</p> <p>Les adolescentes/jeunes pensent-ils à utiliser une contraception avant le premier rapport sexuel ou à partir du premier rapport sexuel ?</p> <p>Comment les gens réagissent-ils si une fille est enceinte / si un garçon fait un enfant ?</p> <p>Que pensez-vous de la parentalité précoce ?</p>

	<p>Si une fille tombe enceinte ou si un garçon enceinte une fille, quelles sont les solutions qui se présentent à eux ?          Que pensez-vous de l'avortement ?          Connaissez-vous des lieux, des produits ou des personnes qui peuvent aider à enlever une grossesse ?          Connaissez-vous des adolescentes/jeunes qui ont avorté ?          Qu'est-ce qui pousse les adolescentes/jeunes à l'avortement ?</p>
<b>Prévention des risques</b>	<p>Qui doit avoir la responsabilité de se protéger des risques lors des rapports sexuels ?          quelles sont les contraceptions que vous connaissez ?          Pensez-vous que ces méthodes sont faciles à utiliser ?          Quelle méthode contraceptive est la plus adaptée pour les adolescentes/jeunes de votre âge ? Pourquoi ?          Qui est responsable, en général, de la contraception et de la protection ?          Qu'est-ce qu'attendent les jeunes de votre âge de la contraception ? S'attendent-ils à ce qu'elle soit utilisée ?          Comment les jeunes abordent-ils la contraception avec leur partenaire ?</p>
<b>Préservatifs</b>	<p>Comment les jeunes considèrent-ils les rapports sexuels protégés ?          Que pensent les jeunes des préservatifs ?          - Quels en sont les avantages et les inconvénients ?          - Filles ou garçons devraient-ils en avoir sur eux ?          Où les jeunes des deux sexes obtiennent-ils généralement leurs préservatifs ?          Certains disent préférer ne pas avoir de rapports sexuels plutôt qu'utiliser un préservatif...          - Selon vous, qu'est-ce qu'en pensent les filles et les garçons ?          Les jeunes pensent-ils à utiliser le préservatif dès le premier rapport sexuel ?          Est-il facile d'imposer le préservatif lors du premier rapport sexuel ?          Selon vous, qu'est-ce qui inciterait les jeunes de votre âge à adopter des pratiques sexuelles « à moindre risque » ?</p>
<b>Services de santé sexuelle et reproductive</b>	
<b>Fréquentation des services sanitaires en général</b>	<p>Les jeunes ont-ils l'habitude de consulter dans une structure de santé ?          Que pensez-vous de la qualité des soins qui y sont dispensés ?          Pourquoi les garçons et les filles ont-ils généralement recours à ces services ?</p>
<b>Connaissance des services</b>	<p>Pouvez-vous énumérer tous les lieux où les adolescent(e)s/jeunes peuvent se rendre et toutes les personnes auxquelles ils peuvent s'adresser pour avoir des informations sur la santé de la reproduction et la sexualité, la contraception et les IST ?          Comment les garçons et les filles ont-ils généralement connaissance des services ?</p>
<b>Utilisation des services par les jeunes</b>	<p>Utilisez-vous ces services ?          Les garçons et les filles de votre âge fréquentent-ils les services locaux pour obtenir des conseils en matière de contraception et de santé sexuelle et reproductive ?          Pourquoi les garçons et les filles ont-ils généralement recours à ces services ?          Y a-t-il quelque chose qui pousserait les jeunes à ne pas y avoir recours ?</p>
<b>Type de services souhaités des adolescent(e)s/</b>	<p>Quelles sont, selon vous, les caractéristiques les plus importantes d'un service de santé sexuelle destiné aux jeunes ?          Comment concevez-vous un service de santé adapté aux</p>

