



**ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SANTE DES ADOLESCENTS  
ET JEUNES Y COMPRIS LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE  
DANS L'ESPACE CEDEAO**

# Rapport Final

**Février 2016**

©

Ce document est la propriété de l'OOAS.

Il a été réalisé sous le leadership de **Dr Xavier CRESPIN**, Directeur Général de l'OOAS et sous la supervision du Directeur du Département des Soins de Santé Primaires de l'OOAS, Dr Kofi BUSIA.

La coordination technique de tout le processus de l'analyse de la situation a été assurée par Dr M. Yves Armand MONGBO, Professionnel en Charge de la Santé de l'Enfant, de l'Adolescent, du Jeune et de la Personne Âgée.

## TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX .....	viii
LISTE DES GRAPHIQUES .....	xi
PREFACE .....	xii
REMERCIEMENTS .....	xiii
RESUME.....	xiv
SIGLES ET ABREVIATIONS .....	xvii
INTRODUCTION.....	1
0.1 APERÇU GENERAL.....	1
0.2 STRUCTURE DU RAPPORT.....	2
PREMIERE PARTIE : ..... CONTEXTE, PRESENTATION DE LA CEDEAO ET DE L'OOAS, ORGANISATION DE L'ANALYSE DE SITUATION ET CADRE CONCEPTUEL .....	3
1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ANALYSE DE SITUATION.....	3
1.2 PRESENTATION DE LA CEDEAO ET DE L'OOAS.....	4
1.2.1 Présentation de la CEDEAO .....	4
1.2.2 Présentation de l'OOAS .....	5
1.3 ORGANISATION DE L'ANALYSE DE SITUATION.....	5
1.3.1 Objectifs de l'analyse de situation.....	5
1.3.2 Méthode de réalisation de l'analyse de situation.....	5
1.4 CADRE CONCEPTUEL DE L'ANALYSE DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES	8
DEUXIEME PARTIE : .. RESULTATS DE LA REVUE DE LITTERATURE SUR LA SANTE DES ADOLESCENTS et JEUNES DANS L'ESPACE CEDEAO.....	11
2.1 CONCEPTS « ADOLESCENCE », « JEUNE » ET « JEUNESSE ».....	11
2.1.1 Définitions Adolescence, Jeune et Jeunesse.....	11
2.1.2 Difficultés de la définition des concepts « Adolescent », « Jeune » et « Jeunesse ».....	12
2.2 ETAT DE SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES DE L'ESPACE CEDEAO : MORTALITE, MORBIDITE ET DALY .....	13
2.2.1 Situation au plan Mondiale.....	13
2.2.1.1 Mortalité chez les adolescents .....	13
2.2.1.2 DALY chez les adolescents.....	17
2.2.2 Situation dans l'espace CEDEAO .....	19
2.2.2.1 Mortalité chez les adolescents et jeunes .....	19
2.2.2.2 Morbidité chez les adolescents et jeunes.....	21
2.3 ANALYSE DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES .....	25

2.3.1 Adolescence et Société : Perspective Anthropologique .....	26
2.3.2 Analyse des déterminants sociaux structurels de la santé des adolescents et jeunes.....	27
2.3.2.1 Héritage colonial, antécédents de conflits et antécédents de mouvements sociaux dans les pays de la CEDEAO .....	28
2.3.2.2 Démographie des Adolescents et Jeunes dans les pays de la CEDEAO .....	29
2.3.2.2 Contexte Economique et de Développement des pays de la CEDEAO .....	35
2.3.2.3 Performance du système de soins de santé des pays de la CEDEAO .....	38
2.3.2.4 Situation de l'Education dans les pays de la CEDEAO .....	43
2.3.2.5 Emploi et Vulnérabilité dans les pays de la CEDEAO .....	46
2.3.2.6 Environnement physique : Urbanisation, habitats et migration des jeunes .....	48
2.3.2.7 Contexte Culturel .....	49
2.3.2.8 Equité en santé (Inégalités en santé) et genre dans les pays de la CEDEAO .....	51
2.3.3 Analyse des déterminants sociaux primaires de la santé des adolescents et jeunes .....	53
2.3.3.1 Déterminants sociaux proximaux liés à l'environnement familial .....	53
2.3.3.2 Analyse des déterminants sociaux proximaux liés à l'environnement scolaire.....	56
2.3.3.3 Analyse des déterminants sociaux proximaux liés à l'adolescent et jeune.....	56
2.4 ANALYSE DES DETERMINANTS BIOLOGIQUES, PSYCHIQUES ET PSYCHOLOGIQUES ET TRANSITION SOCIALE : PERSPECTIVE PSYCHANALYTIQUE.....	56
2.5 ANALYSE DES CONNAISSANCES, COMPORTEMENTS ET MODE DE VIE DES ADOLESCENTS ET JEUNES .....	60
2.5.1 Sexualité et reproduction.....	60
2.5.1.1 Natalité et fécondité chez les adolescentes et jeunes.....	60
2.5.1.2 Pratiques des rapports sexuels.....	61
2.5.1.3 Planification familiale .....	64
2.5.2 Connaissance et pratique en matière du VIH et des infections sexuellement transmissibles.....	68
2.5.2.1 Connaissance sur le VIH/SIDA, des moyens de prévention et de Transmission .....	68
2.5.2.2 Connaissance « approfondie » du VIH/sida et connaissance d'un endroit où se procurer un condom.....	69
2.5.3 Les facteurs de risque des violences, accidents de la route, maladies non transmissibles chez les adolescents et jeunes .....	70
2.5.3.1 Consommation de tabac .....	71
2.5.3.2 Consommation nocive d'alcool.....	71
2.5.3.3 Mauvaises alimentations et sédentarité .....	72
2.6 PRATIQUES TRADITIONNELLES NEFASTES A LA SANTE DES ADOLESCENT(E)S ET JEUNES .....	72
2.6.1 Mariages précoces .....	73

2.6.2 Mutilations génitales féminines / excisions (MGF/E).....	73
2.7 ACCES DES ADOLESCENTS ET JEUNES A LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATIONS ET RESEAUX SOCIAUX .....	74
2.7.1 Exposition des jeunes aux médias (la presse audiovisuelle ou écrite).....	75
2.7.2 Accès à la Téléphones mobile .....	79
2.7.3 Accès à l'internet et aux réseaux sociaux (Facebook).....	81
TROISIEME PARTIE : ..... RESULTATS DE L'ANALYSE DANS CINQ PAYS DE L'ESPACE CEDEAO.....	83
3.1 RESULTATS DE L'ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES DES DIRECTIONS OU DIVISIONS DE SANTE REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES (SRAJ) DES PAYS.....	83
3.1.1 Définitions adoptées par les pays .....	83
3.1.2 Existence de partenaires stratégiques et ou opérationnels de la santé des adolescents et jeunes	84
3.1.3 Structure de gestion et mécanisme de coordination .....	84
3.1.4 Leadership national, mobilisation des ressources et plaidoyer.....	86
3.1.4.1 Existence d'un leadership national pour la Santé des Adolescents et Jeunes.....	86
3.1.4.2 Plaidoyer et mobilisation des ressources .....	87
3.1.5 Mesures juridiques .....	87
3.1.6 Politiques, stratégies et directives pour la sante des adolescents et jeunes .....	87
3.1.6.1 Réalisation d'une analyse de situation nationale de la santé des adolescents et jeunes .....	87
3.1.6.2 Place de la santé des adolescents et jeunes dans les politiques/stratégies du pays .....	88
3.1.6.3 Disponibilité de stratégies spécifiques pour la santé des adolescents et jeunes .....	89
3.1.6.4 Disponibilité des standards nationaux pour l'offre des services aux adolescents et jeunes .....	90
3.1.7 Interventions et offre de services aux adolescents et jeunes.....	91
3.1.7.1 Disponibilité des services pour les adolescents et jeunes.....	91
3.1.7.2 Disponibilité des structures de conseils et écoute/services par les adolescents et jeunes.....	92
3.1.7.3 Offre de services aux les adolescentes et jeunes filles .....	93
3.1.7.4 Utilisation des services par les adolescents et jeunes .....	94
3.1.8 Santé scolaire.....	95
3.1.9 Financement .....	96
3.1.10 Système d'information sanitaire.....	96
3.1.11 Recherche, monitoring et évaluation.....	96
3.2 OPINIONS DES ACTEURS DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES .....	97
3.2.1 Opinions des partenaires stratégiques et ou opérationnels .....	98
3.2.1.1 Problèmes de santé, comportements à risque chez Les adolescents et jeunes et les facteurs déterminants .....	99

3.2.1.2 Stratégies utilisées .....	100
3.2.1.3 Coordination de la santé des adolescents et jeunes dans le pays .....	101
3.2.1.4 Principales forces et faiblesses de l'organisation et de la mise œuvre des activités de la santé des adolescents et jeunes dans ce pays .....	102
3.2.1.5 Suggestions de stratégies pour améliorer la santé des adolescents et jeunes.....	103
3.2.2 Opinion des responsables de centres adolescents et jeunes.....	104
3.2.2.1 Caractéristiques des centres et des adolescents et jeunes utilisateurs.....	104
3.2.2.2 Services offerts .....	105
3.2.2.3 Horaire d'ouverture .....	106
3.2.2.4 Stratégies utilisées .....	107
3.2.2.5 Difficultés/défis rencontrés .....	107
3.2.2.6 Statistiques d'activités du centre .....	108
3.2.2.7 Suggestions de stratégies pour améliorer l'offre des services de santé .....	108
3.2.3 Opinions et perspectives des adolescents et jeunes .....	109
3.2.3.1 Problèmes de santé et comportements à risque sanitaire observés chez les adolescents et jeunes et déterminants .....	109
3.2.3.2 Recours en cas de problèmes de santé.....	110
3.2.3.3 Besoins sanitaires des adolescents et jeunes.....	111
3.2.3.4 Sources d'information, Réseaux sociaux sur la santé des adolescents et jeunes.....	111
3.2.3.5 Suggestions de stratégies pour améliorer la santé des adolescents et jeunes dans votre pays.....	111
3.2.4 Opinions des parents d'adolescents et jeunes.....	112
3.3 REVUE DES DOCUMENTS NATIONAUX DE REFERENCE ET OBSERVATIONS DANS LES CENTRES JEUNES.....	114
3.3.1 Revue des documents nationaux .....	114
3.3.2 Quelques observations faites dans les centres jeunes visités.....	115
QUATRIEME PARTIE : SYNTHESE .....	116
4.1 ETAT DE MORTALITE, MORBIDITE ET DALY DES ADOLESCENTS ET JEUNES .....	116
4.2 ETAT DES DETERMINANTS SOCIAUX STRUCTURELS.....	117
4.3 ETAT DES DETERMINANTS SOCIAUX PROXIMAUX .....	121
4.4 CONNAISSANCES, COMPORTEMENTS ET MODE DE VIE DES ADOLESCENTS ET JEUNES .....	122
4.5 ACCES ET UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION ET RESEAUX SOCIAUX .....	123
4.6 REPOSE DES PAYS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES .....	123
4.6.1 Réponse des pays : efforts des Ministères de la Santé .....	123

4.6.2 Réponse des pays : opinions des partenaires stratégiques et ou opérationnels.....	126
4.6.3 Réponse des pays : opinions des responsables des centres jeunes .....	127
4.6.4 Réponse des pays : opinions des parents .....	127
4.6.5 Réponse des pays : opinions des jeunes .....	127
CONCLUSIONS GENERALES.....	130
5.1 POINTS SAILLANTS DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES DE L'ESPACE CEDEAO.....	130
5.2 PRINCIPAUX DEFIS DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES DE L'ESPACE CEDEAO.....	131
REFERENCES.....	133
ANNEXES .....	a

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 : Liste des 15 PAYS MEMBRES DE LA CEDEAO .....	4
Tableau 1.2: Catégories d’acteurs ou structures rencontrés lors des visites dans les Pays.....	7
Tableau 1.3 : Outils de collecte de données .....	7
Tableau 2.1 : Définitions des concepts adolescent, jeune et jeunesse .....	12
Tableau 2.2 : Taux de mortalité chez les adolescents âgés de 10-19 ans dans les Régions de l’OMS (pour toutes les causes) Année 2012 (pour 100 000 adolescents de 10-19 ans).....	14
Tableau 2.3 : Caractéristiques de la mortalité chez les adolescents dans les régions de l’OMS .....	16
Tableau 2.4 : Taux de DALY dans les Régions de l’OMS en 2012.....	17
Tableau 2.5 : Caractéristiques des DALY dans les régions de l’OMS.....	19
Tableau 2.6 : Incidence et mortalité due à l’avortement à risque en Afrique sub-Saharienne en 2008	20
Tableau 2.7 : Estimation du nombre de décès dus au SIDA et du taux de décès dus aux accidents de la route pour 100000 habitants .....	21
Tableau 2.8 Prévalence déclarée des infections sexuellement transmissibles (IST) et symptômes déclarés d'IST parmi les femmes et les hommes de 15-24 ans.....	22
Tableau 2.9 : Prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans dans l’Espace CEDEAO .....	23
Tableau 2.10 : État nutritionnel des adolescentes de 15-19 ans, pays CEDEAO.....	24
Tableau 2.11 : Anémie selon le niveau d'hémoglobine : .....	24
Pourcentage des adolescentes de 15-19 ans anémiques .....	25
Tableau 2.12 : Héritage colonial, antécédents de conflits sociaux dans les pays de la CEDEAO .....	29
Tableau 2.13 : Caractéristiques démographique des adolescents et Jeunes dans les 15 pays de la CEDEAO.....	30
Tableau 2.14 : Proportion des adolescents et jeunes dans les pays de la CEDEAO par tranche d’âge de 5 ans.....	31
Tableau 2.15 : Proportion des adolescents et jeunes de 10-24 ans dans les pays de la CEDEAO par sexe.....	32
Tableau 2.16 : Evolution de la population totale des adolescents et jeunes de 10-24 ans dans l'espace CEDEAO de 1950 à 2050 .....	35
Tableau 2.17 : Paramètres économiques et de développement des pays de la CEDEAO.....	37
Tableau 2.18 : Pauvreté de revenu et pauvreté multidimensionnelle*** .....	37
Tableau 2.19 : Indicateur de l’état de santé des populations de l’espace CEDEAO .....	39
Tableau 2.20 : Accès et Qualité des soins de santé .....	40
Tableau 2.21 : Effectifs totaux des personnels de santé, en fonction de leur densité dans les Régions de l’OMS .....	41
Tableau 2.22 : Densité de personnel de santé (pour 10 000 habitants) .....	42



Tableau 2.23 : Dépenses de santé dans les pays de l'espace CEDEAO (2012) .....	43
Tableau 2.24 : Education Pays CEDEAO .....	45
Tableau 2.25 : Emploi et Vulnérabilité des jeunes dans l'Espace CEDEAO .....	48
Tableau 2.26 : Pourcentage de la population résidant en zone urbaine.....	49
Tableau 2.27: Répartition (en %) des ménages par sexe du chef de ménage et la pratique de la polygamie .....	56
Tableau 2.28 : Natalité et fécondité des adolescentes et jeunes dans les pays de la CEDEAO .....	61
Tableau 2.29 Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans. ....	62
Tableau 2.30 : Rapports sexuels pré-nuptiaux et utilisation du condom au cours des rapports sexuels pré-nuptiaux parmi les jeunes femmes et les hommes célibataires de 15-24 ans .....	63
Tableau 2.31 : Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois parmi les jeunes (15-24ans) .....	64
Tableau 2.32 : Connaissance des méthodes contraceptives par les enquêtés actuellement en union....	65
Tableau 2.33 : Prévalence contraceptive actuelle : Répartition (en %) des femmes de 15-19 ans, par méthode contraceptive actuellement utilisée.....	66
Tableau 2.34 : Répartition (en %) des femmes de 15-19 ans actuellement en union par méthode contraceptive actuellement Utilisée.....	67
Tableau 2.35: Répartition (en %) des femmes de 15-24 ans qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode contraceptive actuellement utilisée.....	68
Tableau 2.36: Connaissance du VIH/SIDA, des moyens de prévention et de Transmission (15-24 ans) .....	69
Tableau 2.37 : Connaissance « approfondie » du VIH/sida et connaissance d'un endroit où se procurer un condom (15-24 ans).....	70
Tableau 2.38 : Filles de 15 à 19 ans mariées dans les pays de l'espace CEDEAO en 2010 .....	73
Tableau 2.39 : Mutilations génitales féminines.....	74
Tableau 2.40 : Exposition aux médias: Femmes : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio, au moins, une fois par semaine (Adolescents et jeunes de 15-19 ans et 20-24 ans),.....	77
Tableau 2.41 : Exposition aux médias: Hommes : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio, au moins, une fois par semaine (Adolescents et jeunes de 15-19 ans et 20-24 ans),.....	79
Tableau 2.42: Accès aux téléphones mobiles dans les pays de l'espace CEDEAO (2010) .....	81
Tableau : 2.43 : Utilisateurs d'internet dans les pays de la CEDEAO .....	82
Tableau 3.1 : Définition des concepts Adolescent, jeune et jeunesse selon les pays. ....	83
Tableau 3.2 : Existence de partenaires stratégiques/Opérationnels soutenant les interventions de santé des adolescents et jeunes .....	84

Tableau 3.3 : Principaux problèmes de santé où les adolescents et jeunes sont cités comme groupes cibles.....	88
Tableau 3.4 : Disponibilité de stratégies spécifiques pour la santé des adolescents et jeunes .....	90
Tableau 3.5 : Prise en compte des principaux problèmes de santé des adolescents et jeunes par les standards.....	91
Tableau 3.6 : Disponibilité des interventions contre les principaux problèmes de santé.....	92
Tableau 3.7 : Disponibilité des structures de conseils et d'écoute/services par les adolescents et jeunes .....	93
Tableau 3.8 : Offre des services aux adolescentes et jeunes filles .....	94
Tableau 3.9 : Données sur l'utilisation des services par les adolescents et jeunes.....	95
Tableau 3.10 : Financement de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant .....	96
Tableau 3.11 : Recherche, monitoring et évaluation.....	96
Tableau 3.12 Acteurs de la santé des adolescents et jeunes rencontrés.....	98
Tableau 3.13 : Problèmes de santé selon les partenaires stratégiques et ou opérationnels.....	100
Tableau 3.14 : Stratégies utilisées .....	101
Tableau 3.15 : Coordination de la SAJ dans les pays.....	102
Tableau 3.16 : Principales forces et faiblesses de la santé des adolescents et jeunes dans les pays....	103
Tableau 3.17 : Caractéristiques des centres et des adolescents et jeunes utilisateurs.....	105
Tableau 3.18 : Services offerts par les centres de jeunes .....	106
Tableau 3.19 : Horaire d'ouverture .....	107
Tableau 3.20 : Stratégies utilisées .....	107
Tableau 3.21 : Difficultés rencontrées.....	107
Tableau 3.22 : Suggestions pour améliorer l'offre des services.....	108
Tableau 3.23 : Problèmes de santé .....	110
Tableau 3.24: Recours en cas de problèmes de santé.....	111
Tableau 3.26 : Problèmes de santé et comportements à risque sanitaire observés chez les adolescents et jeunes et déterminants .....	113
Tableau 3.26 : Documents élaborés par les pays pour la santé des adolescents et jeunes.....	115
Tableau 4.1: Récapitulatifs des Atouts, Faiblesses, Opportunités et Menaces.....	128
Tableau 4.1: Récapitulatifs des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (Suite et fin).....	129

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 01 : Répartition de la proportion des jeunes âgés de 10-24 ans par pays .....	2
Graphique 1.2 : Cadre Conceptuel Analyse situationnelle de la Santé des Adolescents et Jeunes – Espace CEDEAO ( <i>Adapté du Lancet 2012, Séries Santé de l'Adolescent [2]</i> ) .....	10
Graphique 2.1: Les 10 premières causes de décès chez les adolescents, par sexe .....	15
Graphique 2.2 : Les 10 premières causes de DALY chez les adolescents, par sexe .....	18
Graphique 2.3 : Proportion des adolescents et jeunes de 10-24 ans dans les pays de la CEDEAO par sexe.....	33
Graphique 2.4: Evolution de la proportion des populations de l'Afrique âges de 15–24 ans de 1950–2050.....	34
Graphique 2.5 : Fréquentation scolaire des jeunes de 12 à 24 ans. ....	46
Graphique 2.6 : Croissance du nombre de connexions mobiles, en %, 2000–2012.....	80

## **PREFACE**

Créée le 28 mai 1975 et constituant l'une des cinq Communautés Economiques Régionales Africaines, la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) est un espace géographique qui s'étend sur environ 5 079 400 km<sup>2</sup>. Elle regroupe quinze (15) Etats membres à savoir : Bénin, Burkina Faso, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Léone et Togo.

En 2014, la population de la CEDEAO est estimée à environ trois cent trente-cinq millions (335 000 000) d'habitants et croît à un taux annuel moyen de 2,7%, un des plus élevés du monde. Plus du tiers de cette population constitue la tranche d'âge des jeunes de 10 à 24 ans, ce qui amène à environ 100 millions le nombre de jeunes l'espace CEDEAO. Avec le fort taux de croissance démographique et selon les projections les plus sérieuses, le nombre de jeunes atteindra les 200 millions à l'horizon 2050 en Afrique de l'Ouest.

Ce nombre impressionnant d'adolescents et de jeunes peut constituer une véritable opportunité de développement socio-économique si des politiques et des programmes conséquents de développement sont élaborés en tenant compte des problèmes et besoins spécifiques, y compris ceux de la santé, de cette tranche d'âge. Dans le cas contraire, au lieu d'avoir un réel dividende démographique, on pourrait assister à un vrai désastre.

C'est pourquoi, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) qui est l'unique Institution spécialisée de la CEDEAO en matière de santé, a entrepris, dans le cadre de sa mission et au regard de l'urgente attention que requiert la santé des adolescents et jeunes (y compris la santé sexuelle et reproductive \_ SAJ/SSR), le développement de ce Guide à l'attention des pays afin que ces derniers puissent s'en inspirer pour élaborer ou mettre à jour leurs documents nationaux de la SAJ/SSR qui soient basés sur des stratégies ayant fait leur preuve grâce à des services de santé efficaces intégrés et adaptés. Il importe de préciser que le Plan Stratégique 2016-2020 de l'OOAS adopté par la 48<sup>ème</sup> Conférence des Chefs d'Etat de la CEDEAO de décembre 2015 comporte 13 programmes prioritaires dont celui de l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, du jeune et de la personne âgée.

Les résultats de cette analyse de situation vont fortement nourrir l'élaboration du Guide qui pourra combler un vide en mettant à la disposition des pays un outil pratique pour l'élaboration ou la mise à jour des documents nationaux en SAJ/SSR.

L'OOAS espère que les lecteurs trouveront dans ce document des éléments qui leur permettent d'apprécier la situation de la SAJ/SSR dans les pays de la CEDEAO pour les besoins de prise de décision et d'actions appropriées. Elle est ouverte à toute contribution dans le sens d'améliorer le contenu du document.

Je vous remercie

Dr Xavier CRESPI  
DG OOAS

## **REMERCIEMENTS**

L'élaboration de ce rapport d'analyse situationnelle de la santé des adolescents et jeunes de l'espace de la CEDEAO a été commanditée par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) dans le cadre du développement d'un Guide d'orientation à l'attention des pays.

L'analyse de la situation des adolescents et jeunes de l'espace de la CEDEAO a connu trois phases, à savoir, la phase préparatoire, une revue documentaire appuyée d'une visite de terrain dans 5 pays ciblés et la validation du rapport d'analyse de la situation.

Cette analyse de la situation a été faite avec le concours d'une consultation externe et l'appui d'un comité de pilotage. Sa réalisation a été possible grâce à la contribution des représentants et des partenaires techniques et financiers des différents ministères clés des pays de la CEDEAO. Aussi, l'OOAS voudrait-elle à travers ces lignes témoigner sa reconnaissance à toutes ces personnes et saluer en particulier la bienveillante attention des ministres de la Santé et la bonne coopération des points focaux de l'OOAS et des responsables des programmes de santé de la reproduction (SR) des pays visités lors de l'analyse de la situation.

L'OOAS remercie particulièrement USAID West Africa pour son appui financier et sa constante sollicitude, MSH pour son appui technique à travers le Projet LMG et Katie CHAU, Conseillère Principale Jeunes de Evidence to Action (E2A) pour ses conseils très avisés dans le cadre de la réalisation de ce travail.

L'OOAS espère que les pays, leurs partenaires et les lecteurs trouveront dans ce document des éléments qui leur permettent d'avoir des politiques et stratégies nationales de services de santé intégrés adaptés aux adolescents et jeunes de l'espace de la CEDEAO, et mettre en place des interventions pertinentes en faveur des adolescents et jeunes de la région.

Dr Xavier CRESPI  
DG OOAS

## **RESUME**

L'OOAS s'est proposé, en collaboration avec l'ensemble des partenaires clés de la Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et Jeunes de la région, de développer et de mettre à la disposition des pays un guide d'orientation pour l'élaboration des stratégies nationales pour l'offre de services de santé intégrés adaptés aux adolescents et jeunes des pays membres de l'espace de la CEDEAO. C'est dans le but de développer un guide d'orientation réaliste que cette analyse de situation préalable a été réalisée.

L'objectif principal de ce travail a été de réaliser une analyse de la situation de la santé des adolescents et jeunes dans l'Espace CEDEAO dont les résultats serviront à développer un guide d'orientation pour l'élaboration des stratégies nationales pour l'offre de services de santé intégrés adaptés aux adolescents et jeunes.

La réalisation de l'analyse de situation a comporté trois étapes : 1) Préparation de la mission, 2) Revue documentaire et 3) Analyse situationnelle plus approfondie dans cinq pays de la CEDEAO à savoir : le Bénin, le Cap-Vert, le Nigéria, le Sénégal, et la Sierra-Léone. Ces cinq pays ont été choisis sur la base de leur niveau de performance en matière des stratégies nationales de SRAJ, du poids démographique, de la position géographique du pays et des trois langues parlées dans l'espace CEDEAO.

### **Les principaux points saillants relevés par l'analyse ont été :**

Les indicateurs classiques de l'état de santé de la population des adolescents et jeunes de l'espace CEDEAO, à savoir la mortalité, la morbidité et le DALY, se situent à un niveau préoccupant.

La plupart des déterminants sociaux structurels de la santé, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les adolescents et jeunes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent dans l'espace CEDEAO, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, sont loin d'être optimum. Cependant, ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, national et local. Elles peuvent être améliorées à l'aide d'une véritable volonté politique et une meilleure justice sociale. En effet, l'ampleur de la démographie actuelle des adolescents et jeunes peut constituer un dividende pour les pays. Les déterminants spécifiquement examinés dans ce rapport sont : la démographie, l'économie, le système de santé, l'éducation, l'emploi, la culture et l'équité en santé.

Les déterminants sociaux proximaux, c'est à dire les circonstances de la vie quotidienne qui influencent plus directement les attitudes et les comportements d'une personne, exercent à l'heure actuelle une grande menace sur la santé des adolescents et jeunes. Cependant, ces menaces peuvent être amoindries et même transformées en des opportunités de promotion et d'amélioration de la santé des adolescents et jeunes. Les approches pairs-éducateurs et centres conseils des adolescents et jeunes bien que fascinants pour les pays et abondamment déployés par les ONG en particulier ont montré leurs limites. Les déterminants sociaux proximaux spécifiquement examinés dans ce rapport sont : la famille et le milieu scolaire.

Les connaissances, les comportements et le mode de vie des adolescents et jeunes des pays de l'espace CEDEAO, constituent à l'heure actuelle des menaces pour la santé des adolescents et jeunes. En effet, cette analyse a révélé que la plupart des adolescents et jeunes des pays de

l'espace CEDEAO souffrent d'un manque crucial d'information saine, et adoptent des comportements et mode de vie néfaste à une bonne santé (rapports sexuels non protégés, sédentarité, consommation d'alcool, de tabac et drogues, une mauvaise alimentation et surtout une addiction au TIC. Ces comportement et modes de vie font le lit à une épidémie des maladies non transmissibles dans les années à venir.