<p><b>jeunes</b></p>	<p>adolescent(e)s/jeunes ? Accueil, horaires, ticket, emplacement, décoration, etc.          Quels sont les types de services que vous souhaiteriez avoir?          « Aimeriez-vous qu'on aménage pour vous dans les structures sanitaires une ou 2 salles où vous seront données toutes les informations et conseils dont vous aurez besoin ?          Si oui, de quoi aurez-vous besoin pour rendre cette salle très conviviale et attrayante? »          Les besoins des garçons et des filles en matière de santé sexuelle et reproductive sont-ils les mêmes ?          Qui devrait fournir les informations et les conseils ?          Selon vous, comment pourrait-on améliorer les services proposés dans votre localité ?          Quels sont selon vous les meilleurs moyens de faire la publicité et la promotion de ces services ?          Pouvez-vous citer 3 mots qu'il est crucial d'utiliser lorsqu'on veut faire la publicité et la promotion des services de santé sexuelle et reproductive destinés aux jeunes ?</p>
<p><b>Alimentation</b></p>	<p>Que signifie pour vous l'expression "une alimentation saine"?          Quels sont les lieux où les adolescent(e)s/ jeunes prennent leurs repas habituellement?          Les adolescent(e)s/ jeunes consomment-ils de la nourriture en dehors des repas?          Quels sont les aliments préférés des adolescent(e)s/ jeunes ?          Pour vous c'est quoi un bon repas ?          Qu'est-ce qu'une alimentation mal saine ?          Quelles sont les conséquences d'une alimentation mal saine chez les adolescent(e)s/ jeunes ?          Quelles sont les maladies causées par une alimentation mal saine ?          Les adolescent(e)s/ jeunes aiment-ils leur apparence, leur corps, leur forme ?          Pensez-vous que l'alimentation a une influence sur l'apparence ? La croissance ? Comment ?          Pensez-vous que l'alimentation a une relation avec le bien-être physique, psychologique et mentale ? Comment ?          L'apparence est-elle importante dans le choix de vos camarades ou de vos amis ?          Que pensez-vous de l'obésité ? Et des personnes obèses ?          Comment les adolescent(e)s/ jeunes obèses sont-ils considérés dans votre entourage ?          Selon vous pourquoi devient-on obèse ? Quelles sont les causes de l'obésité ?</p>
<p><b>Toxicomanie et Alcool</b></p>	<p>Selon vous, dans quelle mesure les jeunes de votre âge sont-ils incités à prendre de la drogue ?          Selon vous, dans quelle mesure les jeunes de votre âge sont-ils incités par leurs ami(e)s à prendre de la drogue ?          Arrive-t-il que les adolescent(e)s/ jeunes aient des rapports sexuels alors qu'ils étaient sous l'effet de la drogue ?          Selon vous, dans quelle mesure les jeunes de votre âge sont-ils incités à prendre de l'alcool ?          Selon vous, dans quelle mesure les jeunes de votre âge sont-ils incités par leurs ami(e)s à prendre de l'alcool ?          Arrive-t-il que les adolescent(e)s/ jeunes aient des rapports sexuels alors qu'ils étaient sous "effet de l'alcool ?</p>

## ANNEXE 3 : LISTE DES PARTICIPANTS

Le Plan Stratégique de Santé Sexuelle et de la Reproduction a été élaboré  
avec l'appui de collaborateurs :

Prénoms & Noms	Structure/Institution	Prénoms & Noms	Structure/Institution
Bara Ndiaye	AMREF	Adama Ndeye C. Mbengue	FAWE
Boury Thiam	ANIIDES	Abdoulaye Ka	GEEP
Soukeyna Ndao Diallo	AJS	Issa Wone	HELITE
Alioune Diouf	ASBEF	Marie Françoise Tine	HELITE / junior
Pape Momar Mbaye	ASBEF	Jeanne Diaw	HOGGY
Bassirou Samb	ASBEF/MAJ	Amadou Khoury Kébé	Intrahealth
Thierno Dieng	CEFOREP	Marième Ba Mady Dia	Intra Health
Amy Mbacké	CSC/DGS	Salimata Diouf Cissé	Marie Stopes International
Aminata Traoré Seck	DCMS	Sanou Gning	Marie Stopes International
Nafissatou Ndiaye Diakité	DEEG/MFFE	Aïda Tall Sall	MDG Centre/MP (MVP)
Marième Sarr Diaw	DLSI	Marie-Tall Diop	Médicos del Mundo
Oulimata Diop Fall	DLSI	Fatim Tall Thiam	OMS
Leïty Diop	District Dagana	Yayra Dabla	One world
Moussa Diop	District Kanel	Babacar Mané	Pop Council
Amina Sokhna	District Nioro	Boubacar BA	PPJ
Khadidiatou Diagne	DJASE	Ibrahima Samba Mboup	PPJ
Adjirratou sow Diallo	DSRSE	Sébastienia Diatta	PSSC/ CHILDFUND
Agnès Ndiaye	DSRSE	Oumou Khaïry Niang	PVM/Louga
Aïda Gadiaga	DSRSE	Babacar Dieye	RAES
Bocar Mamadou Daff	DSRSE	Céline Ba	RAES
Cheikh Bamba Diop	DSRSE	Djénébou Sy Fall	Région Médicale Tambacounda
Papa Chimère Diaw	DSRSE	Bineta Gueye	Région Médicale Thiès/ BASICS
Diourma Diouf Ndiaye	DSRSE	Ahmet Gueye	RESOPODEV
Julienne Sewa	DSRSE	Maïmouna Yade	RESOPODEV
Khady Sy	DSRSE	Amadou Diop	SNEIPS
Maguette Dia	DSRSE	Daour Wade	SNEIPS
Mansour Ndiath	DSRSE	Xavier Hospital	UNESCO
Marie-Jésus Buabey	DSRSE	Laty Ndoye	UNFPA
Sagar Gassama Ndiaye	DSRSE	El Hadj Amadou Mbow	USAID
Seyni Konté Diop	DSRSE		