Bien encore peu performant, les Ministères de la Santé avec leurs partenaires stratégiques et opérationnels ont mis en place une réponse qui ira en s'améliorant au fil des années. En effet dans la plupart des pays il existe un véritable partenariat pour la santé des adolescents et jeunes, avec un mécanisme de coordination plus ou moins fonctionnel. On note un leadership national au plus haut niveau avec des mesures juridiques en faveur des adolescents et jeunes, des plaidoyers et des efforts de mobilisation des ressources pour la santé adolescents et jeunes. Les pays ont mis en place des politiques, stratégies et directives pour la santé des adolescents et jeunes avec des Interventions et offre de services plus ou moins conviviaux. La disponibilité des données surtout des données désagrégées par âge et sexe constitue encore une faiblesse dans l'espace CEDEAO. Le financement de la santé des adolescents et jeunes reste à être amélioré.

Les principales forces relevées par les partenaires stratégiques et ou opérationnels dans la plupart des pays sont : l'existence d'un cadre de concertation ou de coordination, la disponibilité d'un grand nombre d'acteurs, la disponibilité des documents stratégiques et l'existence des centres de jeunes. Les faiblesses relevées par les partenaires sont similaires dans l'ensemble des pays : faible coordination des acteurs, non disponibilité ou insuffisance de prestataires formés, mauvais accueil par les prestataires, chevauchement des interventions des différents partenaires, non intégration des interventions, compétition entre les acteurs, le manque de dissémination des documents stratégiques, le manque de recherche, manque de plaidoyer auprès des religieux etc..

Le problème de la faible implication et de la non fonctionnalité des mécanismes de coordination existant dans les pays est une grande préoccupation pour les partenaires.

La stratégie des centres de jeunes bien populaires dans les différents pays présente plus de faiblesses que de forces et mérite d'être repensée tant dans sa conception que sa mise en œuvre sous a lumière des nouvelles évidences.

Il apparait clairement cette analyse que les parents ont aussi besoin d'être accompagnés pour faciliter l'accompagnement de leurs enfants.

Enfin, les adolescents et jeunes revendiquent leur d'implication dans les instances de décisions.

**Les défis majeurs à relever par les pays et la CEDEAO à travers l'OOAS sont :**

1. Le positionnement de la santé des adolescents comme une haute priorité et y consacré des ressources financières, humaines et matérielles conséquentes
2. La réduction de la mortalité, DALY et morbidité des adolescents et jeunes
3. L'identification des interventions efficaces basées sur les évidences prenant en compte toutes les composantes du sous-système de la santé des adolescents et jeunes
4. La coordination intersectorielle (implication des acteurs des autres secteurs pour l'amélioration de la santé des adolescents et jeunes)
5. La coordination intra-sectorielle au sein même des Ministères de la Santé des pays.
6. L'atténuation de menaces relatives aux déterminants sociaux structurels
7. L'atténuation de menaces relatives aux déterminants sociaux proximaux
8. L'implication réelle des jeunes dans la conception, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des actions en leur faveur
9. L'adoption par les adolescents et jeunes des comportements protecteurs et des modes de vie sains
10. La lutte contre l'addiction des adolescents et jeunes aux TIC
11. Le développement des centres jeunes véritablement conviviaux et intégrés pour les jeunes
12. Le développement des ressources humaines appropriées et compétentes en SAJ y compris la SSRAJ
13. La définition des indicateurs consensuels précis de santé des adolescents et jeunes
14. La promotion de la culture de l'évaluation des stratégies mises en œuvre
15. La disponibilité des données sur les adolescents et les jeunes (données désagrégées par sexe et par âge)
16. L'harmonisation des documents de politique, de stratégique, de planification et de monitoring et évaluation.



## SIGLES ET ABREVIATIONS

BM	Banque Mondiale
CEDEAO	Communauté Economique des États de l'Afrique de l'Ouest
DALY	Disability-Adjusted Life Year/ Années de vie ajustées sur l'incapacité et Mortalité
EDS	Enquête Démographique et de santé
FMI	Fonds Monétaire International
HPV	Papillomavirus humain
IDH	Indice de Développement Humain
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau ("institut de crédit pour la reconstruction")
LMG	Leadership Management & Governance
MGF/E	Mutilations génitales féminines/excisions
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappe à Indicateurs Multiples)
MNT	Maladies non transmissibles
MSH	Management Sciences for Health
ND	Non disponible
NSD	Non scolarisés et déscolarisés
OCCGE	Organisation Francophone de Coordination et de Coopération pour la Lutte Contre les Grandes Endémies
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONGI	ONG internationale
ONGN	ONG nationale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé Organisations de la Santé
OSC	Organisations de la société civile
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRB	Population Reference Bureau
PSSRAJ	Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction
SAJ	Santé des Adolescents et Jeunes
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
SIS	Système d'information sanitaire
SR/PF	Santé de la Reproduction/Planification Familiale
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
SSR	Santé sexuelle et de la reproduction
SSRAJ	Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et Jeunes
UN	United Nations
UNESCO	Organisation des nations pour l'Education, la Science et la Culture

## INTRODUCTION

### 0.1 APERÇU GENERAL

On compte aujourd'hui dans le monde plus de jeunes de 10 à 24 ans que jamais auparavant dans l'histoire de l'humanité. Dans certaines régions, c'est non seulement le nombre de jeunes qui augmente, mais aussi leur part de l'ensemble de la population. Et il y a des pays où plus d'un habitant sur trois est un jeune. Ces tendances démographiques sont importantes pour plusieurs raisons. Dans certains pays, le taux de croissance de la population jeune dépasse celui de l'économie et excède les capacités des institutions chargées de fournir à cette population les services de base. Les écoles, lycées et universités seront-ils en mesure de répondre à la demande d'éducation ? Quelque 120 millions de jeunes arrivent chaque année à l'âge de travailler. Y aura-t-il suffisamment d'emplois pour répondre à leur demande de travail et de revenus décents ? Les services de santé sont-ils suffisamment nombreux et performants ? Les jeunes, y inclus les adolescents, trouveront-ils les informations et les services adaptés à leurs divers besoins ? La prochaine génération sera-t-elle en mesure de réaliser son plein potentiel ? [1]

L'émergence d'une population de jeunes d'un nombre sans précédent peut avoir sur n'importe quel pays de répercussions profondes, soit positives, soit négatives selon l'aptitude des pouvoirs publics à répondre à leurs besoins et à leur permettre de participer pleinement et véritablement à la vie civique et économique. Les autorités peuvent considérer le nombre croissant de jeunes comme un passif dont le poids imposera des contraintes supplémentaires à des ressources déjà sur-sollicitées, ou comme une source de nouvelles possibilités. Avec les politiques et les investissements voulus, et avec la participation des jeunes au développement de leur propre potentiel, la génération de jeunes la plus nombreuse de l'histoire de l'humanité peut apporter aux nations les producteurs, les créateurs, les entrepreneurs, les agents de changement et les dirigeants porteurs de capacités de résolution des problèmes au cours des décennies à venir [1]. La génération actuelle de jeunes de 10 à 24 ans est d'un peu moins de 1,8 milliard d'individus, sur une population mondiale de 7,3 milliards d'habitants. Elle n'était que de 721 millions en 1950, la population mondiale totalisant à l'époque 2,5 milliards d'habitants. Les adolescents (les jeunes de 10 à 19) sont environ 1,2 milliard [1].

La Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies projette dans son scénario de « fécondité moyenne » (souvent considéré comme reflétant l'évolution démographique la plus vraisemblable) que le nombre des jeunes de 10 à 24 ans atteindra les 2 milliards d'ici le milieu du siècle présent. Toutefois, de légers changements des taux prévus de naissance et de décès peuvent facilement modifier ce résultat.

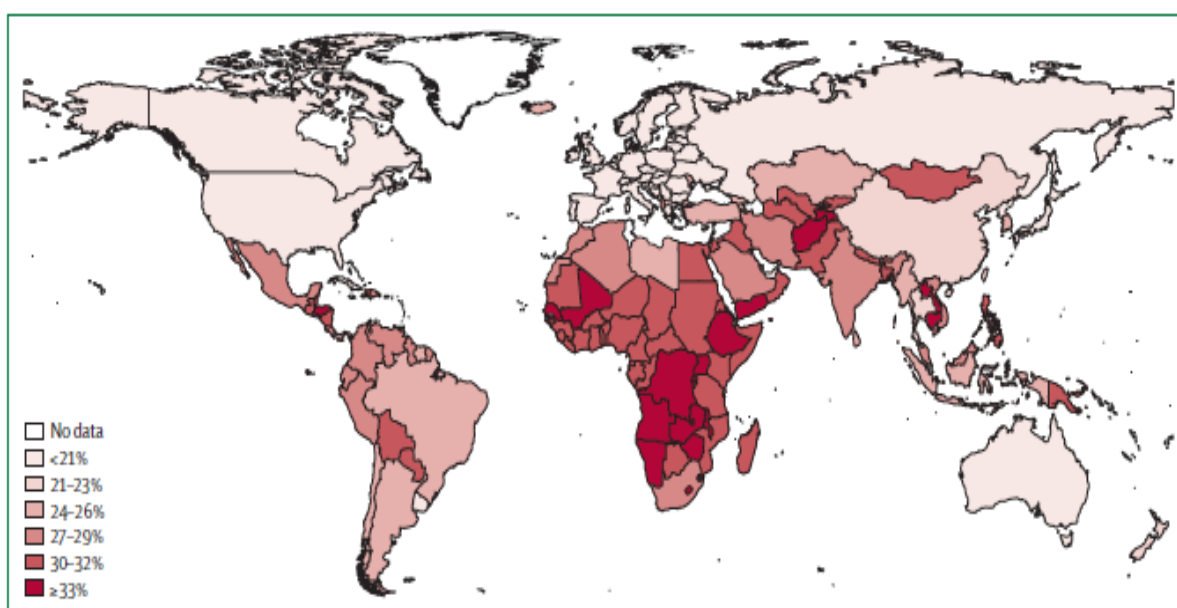
De plus, les estimations et les projections mondiales dissimulent d'amples différences dans les structures d'âge entre les pays et entre les régions d'un même pays. La présence de vastes populations de jeunes, encore croissantes, présente déjà des défis à de nombreux pays peu développés et à bas revenu, où les capacités et les ressources de l'État subissent des contraintes notables. En l'absence d'investissements appropriés consentis aujourd'hui dans la jeunesse, filles, garçons, jeunes adolescents et jeunes adultes, pour les préparer pour l'avenir, les difficultés que comporte la réponse aux besoins d'une population de plus en plus nombreuse ne feront que croître progressivement dans de nombreux pays des catégories de revenu inférieures.

Les plus fortes proportions de jeunes se trouvent aujourd'hui dans les pays pauvres, où les obstacles qui s'opposent à leur développement et à la réalisation de leur plein potentiel sont les plus grands. Dans ces pays, les taux de prévalence de la pauvreté sont les plus élevés, l'accès

aux soins de santé essentiels, à l'éducation, à l'eau potable, à l'hygiène et assainissement de base, les plus bas, les conflits et la violence, les plus fréquents, et la vie, la plus dure.

Pas moins de 89 % de jeunes de 10 à 24 ans, soit près de neuf sur 10, vivent dans des pays moins développés. Le pourcentage est encore plus élevé dans les catégories d'âge les plus jeunes. Les jeunes constituent un peu moins d'un quart de la population mondiale. Dans les pays les moins avancés (catégorie définie par les Nations Unies qui englobe 33 pays de l'Afrique subsaharienne, huit pays de l'Asie, six pays de l'Océanie et Haïti dans les Caraïbes), ce groupe d'âge constitue 32 % de la population. Dans les pays développés, la proportion est de 17 % [1].

Le graphique 01 tiré du Lancet 2012 [2] montre la répartition des adolescents et jeunes âgés de 10-24 ans par pays dans le monde.



Source : Lancet 2012 [2]

Graphique 01 : Répartition de la proportion des jeunes âgés de 10-24 ans par pays

## 0.2 STRUCTURE DU RAPPORT

Ce rapport d'analyse de situation aborde la problématique des adolescents et jeunes sous l'angle de la santé. De nombreux rapports ont examiné la situation de la santé des adolescents et jeunes dans le monde [4], en Afrique, Afrique Sub-saharienne et dans les Régions Africaines de l'OMS [3, 4, 5, 6]. Ce rapport examine plus spécifiquement la situation de la santé des adolescents et jeunes dans les 15 pays de la CEDEAO, qui relèvent de la juridiction sanitaire de l'OOAS. Il est structuré en quatre parties. La première partie expose le contexte, l'organisation de l'analyse de situation et le cadre conceptuel de l'analyse ; la deuxième partie présente les résultats de la revue de littérature sur la santé des adolescents et jeunes ; la troisième partie présente les résultats de l'analyse dans cinq pays de l'espace CEDEAO, la quatrième partie enfin propose une synthèse de l'analyse.

## **PREMIERE PARTIE : CONTEXTE, PRESENTATION DE LA CEDEAO ET DE L'OOAS, ORGANISATION DE L'ANALYSE DE SITUATION ET CADRE CONCEPTUEL**

### **1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ANALYSE DE SITUATION**

Selon les données recueillies dans les pays lors d'une analyse situationnelle de la SR/PF réalisée par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) en 2014, la population de l'espace de la Communauté Economique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) est estimée à plus de 320 millions d'habitants en 2012 dont plus de la moitié (52,6%) vit au Nigéria. Elle connaît une forte croissance puisqu'elle augmente de plus de 2% l'an dans tous les pays de la région à l'exception du Cap Vert.

Selon les statistiques sanitaires mondiales 2014, les taux de croissance démographique les plus élevés sont constatés au Niger (3,7%), en Gambie (3,2%), au Liberia (3,1%), au Mali (3,1%) et au Bénin (3%).

Une autre caractéristique remarquable de la population est sa jeunesse. En effet, l'âge médian fluctue entre 15 ans (Niger) et 23 ans (Cap Vert) ; c'est-à-dire que plus de la moitié de la population est âgée de moins de 23 ans.

Ces jeunes ont des besoins spécifiques que doit pouvoir prendre en compte toute politique ou tout programme de développement afin de leur garantir les conditions de réalisation de leur plein potentiel et épanouissement pour obtenir leur contribution cruciale au développement durable de leur nation. Les actions en faveur des jeunes et adolescents devraient prendre en compte, entre autres<sup>1</sup> :

- La lutte contre le mariage des enfants et les grossesses précoces (chez les adolescentes) ;
- La lutte contre les mutilations génitales féminines;
- Les actions en faveur de l'utilisation d'une méthode de contraception par les jeunes déjà en activité sexuelle ;
- Les actions en faveur de l'éducation des enfants notamment les filles, de leur maintien à l'école et surtout le passage vers l'enseignement secondaire ;
- L'Éducation à la santé sexuelle et productive y compris la prévention et le dépistage du VIH/SIDA (l'éducation complète);
- La lutte contre le VIH/SIDA et les autres IST (y compris le Papillomavirus humain (HPV) ;
- La lutte contre toutes formes de violences infligées aux enfants; mais aussi l'emploi des moins jeunes.

Du point de vue sanitaire, la fréquence élevée des problèmes dont sont victimes les jeunes et adolescents est due au fait que leurs besoins spécifiques en matière de santé ne sont pas pris en compte de manière adéquate. Afin de mieux répondre à ces besoins spécifiques, de nombreuses initiatives ont été prises dans les pays avec la contribution des partenaires au développement aussi bien au plan normatif (élaboration de documents de politique, de normes et standards ou de stratégies) que sur le plan de l'offre des services. Cependant, une réponse intégrée,

---

<sup>1</sup> (Ce sont là, des actions prioritaires urgentes identifiées par le Rapport 2012 sur le statut des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne : possibilités et enjeux.)

appropriée ne semble pas avoir été proposée ou trouvée pour prendre en compte de manière efficace l'ensemble des besoins de santé de cette tranche de la population. La prise en compte effective, par les pays, de ces aspects aussi diversifiés pour une réponse efficace nécessite de leur part le développement et la mise en œuvre d'interventions appropriées intégrées impliquant tous les acteurs clés.

C'est dans ce contexte que l'OOAS se propose, en collaboration avec l'ensemble des partenaires clés de la Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et Jeunes de la région, de développer et de mettre à la disposition des pays un guide d'orientation pour l'élaboration des stratégies nationales pour l'offre de services de santé intégrés adaptés aux adolescents et jeunes des pays membres de l'espace de la CEDEAO.

## 1.2 PRESENTATION DE LA CEDEAO ET DE L'OOAS

### 1.2.1 Présentation de la CEDEAO

La CEDEAO est une organisation intergouvernementale ouest-africaine créée le 28 mai 1975. C'est la principale structure destinée à coordonner les actions des pays de l'Afrique de l'Ouest. Son but principal est de promouvoir la coopération et l'intégration avec pour objectif de créer une union économique et monétaire ouest-africaine. La CEDEAO compte aujourd'hui les 15 États membres suivant: Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mali, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone et Togo (Voir Tableau 1.1). Selon le Fonds Monétaire International (FMI), en 2012, le Produit Intérieur Brut global des États membres de la CEDEAO s'élève à 564,86 milliards de dollars US ce qui en fait la 25<sup>e</sup> puissance économique du Monde [7, 8].

Tableau 1.1 : Liste des 15 PAYS MEMBRES DE LA CEDEAO

Langue	Pays Membres	Population âgée de 10 à 24 ans (en millions) 2014 [1]
Pays Francophones (au total 8)	1. Bénin	3,4
	2. Burkina Faso,	5,7
	3. Côte d'Ivoire,	6,7
	4. Guinée	3,9
	5. Mali	5,0
	6. Niger	5,7
	7. Sénégal	4,7
	8. Togo	2,2
Pays Anglophones (au total 5)	1. Ghana	8,3
	2. Liberia	1,4
	3. Nigeria	55,5
	4. Sierra Leone	2,2
	5. Gambie	0,6
Pays Lusophones (au total 2)	1. Cap-Vert	0,2
	2. Guinée-Bissau	0,6
Total	15	105,9

## **1.2.2 Présentation de l'OOAS**

L'OOAS a été créée le 9 juillet 1987 quand les Chefs d'État et de Gouvernement de tous les quinze pays de la CEDEAO ont adopté le Protocole portant création de l'Organisation. Ce Protocole, qui a été ratifié par la suite par chaque gouvernement de la sous-région, donne à l'OOAS le statut d'Institution Spécialisée de la CEDEAO et décrit la mission de l'Organisation comme suit :

"L'Organisation Ouest Africaine de la Santé a pour objectif d'offrir le niveau le plus élevé en matière de prestation de soins de santé aux populations de la sous-région sur la base de l'harmonisation des politiques des États Membres, de la mise en commun des ressources et de la coopération entre les États Membres et les pays tiers, en vue de trouver collectivement et stratégiquement des solutions aux problèmes de santé de la sous-région.  
"

La force motrice qui sous-tend la création de l'OOAS était l'incongruité des programmes qui étaient mis en œuvre par les deux organisations sanitaires inter-gouvernementales qui existaient dans la sous-région, l'Organisation Francophone de Coordination et de Coopération pour la Lutte Contre les Grandes Endémies (OCCGE) et l'Anglophone West African Health Community (WAHC). L'on s'est dit qu'étant donné que la maladie ne connaît pas de frontières, les organisations pourraient mieux servir les populations d'Afrique de l'Ouest si l'on synchronisait leurs efforts et combinait leurs ressources, évitant ainsi la duplication, réduisant les coûts et renforçant l'efficacité. Ainsi, l'OCCGE et la WAHC ont fusionné pour former l'OOAS, une organisation engagée à transcender les frontières linguistiques de la sous-région pour servir tous les quinze États Membres de la CEDEAO.

En octobre 1998, les Chefs d'État et de Gouvernement de la CEDEAO ont établi le siège de l'OOAS à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso et nommé un Directeur Général et un Directeur Général Adjoint, permettant à l'organisation de commencer à fonctionner comme autorité sanitaire de premier plan dans la sous-région. Les activités ont débuté en mars 2000 à Bobo-Dioulasso servant les 15 pays membres de la CEDEAO, comme le principal outil en matière d'intégration régionale dans le domaine de la santé [Wikipédia 7, 8].

## **1.3 ORGANISATION DE L'ANALYSE DE SITUATION**

### **1.3.1 Objectifs de l'analyse de situation**

L'objectif principal de ce travail est de faire l'analyse de la situation de la santé des adolescents et jeunes dans l'Espace de la Communauté Economique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) y compris la santé sexuelle et de la reproduction

Les résultats de l'analyse de situation serviront à développer un guide d'orientation pour l'élaboration des stratégies nationales pour l'offre de services de santé intégrés adaptés aux adolescents et jeunes dans l'espace de la Communauté Economique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO)

### **1.3.2 Méthode de réalisation de l'analyse de situation**

La réalisation de l'analyse de situation a comporté trois étapes : 1) Préparation de la mission, 2) Revue documentaire et 3) Analyse situationnelle plus approfondie dans cinq pays de la CEDEAO

- **Etape 1 : Préparation de la mission**

Les principales activités qui ont été réalisées au cours de cette étape ont été essentiellement : 1) la signature du contrat de recrutement, 2) l'élaboration du plan de réalisation de la mission y compris la compréhension des termes de référence par le consultant et sa soumission à l'OOAS pour des observations, 3) la validation du plan de réalisation de la mission servant du cadrage de la mission. Les activités 2 et 3 ont permis au consultant et à l'équipe de pilotage d'harmoniser leurs points de vue sur la vision et les orientations stratégiques à considérer, le contexte, les objectifs, la démarche méthodologique, le chronogramme et les produits finaux attendus.

- **Etape 2 : Revue documentaire**

La méthode de réalisation de cette revue documentaire a comporté la recherche des informations récentes et fiables sur la santé des adolescents et jeunes dans le monde, l'Afrique subsaharienne et l'espace CEDEAO. La recherche documentaire auprès des principales sources suivantes :

- Recherche documentaire auprès de l'OOAS,
- Recherche auprès des institutions suivantes : OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, Banque Mondiale, Population Référence Bureau, ONG Internationales, ONG Nationales, etc.
- Recherche documents pays CEDEAO
- Recherche Google
- Rapports d'enquêtes : EDS et Enquête MICS
- Publications sur les adolescents et les jeunes
- Consultation de bases de données spécialisées.
- Consultation des ouvrages de référence
- Système d'information sanitaire (SIS)

Après la collecte des documents, il a été procédé à un triage, exploitation et analyse critique.

- **Etape 3 : Analyse situationnelle plus approfondie à travers une visite de terrain dans cinq pays de la CEDEAO**

- **Sélection des cinq pays**

Les critères de choix de ces pays ont tenu compte du niveau de performance en matière des stratégies nationales de SRAJ, du poids démographique, de la position géographique du pays et des trois langues parlées dans l'espace CEDEAO. Les 5 pays sélectionnés ont été par ordre alphabétique : Bénin, Cap Vert, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone.

- **Acteurs et structures à rencontrer dans les pays**

Le tableau 1.2 montre les quatre catégories d'acteurs et structures clés intervenant dans la santé des adolescents et jeunes rencontrés lors des visites des pays. Le détail des acteurs rencontrés est présenté dans la troisième partie de ce rapport.

Tableau 1.2: Catégories d'acteurs ou structures rencontrés lors des visites dans les Pays

No	Cibles
1	Structure publiques
2	Partenaires stratégiques et ou opérationnels (Agences des Nations Unies, Institutions Bilatérales, ONG nationales et ONG Internationales)
3	Parents d'ado et jeunes
4	Adolescents et Jeunes des deux sexes

○ **Techniques de collecte des données dans les pays**

Les techniques de collecte ont consisté en des entretiens semi-structurés avec les différents acteurs. Les outils utilisés sont résumés dans le tableau 1.3.

Tableau 1.3 : Outils de collecte de données

Questionnaires/Guide d'entretien	Cibles
Outil 1 : Questionnaire réponse du pays	Prioritairement Ministère de la Santé
Outil 2 : Guide d'entretien avec les acteurs de la Santé des Adolescents et Jeunes dans le pays	Acteurs de la SAJ
Outil 3 : guide d'entretien de groupe avec association adolescents et jeunes	Adolescents et jeunes
Outil 4 : guide d'entretien avec l'association des parents d'adolescents et jeunes	Parents d'adolescents et jeunes
Outil 5 : guide d'entretien avec les responsables de structure santé des adolescents et jeunes	Responsable des structures
Outil 6 : principaux indicateurs de santé y compris les indicateurs de la SAJ	Prioritairement Ministère de la Santé



## 1.4 CADRE CONCEPTUEL DE L'ANALYSE DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES

L'analyse de la situation des adolescents et jeunes dans l'espace CEDEAO est organisée selon un cadre conceptuel que nous avons adapté à partir de celui contenu dans un des rapports des séries Lancet 2012 sur la « Santé des Adolescents » [Lancet 2012 2].

Les sept différentes composantes qui interagissent dans la santé des adolescents et jeunes et pris en compte dans ce cadre conceptuel sont :

- 1 L'adolescence et la jeunesse dans les étapes de la Vie
- 2 Société, famille, école et adolescent et jeune
- 3 Biologie/Physiologie, puberté et transitions sociale
- 4 Psychisme et Psychologie
- 5 Connaissance, Comportements et Mode de vie
- 6 Morbidité, DALY (Disability-Adjusted Life Year/ Années de vie ajustées sur l'incapacité et Mortalité
- 7 Réponse du pays

- **Importance de la santé à chaque étape de la vie**

L'adolescence est un lien essentiel entre l'enfance et l'âge adulte. Sawyer et coll. [2, 14] utilisent un cadre conceptuel pour décrire une perspective fondée sur le parcours de vie qui met en évidence le double avantage d'investir dans les adolescents, à savoir la préservation des investissements réalisés dans la santé infantile et la promotion de comportements et de résultats positifs relatifs à la santé des adultes. La santé des adolescents est non-seulement important pour préserver les investissements dans la santé infantile et pour promouvoir la bonne santé des adultes, mais aussi parce que les adolescents sont souvent les plus vulnérables aux problèmes de santé SSR/santé maternelle.

Les facteurs qui influencent la santé se renforcent mutuellement du fait de leur interaction. Ainsi, les adolescents sont influencés par les facteurs de santé de l'enfance, et ce en dépit de l'émergence de nouveaux risques et de facteurs de protection, et de leur incidence sur leur santé future. S'ils arrivent à l'âge adulte en bonne santé en adoptant des comportements sains fermement établis, ils auront une meilleure chance de devenir des adultes sains et productifs. De même, des comportements à risque ou négatifs adoptés chez les jeunes peuvent avoir des conséquences à vie. On estime ainsi que près de 90 % des fumeurs adultes ont commencé à fumer avant l'âge de 20 ans. À plus long terme, la santé actuelle des adolescents a des implications pour la prochaine génération dans la mesure où la santé des jeunes filles enceintes a un impact direct sur le développement de leurs bébés.

- **Déterminants sociaux de la santé : Société, famille, école, média et adolescent et jeune**

La société et ses différentes institutions, la famille et l'école notamment jouent un rôle fondamental dans la prévention, la promotion et la prise en charge de la santé des adolescents et jeunes. Selon l'Organisation mondiale de la santé, les déterminants sociaux de la santé sont les « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ». Ces circonstances « dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources aux niveaux mondial, national et local. » [11, 15]

Les déterminants sociaux se situent à deux niveaux principaux : structurel et proximal.

Les déterminants structurels—la façon dont une société est organisée à l'égard de contextes sociaux, économiques et politiques—peuvent créer des divisions qui conduisent à des différences de statut, de pouvoir, de privilèges et d'accès aux ressources et à l'information. Les exemples incluent la richesse nationale, l'inégalité des revenus, le niveau d'éducation, les normes sexuelles ou de genre ou l'origine ethnique, ainsi que des lois, politiques et règlements nationaux [11, 15].

Les déterminants proximaux sont les circonstances de la vie quotidienne qui influencent plus directement les attitudes et les comportements d'une personne. Parmi les exemples de déterminants proximaux figurent la qualité et la nature des relations familiales et avec les pairs, la disponibilité de nourriture et de logements, les possibilités de loisirs et l'environnement scolaire. Puisque les déterminants proximaux sont façonnés en partie par des stratifications résultant des déterminants structurels et de facteurs culturels, religieux et communautaires, ils peuvent entraîner d'importantes variations dans l'exposition et la vulnérabilité des jeunes aux risques liés à la santé [11, 15].