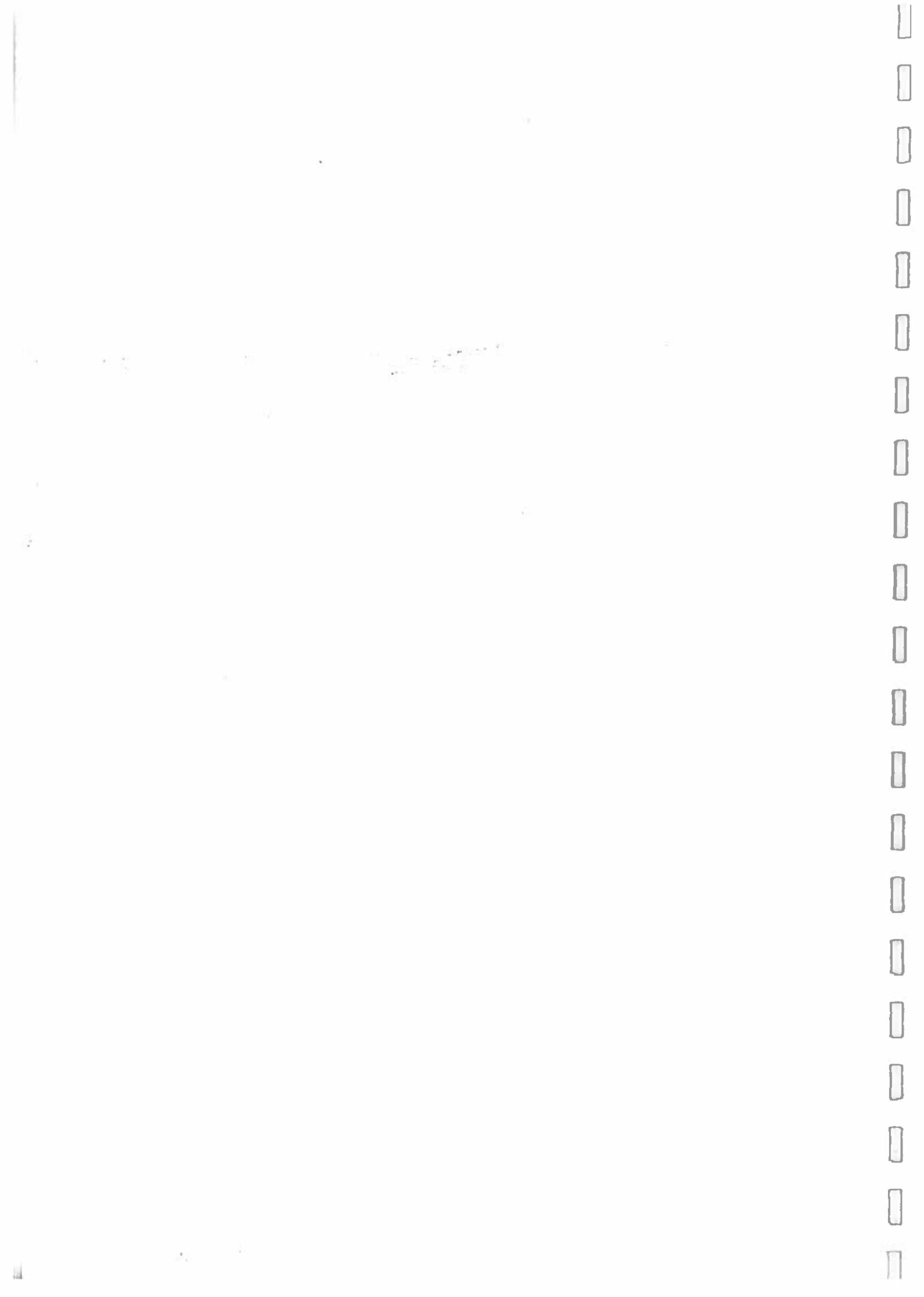
Qu'ils retrouvent ici nos remerciements les plus sincères.