- **Biologie/Physiologie, puberté et transitions sociale**

L'adolescence est généralement définie par l'âge chronologique (10 à 19 ans) mais les comportements de santé sont plus fortement associés aux changements physiques de la puberté. La recherche actuelle se penche sur la manière dont les changements hormonaux et les autres changements biologiques au cours de la puberté influencent le développement du cerveau, les implications dans la prise de décision et le comportement des adolescents. Par exemple, la partie du cerveau qui régit la recherche de la récompense et du plaisir se développe plus tôt que la partie qui régit le contrôle de soi, ce qui peut expliquer la prise de risque accrue pendant l'adolescence. Une meilleure compréhension de l'impact des changements biologiques et de leur interaction avec les facteurs sociaux et économiques permettra d'améliorer les politiques et les programmes destinés aux jeunes.

Enfin, comme souligné dans le Lancet [2], la puberté inaugure aussi la transition sociale de l'adolescent qui doit commencer à se préparer à prendre des rôles dans la société : fin des études, emploi, mariage, fondation d'une famille et procréation.

- **Psychisme et Psychologie**

Les facteurs sociaux et biologiques agissent sur la psychisme et la psychologie des adolescents et peuvent déterminer les comportements des adolescents et jeunes.

- **Connaissance, Comportement, Mode de vie**

La connaissance, les comportements et le mode de vie des adolescents et jeunes sont les déterminants immédiats de leur état de santé. Ces comportements et mode de vie résultent le plus souvent des interactions avec les déterminants sociaux, biologiques, psychiques et psychologiques.

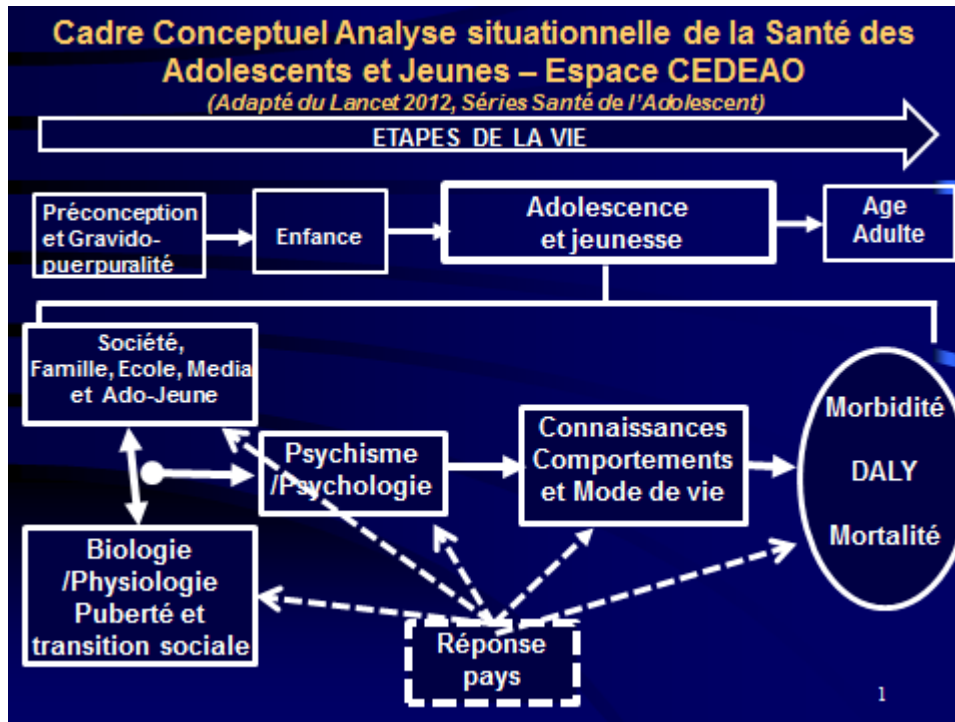
- **Mortalité, Morbidité et DALY**

La mortalité, la morbidité et les DALY (Années de vie ajustées sur l'incapacité) résultent de l'interaction entre les différents déterminants sociaux, biologiques, psychique, psychologique et comportements. Beaucoup de comportements à risque et de maladies ont leur racine dans l'adolescence et la jeunesse.

L'adolescence est généralement considérée comme la période la plus saine dans la vie d'une personne. Néanmoins, les jeunes représentent une partie importante de la charge de morbidité dans le monde.

- **Réponse du pays**

Les politiques, stratégies et interventions mises en place par les pays devraient tenir compte des différents déterminants sociaux, biologiques, psychiques, psychologiques et comportementaux qui sont importants pour atténuer la mortalité et la charge de morbidité au sein des adolescents et jeunes.



Graphique 1.2 : Cadre Conceptuel Analyse situationnelle de la Santé des Adolescents et Jeunes – Espace CEDEAO *(Adapté du Lancet 2012, Séries Santé de l'Adolescent [2])*

## **DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DE LA REVUE DE LITTERATURE SUR LA SANTE DES ADOLESCENTS et JEUNES DANS L'ESPACE CEDEAO**

Promouvoir la santé et le développement des adolescents et jeunes exige de bien comprendre leurs circonstances actuelles. La présente partie du rapport analyse la situation de la santé des adolescents et jeunes de l'Espace CEDEAO à travers une revue documentaire. Pour ce faire, elle s'appuie sur les données les plus récentes issues d'enquêtes internationales, complétées, le cas échéant, par des sources nationales et les résultats de recherches. Les principales sections de ce chapitre sont :

- Concepts « adolescence », « jeune » et « jeunesse »
- Déterminants sociaux de la santé des adolescents et jeunes
- Déterminants biologiques, psychiques et psychologiques et transition sociale : perspective psychanalytique
- Connaissances, comportements et mode de vie des adolescents et jeunes
- Etat des problèmes de santé des adolescents et jeunes: Morbidité, DALY et mortalité

### **2.1 CONCEPTS « ADOLESCENCE », « JEUNE » ET « JEUNESSE »**

Cette section présente les définitions des concepts de l'adolescence, de jeune et de jeunesse telles que retrouvés dans la littérature et décrit la complexité de la tâche de définition de ces trois concepts.

#### **2.1.1 Définitions Adolescence, Jeune et Jeunesse**

Le tableau 2.1 résume les principales définitions retrouvées dans la littérature sur les concepts « adolescence », « jeune » et « jeunesse » (Voir en Annexe 1 une version plus détaillée des définitions de l'adolescent, jeune et jeunesse). Comme le montre ce tableau, si au niveau du concept « adolescence », il semble avoir un consensus pour le définir comme les jeunes âgés de 10 à 19 ans, il n'en est pas de même pour les concepts « jeune » et « jeunesse » pour lesquels les termes young people et youth sont utilisés de façon variable. En effet, les Nations Unies utilisent les termes « youth » et « Young people » de façon interchangeable [14]. L'OMS, l'UNICEF et l'UNPFA, les utilisent différemment. En effet, dans son document intitulé Adolescent health in African Region [17], l'OMS définit les « les jeunes (young people) » comme les jeunes âgés de 15-24 ans et jeunesse (youth) comme les jeunes âgés de 10 à 24 ans.

Tableau 2.1 : Définitions des concepts adolescent, jeune et jeunesse

No	Définitions	Source
1.	Adolescent : 10-19 ans Très jeunes adolescence (Early adolescence) : 10-14 ans Adolescents plus âgé (Late adolescence): 15-19 ans Jeunes (Young people) : 15-24 ans Jeunesse (Youth) ; 10-24 ans	OMS [13]
2.	Youth : 15-24ans	UN Secretariat/UNESCO/ILO [14]
3.	Youth : 15-32 ans	Agenda 21 [14]
4.	Adolescent : 10-19 ans Jeunes (Young people) : 15-24 ans Jeunesse (Youth) ; 10-24 ans	OMS [13] UNICEF/OMS/UNFPA [14]
5.	Enfant jusqu'à 18 ans	UNICEF/Convention on Human Rights o the Child [14]
6.	Youth: 15-35 ans	The African Youth Charter [14 ]

### 2.1.2 Difficultés de la définition des concepts « Adolescent », « Jeune » et « Jeunesse »

Comme décrit dans la situation des enfants dans le monde 2011 par l'UNICEF, [19] Il est difficile de donner une définition précise de l'adolescence, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, il est largement reconnu que chaque personne vit cette période différemment en fonction de sa maturité physique, émotionnelle et cognitive, ainsi que d'autres facteurs. Le début de la puberté, qui pourrait apparaître comme une ligne de démarcation claire entre l'enfance et l'adolescence, ne simplifie pas les choses.

En effet, la puberté survient à des moments très différents chez les filles et les garçons et pour chaque personne de même sexe. Elle commence en moyenne 12 à 18 mois plus tôt chez les filles que chez les garçons. L'âge moyen de la première menstruation est de 12 ans, alors que la première éjaculation se produit en général aux alentours de 13 ans. Mais les premières règles peuvent apparaître dès l'âge de 8 ans. Les faits montrent cependant que la puberté commence plus tôt qu'autrefois : l'âge de la puberté des filles et des garçons a avancé de trois ans par rapport aux deux siècles précédents, en grande partie en raison des progrès en matière de santé et de la meilleure qualité de la nutrition. Autrement dit, les filles, mais aussi certains garçons, atteignent la puberté et vivent certains des principaux changements physiologiques et psychologiques associés à l'adolescence avant l'âge fixé par les Nations Unies (personnes âgées de 10 à 19 ans). De même, il n'est pas rare pour les garçons de devenir pubères à 14 ou même 15 ans, âge auquel ils appartiennent depuis au moins deux ans à des classes d'adolescents dans leur établissement scolaire, auprès de garçons et de filles beaucoup plus développés physiquement et sexuellement qu'eux.

Le deuxième facteur compliquant toute tentative de définition de l'adolescence réside dans la grande diversité des lois nationales fixant les seuils d'âge minimum de participation à des activités jugées réservées aux adultes, dont le droit de vote, le mariage, le service militaire, la propriété de biens et la consommation d'alcool. L'« âge de la majorité » est du même ordre : il s'agit de l'âge légal auquel les nations confèrent aux personnes le statut d'adulte et exige qu'elles en endossent toutes les responsabilités. En dessous de l'âge de la majorité, une personne est encore considérée « mineure ». Dans de nombreux pays, l'âge de la majorité est fixé à 18 ans, ce qui présente l'intérêt d'être conforme au plafond de la fourchette d'âge des enfants stipulée par l'article 1 de la Convention relative aux droits de l'enfant.

Mais l'âge de la majorité n'est pas le seul facteur compliquant la définition de l'adolescence dans les différentes juridictions nationales, car il diffère souvent de l'âge auquel les personnes

sont légalement aptes à exécuter certaines tâches associées à l'âge adulte. Cet « âge de permission » peut varier selon les activités et il n'existe aucune norme universelle en la matière. Aux États-Unis, par exemple, où l'âge de la majorité est fixé à 18 ans, les adolescents ont le droit de conduire à 16 ans dans la plupart des États. En revanche, les jeunes adultes doivent en général attendre d'avoir 21 ans pour acheter de l'alcool. L'âge légal du mariage peut lui aussi diverger fortement de celui de la majorité. De nombreux pays distinguent l'âge auquel il est légalement possible de se marier et l'âge (plus jeune) auquel il est permis de se marier avec l'autorisation des parents ou la dispense d'un tribunal. Notons que dans certains pays en Afrique de l'Ouest, l'âge minimal du mariage est inférieur à l'âge de majorité, surtout pour les filles (par exemple : le Burkina Faso, le Mali, le Niger, le Sénégal).

Troisième difficulté soulevée par la définition de l'adolescence : quel que soit le seuil légal séparant l'enfance et l'adolescence de l'âge adulte, de nombreux adolescents et jeunes enfants dans le monde se livrent à des activités d'adulte telles que le travail, le mariage, les tâches ménagères et la participation à des conflits, autant de rôles qui, de fait, les privent de leur enfance et de leur adolescence. En pratique, les lois sur l'âge légal du mariage sont largement enfreintes, généralement par des hommes souhaitant épouser des jeunes filles encore mineures. Les normes culturelles sont aussi responsables pour la perpétuation des mariages précoces. Ce n'est pas limité aux désirs individuels de certains hommes, mais plutôt des normes sociales et culturelles.

En conclusion, la définition des concepts d'adolescence et de jeunesse constitue donc un défi. Dans ce rapport, nous allons adopter les concepts tels que définis par l'OMS, compte tenu du fait que la « santé » constitue notre principal cadre de travail. Les définitions adoptées dans ce rapport sont : Adolescent: Jeunes âgés de 10 à 19 ans ; Jeunes : Jeunes âgés de 15-24 ans et Jeunesse : Jeunes âgés de 10-24 ans.

## **2.2 ETAT DE SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES DE L'ESPACE CEDEAO : MORTALITE, MORBIDITE ET DALY**

### **2.2.1 Situation au plan Mondiale**

En dépit du fait d'être généralement considéré comme une période de vie saine, l'adolescence est en fait jalonnée d'une grande ampleur de mortalité et de morbidité. Cependant, la plupart de ces décès et de maladies pourraient être évitées ou traitées. Le manque de prévention ou de traitement a des causes les plus fréquentes de morbidité et de mortalité pendant l'adolescence compromet non seulement la vie de beaucoup de jeunes, mais aussi impose aussi un lourd fardeau pour l'avenir. En effet, les modes de vie et les comportements ayant des conséquences fâcheuses à vie commencent souvent à l'adolescence.

#### **2.2.1.1 Mortalité chez les adolescents**

Selon le Rapport de l'OMS sur la santé des adolescents publié en 2014 [3], 1,3 million d'adolescents sont décédés en 2012 dans le monde. Ces décès sont pour la plupart dus à des causes qui auraient pu être évitées ou traitées. La mortalité est plus élevée chez les garçons que chez les filles et chez les adolescents plus âgés (15-19 ans) que chez les plus jeunes (10-14 ans). Bien que de nombreuses causes de mortalité soient les mêmes chez les filles et garçons, le problème de la violence est plus fréquente chez les garçons et la maternité est cause de décès chez les filles.

#### **A. Taux de Mortalité chez les adolescents de 10-19 ans**

Le tableau 2.2 illustré par le graphique 2.1, tiré du rapport 2014 de l’OMS, montre les taux de mortalité chez les adolescents âgés de 10-19 ans en 2012 dans les Régions de de l’OMS. Il ressort de l’examen de ce tableau que la mortalité des adolescents continue d’être très élevée dans la Région Africaine de l’OMS. En effet, cette mortalité est passée de 34% à 43% entre 2000 et 2012 [3]. A ‘instar des autres régions de l’OMS, la mortalité, dans la Région Africaine est plus élevée chez les garçons comparés aux filles.

Tableau 2.2 : Taux de mortalité chez les adolescents âgés de 10-19 ans dans les Régions de l’OMS (pour toutes les causes) Année 2012 (pour 100 000 adolescents de 10-19 ans)

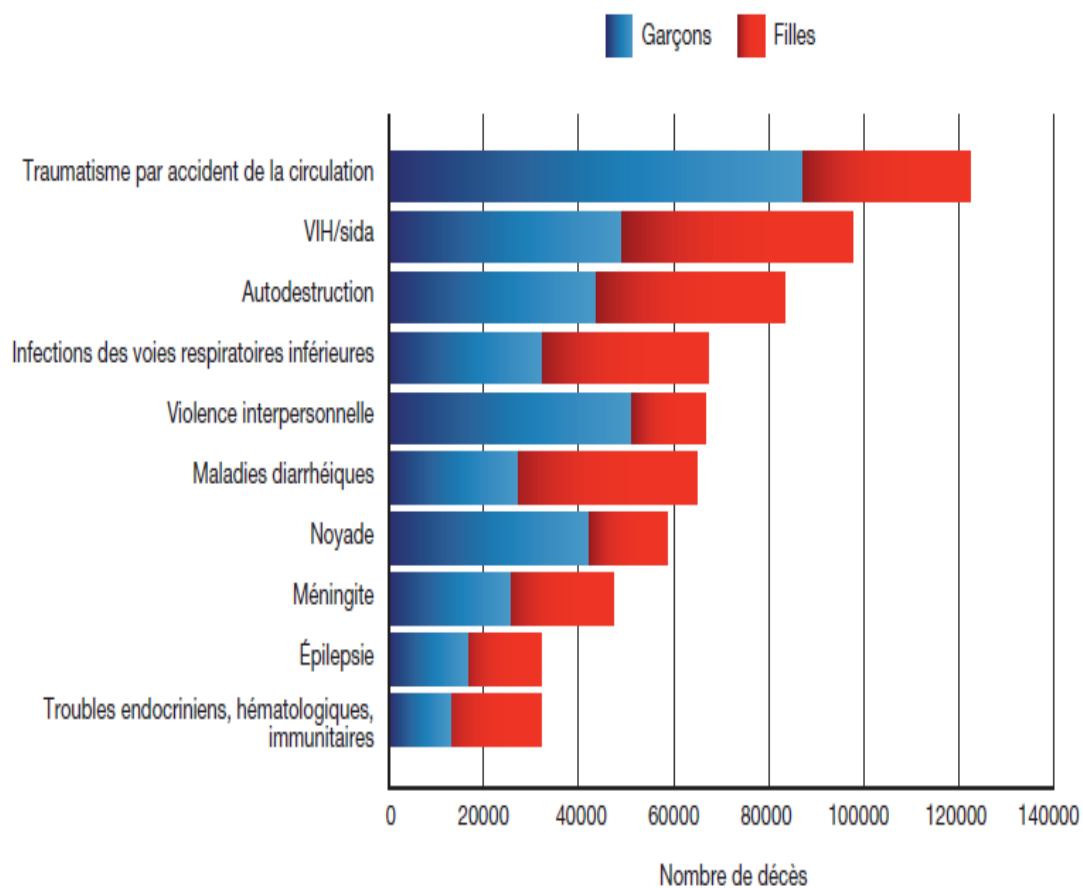
Régions OMS	Taux de mortalité Ensemble	Taux de mortalité Filles	Taux de mortalité Garçons
Afrique	282,5	275,3	289,5
Méditerrané Orientale	118,3	100,9	135,0
Asie du Sud Est	102,3	100,7	103,9
Les Ameriques	77,5	47,4	106,6
Europe	57,4	43,5	70,6
Pacifique Occidentale	43,6	36,3	50,2
Pays à revenus élevés	31,0	19,9	41,4
Monde	110,7	102,2	118,7

Source : Rapport : La santé pour les adolescents du monde [3]

## B. Causes de décès chez les adolescents, par sexe au plan global

Le graphique 2.1, présente les 10 premières causes de décès chez les adolescents de 10 à 19 ans dans le monde en 2012. Il ressort de ce graphique les points saillants suivant:

- les accidents de la route ont été la première cause de mortalité des adolescents en 2012 et ont fait environ 330 victimes par jour.
- le VIH-SIDA a constitué la deuxième cause de décès parmi les adolescents du monde,
- les autres principales causes de mortalité sont les suicides, les infections des voies respiratoires inférieures et la violence interpersonnelle



Graphique 2.1: Les 10 premières causes de décès chez les adolescents, par sexe

### C. Points communs et différences entre les Régions de l’OMS

Le tableau 2.3 résume les caractéristiques de la mortalité des adolescents de 10-19 ans dans les Régions de l’OMS. Ces informations ont été extraites du rapport 2014 de l’OMS sur les adolescents. On note en ce qui concerne la Région Afrique de l’OMS, la prédominance du VIH, les accidents de la route et les complications maternelles comme causes principales de mortalité chez les adolescents.



Tableau 2.3 : Caractéristiques de la mortalité chez les adolescents dans les régions de l'OMS

Points communs et Différences Régionales	Causes de mortalité	Caractéristiques
Points communs entre les régions	Traumatismes involontaires	Grande cause de mortalité et d'incapacité chez les adolescents. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les accidents de la route figurent: parmi les 5 premières causes de décès des adolescents dans toutes les Régions, tous les âges et dans tous les sexes sauf parmi les adolescentes en Afrique.</li> <li>- La noyade est aussi une cause importante de décès chez les adolescents dans toutes les régions sauf en Afrique</li> </ul>
	Les complications de la grossesse et de l'accouchement	Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de mortalité au monde chez les jeunes filles de 15 à 19 ans. Le taux de 34 pour 100 000 observé dans la région Africaine est le plus élevé de toutes les Régions de l'OMS
	Suicide	Principale cause de mortalité chez les adolescents et adolescents âgés de 15 à 19 ans. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le suicide figure parmi les 5 premières causes de mortalité dans toutes les régions sauf en Afrique</li> </ul>
	Maladies infectieuses (en dehors du VIH-SIDA)	Les infections des voies respiratoires inférieures figurent parmi les 5 premières causes de décès dans toutes les régions sauf dans les régions à revenus élevés et le Pacifique Occidental.  Les Maladies diarrhéiques sont surtout fréquentes dans les tranches d'âge de 10-14 ans  Ensemble les infections respiratoires et les méningites contribuent pour 21% de tous les décès des adolescents dans la Région Africaine
Différences et variations régionales	VIH	La Région Africaine a de loin les taux les plus élevés de mortalité chez les adolescents, le VIH contribue pour 16% de ces décès et pour 90% des décès liés au VIH chez les adolescents dans le monde.
	Violences interpersonnelle	La violence est une cause majeure de décès. Au plan mondial, quelque 30% des jeunes filles de 15 à 19 ans sont soumises à la violence d'un partenaire.
Particularités régionales		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 décès sur 3 chez les adolescents males dans la Région des Amériques est dû aux violences interpersonnelles</li> <li>• 1 décès sur 5 chez les adolescents dans les pays à revenus élevés est dû aux accidents de la route</li> <li>• 1 décès sur 6 chez les adolescents dans la Région Africaine est dû au VIH</li> </ul>
Variations par âge and par sexe		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La Mortalité est légèrement élevée pour les tranches d'âge de 15-19 ans comparée à celles de 10-14 ans (127 and 94 pour 100,000 respectivement). Cette même tendance a été notée dans le passé et qui continue jusqu'aux tranches d'âges de 20-24 ans</li> <li>- Les taux de mortalité sont, de façon consistante, élevés chez les garçons comparés aux filles, souvent substantiellement élevé sauf pour les tranches d'âge de 10-14 ans dans la Région Africaine.</li> <li>- Les taux de mortalité souvent élevé chez les garçons reflètent plus les décès dus aux accidents de route et aux violences interpersonnelles.</li> </ul>

## 2.2.1.2 DALY chez les adolescents

### A. Taux de DALY chez les adolescents de 10-19 ans

Les années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY en Anglais : Disability Adjusted Life Years) sont une mesure des années de vie saine perdue en raison de la maladie, l'incapacité ou une mortalité prématurée. Elles estiment l'écart entre l'état de santé actuel et l'état de santé idéal, pour une population entière vivant jusqu'à un âge avancé sans maladie et sans infirmité. Les DALY est donc une mesure des années de vie en parfaite santé qui ont été perdues. Les DALY sont calculées comme la somme des années de vie potentielle perdues (Years of Life Lost – YLL) en raison d'une mortalité prématurée et des années de vie productives perdues en raison d'incapacités (YLDs = Years Lived with Disability).

La méthode utilisée est celle du Fardeau Global de la Maladie (Global Burden of Disease). Le DALY intègre les notions de mortalité et de morbidité et constitue une base particulièrement utile pour définir les priorités de santé publique durant l'adolescence. En combinant les données de morbidité et de mortalité, il indique l'impact total des problèmes de santé des adolescents et des comportements sanitaires au cours de la durée de vie et sur la santé publique en général [3].

Selon le Rapport 2014, entre 2000 et 2012, au plan mondial, les DALYs ont diminué de 165 à 152 pour 1000 population [3].

Le tableau 2.4 montre les taux de DALY dans les Régions de l'OMS en 2012. Il ressort de ce tableau que la Région Africaine a enregistré le taux de DALYS le plus élevé du monde en 2012. Les taux plus faibles ont été enregistrés dans les Régions du Pacifique Occidental et les Amériques.

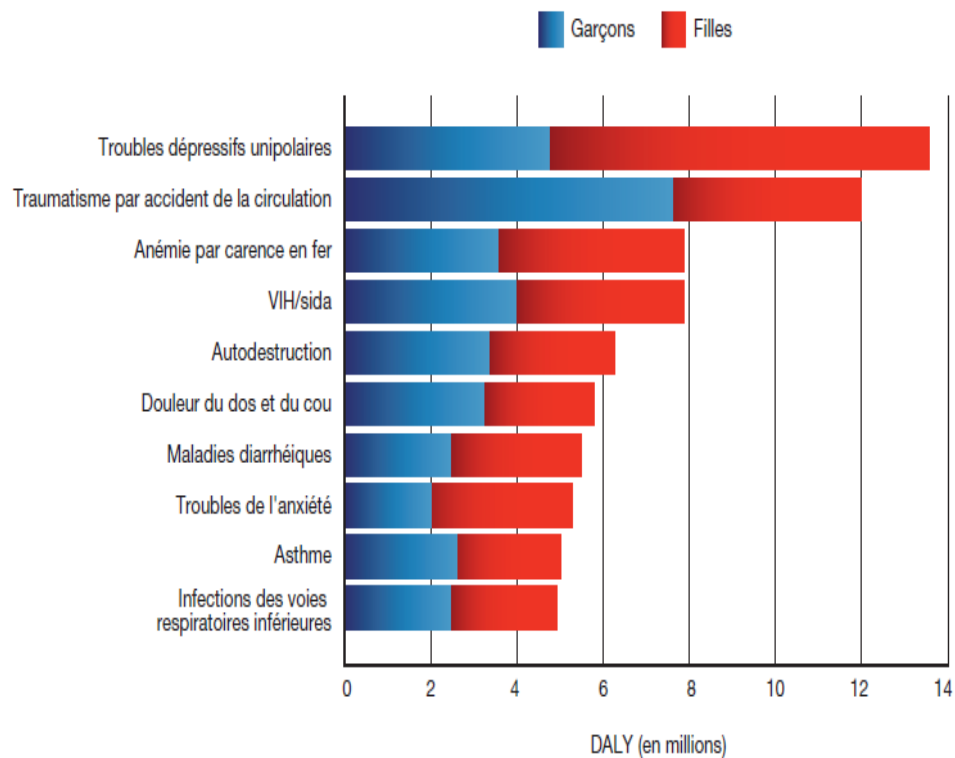
Tableau 2.4 : Taux de DALY dans les Régions de l'OMS en 2012

Régions OMS	Taux de DALY pour 1000
Afrique	300
Méditerrané Orientale	165
Asie du Sud Est	148
Les Amériques	125
Europe	111
Pacifique Occidental	84
Pays à revenus élevés	84
Monde	152

Source : Rapport : La santé pour les adolescents du monde [3]

### B. Causes de DALY chez les adolescents, par âge et par sexe

A exception du VIH, les principales causes de DALY chez les adolescents ont peu changé entre 2000 et 2012. Le graphique 2.2 présente les 10 premières causes de DALY dans le monde en 2012. Il ressort de ce graphique que les 5 premières causes de DALY chez les adolescents sont: la dépression, les accidents de de la route, les anémies par carence en fer, le VIH-SIDA et les autodestructions. Cette structure des causes de décès (ou de maladie) varie dans les différentes régions de l'OMS, notamment dans la Région AFRO.



Graphique 2.2 : Les 10 premières causes de DALY chez les adolescents, par sexe

### C. Points communs et différences entre les Régions de l'OMS

Le tableau 2.5 résume les caractéristiques des DALYs chez les adolescents de 10-19 ans dans les Régions de l'OMS. Ces informations ont été extraites du rapport 2014 de l'OMS sur les adolescents. Ce tableau fait ressortir pour les Régions de l'OMS, d'une part, les similarités et les différences par sexe et âge, et d'autre part, les similarités et différences entre les régions et les causes.

On note en ce qui concerne la Région Afrique de l'OMS, la prédominance du VIH, les accidents de la route et les complications maternelles comme causes principales de DALY.