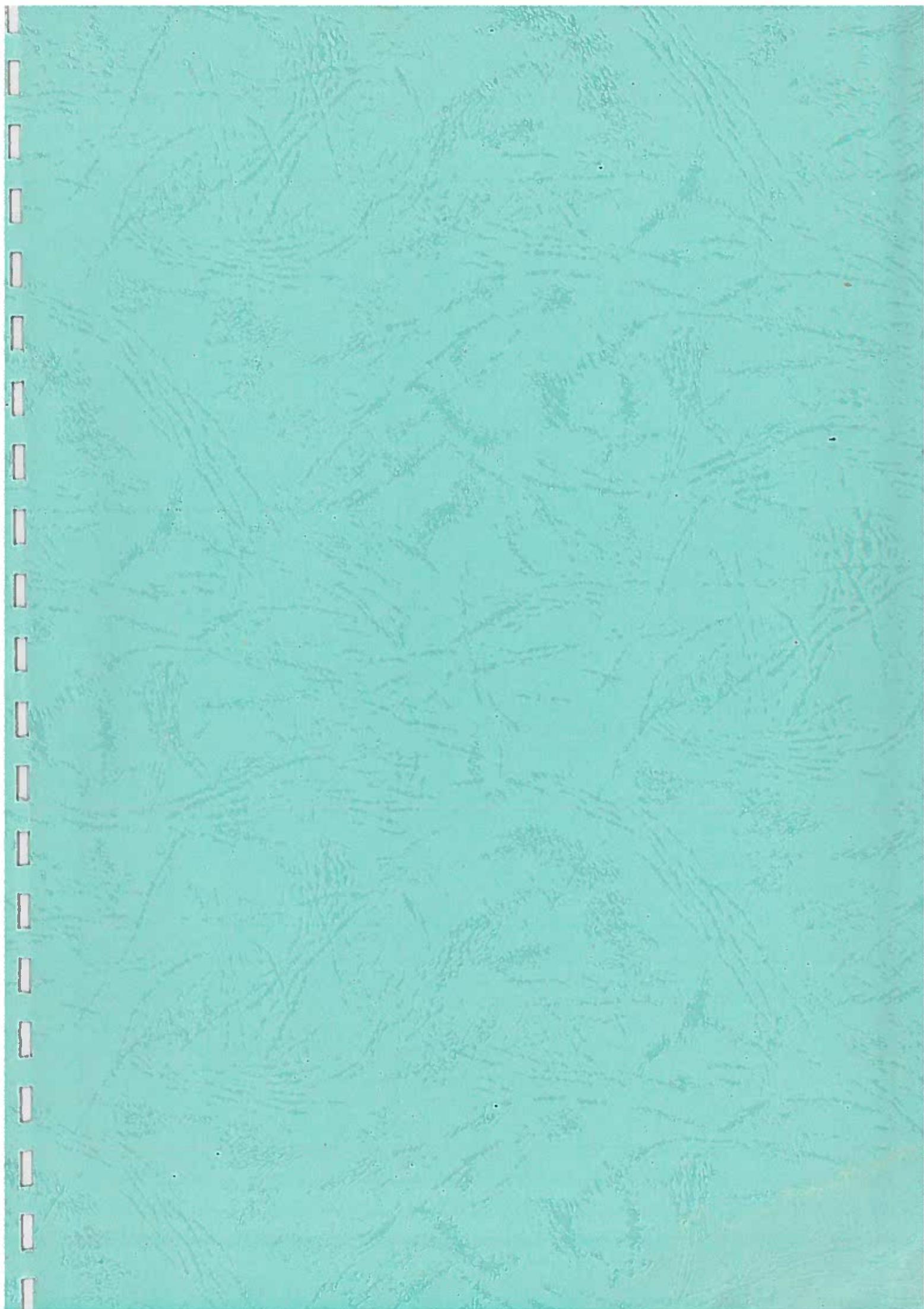
salamimpression@yahoo.fr/gmail.com - Tél. : 88 860 23 33 - DAKAR



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE









salaminpreston@yahoo.fr@gmail.com - Tél. : 88 660 29 33 - DAKAR