Tableau 2.5 : Caractéristiques des DALY dans les régions de l’OMS

Points communs et Différences Régionales	Causes de DALY	Caractéristiques
Similarités et différences: sexe et age		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il y a des similarités et des différences, d’une part, entre les garçons et les filles, et d’autre part, entre les tranches d’âge 10-14ans et les tranches d’âge de 15-19 ans : Ceci a des implications au plan politique, stratégiques et programmatique. Par exemple, les comportements à risque pour la santé tels que l’usage de l’alcool sont prédominants chez les garçons) et alors que les complications maternelles débutent au cours de la période de 15-19 ans.</li> <li>- Au plan mondial, les DALYs sont généralement légèrement élevés chez les garçons que chez les femmes.</li> </ul>
Similarités et différences entre les régions et les causes	VIH-SIDA	- Prédominance du VIH dans la Région africaine
	Depression	- La dépression figure parmi les 3 premières de cause DALY dans toutes les régions sauf dans la Région Africaine
	Accidents de la route	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les accidents de la route sont la première cause de DALY parmi les adolescents de 15-19 ans dans toutes les régions, de même que dans une certaine mesure pour les tranches d’âge de 10-14 ans.</li> <li>- Les taux sont substantiellement plus élevés pour les garçons que les filles dans ces deux tranches d’âge.</li> <li>- Taux les plus élevés ont été enregistrés dans la Région Africaine</li> <li>- L’usage de l’alcool par les adolescents et jeunes est un facteur favorisant.</li> </ul>
	Violence et auto destruction	- La violence constitue la deuxième cause de DALY dans l’ensemble des régions chez les adolescents de 15-19 ans, mais première cause de DALY dans la Région des Amériques
	Alcool and substance	- L’usage de l’alcool figure parmi les 5 premières causes de DALY chez les garçons de 15-19 ans dans les 4 Régions suivantes : Amériques, Pacifique de l’ouest, Europe et les pays à revenus élevés où c’est la première cause.
	Complications maternelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chez les filles de 15-19 ans, les complications maternelles constituent la troisième cause de DALY en 2012, contribuant pour 5%</li> <li>- Dans la Région Africaine, elles viennent en deuxième position avec un taux de daly estimé à 26 pour 1000..</li> </ul>

## 2.2.2 Situation dans l’espace CEDEAO

La situation de la santé des adolescents et jeunes de la Région Afrique de l’OMS décrite dans la section précédente en dit long sur la situation des adolescents et jeune de l’Espace CEDEAO. Le Rapport Mondial sur les adolescents ne donnant malheureusement pas de détails par pays, dans cette section, nous allons nous contenter de quelques données retrouvées dans la littérature sur l’état de santé des adolescents et jeunes de ‘espace CEDEAO.

### 2.2.2.1 Mortalité chez les adolescents et jeunes

Les pays de l’Espace CEDEAO faisant partie intégrante de la Région Afrique de l’OMS vivent les mêmes réalités que la Région en ce qui concerne la mortalité chez les adolescents et les jeunes. Les principales causes de la mortalité chez les adolescents et les jeunes dans la Région comme vu dans la section précédente sont : le VIH, les accidents de la route et les complications maternelles.

## A. Complications de la grossesse et de l'accouchement

Selon l'OMS [20], la grossesse chez l'adolescente reste l'un des principaux facteurs de mortalité de la mère et de l'enfant et contribue au cycle (cercle vicieux) de la mauvaise santé et de la pauvreté. En effet, près de 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et quelque 1 million de jeunes filles âgées de moins de 15 ans mettent au monde des enfants chaque année – la plupart dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Ce faisant, les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent la deuxième cause de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde. Les avortements à risque constituent la principale de ces complications. En effet, chaque année, près de 3 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans subissent des avortements à risque qui constituent un sérieux problème de santé publique en Afrique sub-Saharienne. Le tableau 2.6 résume les informations sur les avortements à risque en Afrique sub-saharienne extrait du Rapport 2008 de l'OMS sur les avortements à risque chez les femmes de 15-44 ans (rapport le plus récent retrouvé). Il ressort de ce tableau que l'Afrique subsaharienne contribue pour 25% au nombre d'avortements à risque dans le monde et 61% des décès maternels dus aux avortements à risque. Le taux d'avortement est plus de deux fois élevé que celui du monde ; il en est de même du taux de létalité lié aux avortements à risque.

Selon l'OMS, près de 60 % des avortements à risque en Afrique concernent les femmes âgées de moins de 25 ans et près de 80 % les femmes de moins de 30 ans [21,22].

Tableau 2.6 : Incidence et mortalité due à l'avortement à risque en Afrique sub-Saharienne en 2008

	Incidence des avortements à risque		Mortalité liée aux avortements à risque			
	Nombre d'avortements à risque	Taux d'avortements à risque (pour 1000 femmes âgées de 15-44 ans)	Nombre de décès maternels dû aux avortements à risque	Ratio de mortalité due aux avortements à risque (pour 100 000 naissances vivantes)	% de décès maternel dû aux avortements à risque	Taux de létalité lié aux avortements à risque (décès pour 100 000 avortements)
Afrique sub-Saharienne	5 510 000	31	28 600	90	14	520
Monde	21 600 000	14	47 000	30	13	220
% Afrique subsaharienne/Monde	25,5		60,9			

Source : [20]

## B. Mortalité due au VIH et aux accidents de la route

Le VIH et les accidents de la route occupent une large place et font partie des principales causes de la mortalité chez les adolescents et les jeunes dans la Région Afrique de l'OMS. Bien que nous ne disposons pas de données directes relatives aux adolescents et jeunes dans l'espace CEDEAO, nous allons utiliser comme proxy la situation de la population générale pour tout au moins montrer le contexte dans lequel vivent les adolescents et jeunes dans chacun de ses pays par rapport aux décès liés au VIH et aux accidents de la route.

Le tableau 2.7 présente l'estimation du nombre de décès dus au VIH/SIDA et le taux de décès par accidents de la route dans les 15 pays de l'Espace CEDEAO.

Il ressort de ce tableau, qu'en ce qui concerne le VIH-SIDA, les adolescents et jeunes de Cap-Vert vivent dans un environnement où la prévalence et les décès sont bas ; par contre ceux

vivant en Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Nigeria et Togo vivent dans un environnement où les prévalences et les décès sont élevés.

Il ressort de ce tableau, qu'en ce qui concerne les accidents de la route, les adolescents et jeunes de l'espace CEDEAO vivent dans un environnement où les taux de mortalité liés aux accidents sont extrêmement élevés. La situation semble plus préoccupante au Liberia, Togo, Burkina Faso et Gambie.

Tableau 2.7 : Estimation du nombre de décès dus au SIDA et du taux de décès dus aux accidents de la route pour 100000 habitants

Pays	Prévalence VIH - adulte (âges 15-49) * (2012)	Estimation du nombre de décès dus au sida* (en 2012)	Estimation du taux de décès des accidents de la route pour 100000 habitants**
1. Bénin	1,1	3100	27,7
2. Burkina Faso	1,0	5500	30
3. Cap-Vert	0,2	<100	26,1
4. Côte d'Ivoire	3,2	31000	24,2
5. Gambie	1,3	<1000	29,4
6. Ghana	1,4	12000	26,2
7. Guinée	1,7	5100	27,3
8. Guinée-Bissau	3,9	2300	27,5
9. Liberia	0,9	1700	33,7
10. Mali	0,9	4900	25,6
11. Niger	0,5	3400	26,4
12. Nigeria	3,1	240000	20,5
13. Sénégal	0,5	1900	27,2
14. Sierra Leone	1,5	3300	27,3
15. Togo	2,9	7200	31,1

Source : \* Rapport ONUSIDA 2013 (23]

\*\* Rapport global sur les Accidents de la route [24]

### 2.2.2.2 Morbidité chez les adolescents et jeunes

La morbidité est importante pour définir des priorités sanitaires des adolescents et des jeunes. Bien que les informations spécifiques sur la morbidité des adolescents et jeunes de l'espace CEDEAO sont peu nombreuses, nous avons pu en obtenir quelques-unes. Les données sur la morbidité autorisent une certaine estimation du grand nombre de maladies non - fatales et de conditions qui se développent pendant adolescence grâce à l'exploitation des rapports des enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes à indicateurs multiples. Nous avons présenté dans cette section des informations sur quatre morbidités chez les adolescents et les jeunes de l'espace CEDEAO : Infections Sexuellement transmissibles, le VIH-SIDA, la nutrition et l'anémie.

#### A. Prévalence des Infections Sexuellement transmissibles

Les enquêtes démographiques et santé et les enquêtes démographiques et de santé et à indicateurs multiples réalisées dans les différents pays de l'Espace CEDEAO ont permis d'estimer une « prévalence déclarée » des infections sexuellement transmissibles (IST). Il a été demandé aux enquêtés ayant déjà eu des rapports sexuels s'ils avaient eu, au cours des 12 mois précédant l'enquête, une IST ou des symptômes associés à la présence de ces infections (Pertes vaginales anormales et malodorantes, plaie/ ulcère génital pour les filles et Écoulement du pénis, plaie/ ulcère génital pour les garçons). Les résultats sont présentés au tableau 2.8 pour les femmes et les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels

- **Cas des filles**

Il ressort de l'examen des données concernant les filles les points saillants suivant :

- Le pourcentage des filles ayant déclaré avoir eu une IST varie de 0,8 % (Sénégal) à 31% (Liberia). Ces pourcentages excèdent 5% (donc relative grande ampleur) dans 6 sur 13 pays.
- Le pourcentage des filles ayant déclaré avoir eu des pertes vaginales anormales et malodorantes varie de 4,5 % (Gambie) à 42,7% (Liberia). Ces pourcentages excèdent 5% (donc relative grande ampleur) dans 11 sur 13 pays de la CEDEAO.
- Le pourcentage des filles ayant déclaré avoir eu des plaies ou ulcère génital varie de 2,5 % (Benin) à 37,1% (Liberia). Ces pourcentages excèdent 5% (donc relative grande ampleur) dans 7 sur 13 pays de la CEDEAO.
- Le pourcentage des filles ayant déclaré avoir eu une IST, ou pertes ou plaie ou ulcère varie de 6,6% (Niger) à 53,7% (Liberia). Ces pourcentages excèdent 5% (donc relative grande ampleur) dans 13 sur 13 pays de la CEDEAO.

Notons que la situation semble très préoccupante au Liberia.

- **Cas des garçons**

Il ressort de l'examen des données concernant les garçons les points saillants suivant :

- Le pourcentage des garçons ayant déclaré avoir eu une IST varie de 0,2 % (Sénégal) à 13,8% (Liberia). Ces pourcentages excèdent 5% (donc relative grande ampleur) dans 5 sur 13 pays. Le pourcentage des garçons ayant déclaré avoir eu des écoulements du pénis varie de 1,1 % (Burkina Faso) à 14,1% (Liberia). Ces pourcentages excèdent 5% (donc relative grande ampleur) dans 7 sur 13 pays de la CEDEAO.
- Le pourcentage des garçons ayant déclaré avoir eu des plaies ou ulcère génital varie de 0,95 % (Sénégal) à 8,4% (Liberia). Ces pourcentages excèdent 5% (donc relative grande ampleur) dans 4 sur 13 pays de la CEDEAO.
- Le pourcentage des garçons ayant déclaré avoir eu une IST, ou écoulements du pénis ou plaie ou ulcère varie de 1,7% (Burkina Faso) à 19,0% (Liberia). Ces pourcentages excèdent 5% (donc relative grande ampleur) dans 7 sur 13 pays de la CEDEAO.

Tableau 2.8 Prévalence déclarée des infections sexuellement transmissibles (IST) et symptômes déclarés d'IST parmi les femmes et les hommes de 15-24 ans

Pays	Filles				Garçons			
	Une IST	Pertes vaginales anormales et malodorantes	Plaie/ ulcère génital	IST/ pertes/ plaie ou ulcère	Une IST	Écoulement du pénis	Plaie/ ulcère génital	IST/Écoulement/plaie ou ulcère
1. Bénin	3,3	7,4	2,5	9,9	7,5	6,7	4,3	12,6
2. Burkina Faso	3,4	9,6	3,2	11,0	1,0	1,1	1,0	1,7
3. Cap-Vert								
4. Côte d'Ivoire	9,3	26,9	5,7	29,4	6,5	8,4	5,0	13,2
5. Gambie	1,8	4,5	4,7	7,8	1,0	1,6	2,4	4,2
6. Ghana	5,2	24,6	8,7	26,4	3,4	6,9	1,8	8,3
7. Guinée	6,8	39,9	11,7	41,8	7,1	9,8	5,3	14,2
8. Guinée-Bissau								
9. Liberia	30,9	42,7	37,1	53,7	13,8	14,1	8,4	19,0
10. Mali	13,2	21,4	11,2	27,7	3,9	7,8	2,7	9,9
11. Niger	1,6	5,4	3,1	6,6	1,2	2,8	0,4	2,8
12. Nigeria	3,2	6,1	3,7	8,0	1,8	2,8	1,5	4,2
13. Sénégal	0,8	11,2	3,4	13,2	0,2	2,8	0,9	3,5

14. Sierra Leone	10,5	18,0	13,4	23,3	13,4	12,8	6,7	17,3
15. Togo	3,2	17,1	12,9	22,7	2,2	3,1	2,1	4,9

Source : EDS des Pays [25-39]

### B. Prévalence du VIH chez les adolescents et jeunes

Le tableau 2.9 présente la prévalence du VIH dans les pays de l'espace CEDEAO. Comme le montre ce tableau, la prévalence du VIH varie de < 0,1 % (Cap Vert) à 1,7% (Guinée-Bissau) chez les filles et de < 0,1% (Cap-Vert, Liberia, et Niger) à 0,9% (Guinée-Bissau). D'une manière générale, les prévalences sont plus élevées chez les filles que chez les garçons. Cette même tendance de féminisation de l'infection s'observe aussi dans la population générale.

Tableau 2.9 : Prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans dans l'Espace CEDEAO

Pays	Fillles	Garçons
	Pourcentage de jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui vivent avec le VIH, 2012 (Rapport ONUSIDA 2013) [23]	Pourcentage de jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui vivent avec le VIH, 2012 (Rapport ONUSIDA 2013) [23]
1. Bénin	0,4	0,2
2. Burkina Faso	0,5	0,4
3. Cap-Vert	< 0,1	< 0,1
4. Côte d'Ivoire	1,2	0,7
5. Gambie	0,5	0,2
6. Ghana	0,5	0,3
7. Guinée	0,8	0,4
8. Guinée-Bissau	1,7	0,9
9. Liberia	0,1	< 0,1
10. Mali	0,3	0,2
11. Niger	0,1	< 0,1
12. Nigeria	1,3	0,7
13. Sénégal	0,3	0,1
14. Sierra Leone	1,0	0,3
15. Togo	0,9	0,5

Source : Rapport ONUSIDA 2013 [23]



### C. Etat nutritionnel des adolescentes de 15-19 ans

L'état nutritionnel est l'un des déterminants de la mortalité maternelle, du bon déroulement des grossesses ainsi que de leur issue. Il influe aussi sur la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. L'état nutritionnel des femmes est conditionné à la fois, par la balance énergétique, leur état de santé et le temps écoulé depuis la dernière naissance.

Le tableau 2.10 montre la proportion des adolescentes de 15-19 ans présentant un état de déficience énergétique chronique et la proportion d'adolescentes présentant un surpoids ou obésité dans les pays de l'espace CEDEAO.

Ce tableau montre que la proportion des adolescentes de 15-19 ans présentant un état de déficience énergétique chronique varie 11,8% (Togo) à 34,5% (Sénégal). Dans 10 pays sur les 13, dont les données sont disponibles, la proportion des adolescentes présentant une déficience énergétique chronique est supérieure à 15%. On constate en outre que la proportion des adolescentes de 15-19 ans présentant une maigreur modérée et sévère varie de 3,5 % (Cote d'Ivoire et Togo) à 18,4% (Niger). Dans 8 pays sur les 13 dont les données sont disponibles, la proportion des adolescentes présentant une maigreur modérée est supérieure à 5%.

Bien qu'encore de moindre ampleur, on note aussi une tendance au surpoids chez les adolescentes des pays de l'Espace CEDEAO. Le tableau 2.10 montre que la proportion des adolescentes de 15-19 ans présentant un surpoids varie 11,8% (Togo) à 2,7% (Sénégal). Dans 10 pays sur les 13, dont les données sont disponibles, la proportion des adolescentes présentant une déficience énergétique chronique est supérieure à 15%.

Tableau 2.10 : État nutritionnel des adolescentes de 15-19 ans, pays CEDEAO

	Indice de Masse Corporelle <18,5 (Total (maigre))	Indice de Masse Corporelle <17 (Maigreur modérée et sévère)	Indice de Masse Corporelle >=30,0 (Obèse)
1. Bénin	13,2	3,7	2,7
2. Burkina Faso	23,4	7,8	0,6
3. Cap-Vert			
4. Côte d'Ivoire	16,4	3,5	1,4
5. Gambie	27,0	8,5	2,2
6. Ghana	16,2	4,3	1,6
7. Guinée	18,8	5,4	0,8
8. Guinée-Bissau			
9. Liberia	15,0	5,2	0,3
10. Mali	19,4	5,3	1,3
11. Niger	30,5	18,4	1,1
12. Nigeria	23,1	9,3	1,1
13. Sénégal	34,5	15,8	0,5
14. Sierra Leone	15,4	4,8	1,4
15. Togo	11,8	3,5	1,8

Source : EDS des pays [25-39]

### D. Prévalence de l'anémie chez les femmes

Le tableau 2.11 présente la prévalence de l'anémie selon le niveau d'hémoglobine chez les adolescentes de 15-19 ans. Il ressort de l'examen de ce tableau que l'anémie a une forte prévalence au sein des adolescentes de l'espace CEDEAO. En effet, la proportion des adolescentes de 15-19 ans présentant une anémie varie 34,2% (Cap-Vert) à 63,% (Ghana). Dans 11 pays sur les 12, dont les données sont disponibles, la proportion des adolescentes présentant une anémie est supérieure à 40%.

Tableau 2.11 : Anémie selon le niveau d'hémoglobine :

## Pourcentage des adolescentes de 15-19 ans anémiques

Pays	Anémie (NP <12,0 g/dl / P <11,0 g/dl)	Sévère (NP < 7,0 g/dl / P < 7,0 g/dl)
1. Bénin	41,6	0,2
2. Burkina Faso	47,9	1,5
3. Cap-Vert	34,2	0,5
4. Côte d'Ivoire	53,9	0,3
5. Gambie	58,2	1,5
6. Ghana	63,0	1,8
7. Guinée	47,1	1,0
8. Guinée-Bissau		
9. Liberia		
10. Mali	50,8	1,8
11. Niger	46,0	0,9
12. Nigeria		
13. Sénégal	55,5	2,3
14. Sierra Leone	49,5	0,6
15. Togo	54,7	1,3

Source : EDS des pays [25-39]

### 2.3 ANALYSE DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES

Selon le dictionnaire le Petit Robert [40], la société se définit entre autres, comme « un ensemble des individus entre lesquels existent des rapports durables et organisés, le plus souvent établis en institutions et garantis par des sanctions, milieu humain par rapport aux individus, ensemble des forces du milieu agissant sur les individus (contraintes sociales).

Le contexte social dans lequel vivent les adolescents et les jeunes déterminent largement leur état de santé. Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local [16]. On observe au sein même des pays de très grandes différences d'état de santé qui sont étroitement liées à la condition sociale. Ces inégalités en santé, qui pourraient être évitées, tiennent aux circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi qu'aux systèmes de soins qui leur sont offerts. A leur tour, les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent dépendent de forces politiques, sociales et économiques. Les politiques sociales et économiques déterminent en grande partie les chances qu'a un enfant de se développer pleinement et de mener une vie épanouie.

Les pays offrent aux adolescents et jeunes des systèmes et structures d'opportunité au fur et à mesure qu'ils grandissent. Puisque la santé et les comportements sanitaires se développent depuis l'adolescence (et même l'enfance) à l'âge adulte, la manière dont ces systèmes structures d'opportunité affectent la santé des adolescents et des jeunes est importante pour la santé de l'ensemble population du pays. Les facteurs ou déterminants structurels cruciaux qui affectent la santé des populations en général, et celle des adolescents et jeunes en particulier, comprennent les systèmes politiques et économiques, la richesse du pays et surtout sa répartition au sein du pays, le système éducatif y compris l'accès à l'éducation, le système de santé y compris l'accès aux soins de santé, les opportunités d'emploi pour les jeunes, la pauvreté, la migration et l'itinérance, et les facteurs culturels tels que l'inégalité de sexe, de

genre et ethnique, ainsi que des facteurs comme les guerres ou conflits et le changement climatique [11, 15].

Dans cette section, nous examinerons le contexte social dans lequel vivent les adolescents et jeunes de l'espace CEDEAO. Après avoir présenté une perspective anthropologique de la l'adolescence et la société, nous allons analyser 1) les déterminants sociaux structurels, 2) les déterminants sociaux proximaux liés à la famille, à l'école et à l'adolescent ou jeune.

### **2.3.1 Adolescence et Société : Perspective Anthropologique**

Comme l'a fait observer Emmanuelli dans son livre « L'adolescence » [42], on a peu parlé de l'adolescence durant des siècles, on en parle tout au contraire de plus en plus aujourd'hui. Depuis la fin du XIXème siècle, en effet, l'adolescence est placée par les adultes sous le signe de l'inquiétude, de l'agitation, puis de la violence. Stanley Hall publie en 1904, le premier livre de psychologie de l'adolescent, qui constitue une somme importante. Sa conception du développement reste cependant marquée par les idées du XIXème siècle et s'inspire de la théorie de l'évolution. Il donne une grande place au biologique, tout en reprenant le concept romantique d'une adolescence tumultueuse, en proie au stress et au conflit, où dominant enthousiasme, fougue, mais aussi instabilité : à ce titre, elle répète selon Stanley Hall la période de tumulte qui, dans l'histoire de l'humanité, aurait précédée l'apparition de la civilisation. Ce point de vue marquera longtemps la psychologie américaine. Il est cependant mis en doute par les tenants de l'anthropologie culturelle qui mettent en évidence, par l'étude d'autres sociétés, la relativité de cette description et le rôle fondamental joué par la culture [42]

L'anthropologie culturelle se base sur des enquêtes de terrain menées dans les sociétés dont l'organisation sociale et la culture sont différentes afin de discerner, par exemple, la part des constructions de l'esprit par rapport à la réalité des faits biologiques : C'est ainsi que Margaret Mead étudie l'éducation dans les îles Samoa, puis en Nouvelle-Guinée, sociétés alors protégées des influences occidentales [42].

L'étude du déroulement de l'adolescence des jeunes filles dans les îles Samoa se présente dès l'introduction comme l'utilisation de la méthode anthropologiques pour mettre en question les théories psychologiques récentes qui, face aux manifestations de malaise présentées par les adolescents américains au début du XXe siècle, proposent de les expliquer par les caractéristiques inéluctables de l'âge[42].

Mead y conteste le point de vue de Hall présentant l'adolescence comme « l'époque de la vie où fleurit l'idéalisme, où prend corps la révolte contre toute autorité, où heurts et conflits sont inévitables », en dégageant le rôle central des facteurs sociaux sur ce qui se joue à cette période. Dans cet ouvrage, elle décrit, chez les Samoans, une société dans laquelle l'adolescence « n'est pas nécessairement une période tendue et tourmentée », et où la puberté physiologique n'est pas inéluctablement génératrice de conflits [42].

Soucieuse de proposer une réflexion éclairant les méthodes éducatives américaines, elle compare les deux civilisations, et explique les conflits et le malaise présentés par les adolescents américains après 1918 par une évolution sociale qui les plonge, à divers niveaux, dans la contradiction : « La tension, les contraintes sont dans notre civilisation même ; elles ne sont pas la conséquence des transformations physiques que subissent les enfants ». Les choix qui s'imposent à la jeunesse américaine, et qui placent cette génération dans une position de rupture par rapport à la génération précédente, les contradictions portées par une société qui ne

s'accorde plus, comme dans les sociétés primitives, sur un unique modèle de vie, les pressions économiques et sociales et la rigidité de la morale sexuelle, expliquent à ses yeux les difficultés psychiques des adolescents américains au début du XXe siècle[42]..

Ces travaux, auxquels s'ajoutent des apports divers et parfois contradictoires de Malinowski, Roheim, Bateson, Maurice Godelier plus récemment, ont effectivement mis en évidence le rôle que joue la société dans la manière dont les adolescents abordent cette période, dans la durée variable qu'on accorde à celle-ci, et montré la diversité des moyens avec lesquels les sociétés marquent cette transition essentielle entre deux périodes de vie : l'une asexuée, selon la société traditionnelle, et l'autre marquée par l'accès au monde sexuel [42].

La durée de la phase de transition -l'adolescence- varie selon les cultures, et « répond à une période de subordination prolongée créée pour favoriser les exigences de la classe dominante, les adultes », à l'image de ce que l'on observe dans les nombreuses sociétés animales. Dans la plupart d'entre elles, en effet, il faut trouver des aménagements pour gérer les jeunes du groupe à partir du moment crucial de la puberté : l'accès de ces derniers aux capacités de reproduction entraîne des réponses variables allant de l'intégration, avec maintien d'une dépendance hiérarchique, à l'exclusion des jeunes [42].

Un tel constat n'est pas en contradiction avec l'idée proposée par la psychanalyse, selon laquelle l'adolescence constitue une étape importante de réactivation des conflits, qui engage chez le jeune sujet la nécessité d'une élaboration psychique. Mais les sociétés traditionnelles ont, dans la majorité des cas, mis en place des rites pour marquer symboliquement le passage de l'enfance à l'âge adulte : ces rites d'initiation introduisent les adolescents à la société des adultes, sur un mode contrôlé par ces derniers. Ce faisant, ils entretiennent le travail psychique individuel en servant de cadre d'expression socialisée aux conflits inhérents à cette période de transition entre le monde de l'enfance et le monde adulte. Ils offrent, par le jeu de la symbolisation, des aménagements psychiques à l'angoisse de castration qu'entraîne l'accès à la maturité sexuée, et à la problématique de séparation. L'absence – rare- de ces rites est dans certains cas palliée par l'organisation sociale des groupes d'adolescents, qui souligne également le statut particulier accordé à cette classe d'âge, du fait de sa spécificité explicitement ou implicitement reconnue par les sociétés[42]..

Dans les sociétés industrialisées, certaines expériences telles que le certificat d'études, les rites religieux, le service militaire ont pu un temps prendre la place valeur de rituel initiatique du fait de leur portée symbolique. Leur caractère individuel et leur hétérogénéité ne permettent pas, toutefois, l'inscription dans un symbolisme porté par le corps social, ce qui donne à la famille et à son réseau d'interactions avec l'adolescent une importance accrue. La disparition des rites a comme conséquence une défaillance des processus de figuration : elle peut être considérée comme un facteur de déstabilisation des adolescents, livrés à eux-mêmes pour faire face aux conflits et utilisant leurs propres rites initiatiques tels que les errances ou recours aux drogues. La maladie mentale elle-même peut avoir pour certains adolescents valeur de rituel [42].

### **2.3.2 Analyse des déterminants sociaux structurels de la santé des adolescents et jeunes**

Rappelons que les déterminants sociaux structurels se définissent comme « la façon dont une société est organisée à l'égard de contextes sociaux, économiques et politiques ».

Les différents paramètres inclus sont : 1) l'héritage colonial et les antécédents de mouvements sociaux, 2) la démographie, 3) l'économie, 4) le système de santé, 5) l'éducation, 6) l'emploi, 7) l'environnement physique, 8) la culture et 9) l'équité en santé.

### **2.3.2.1 Héritage colonial, antécédents de conflits et antécédents de mouvements sociaux dans les pays de la CEDEAO**

Le passé colonial et des pays africains en général et ceux des pays de l'espace CEDEAO en particulier a laissé des empreintes pouvant influencer la santé des populations en général et celle des adolescents et jeunes en particulier. En effet, dans la plupart des pays africains le système de santé, de l'éducation pour ne citer que ceux-là dépendent largement des systèmes des pays colonisateurs. Il en est de même que les antécédents de conflits. Les effets néfastes des conflits armés sur la vie des adolescents et jeunes sont largement décrits [2, 14].

Parmi les principales menaces qui pèsent sur l'enfance – violence, maltraitance et exploitation – nombreuses sont celles qui sont particulièrement exacerbées pendant l'adolescence. Les adolescents sont les premiers à être enrôlés dans des conflits (enfants soldats) ou à être forcés de travailler dans des conditions dangereuses (enfants travailleurs) [19].

Les mouvements sociaux en milieu scolaire et universitaire, comme les grèves, exposent les adolescents et jeunes à des situations à risque (libertinage, prostitution etc... Mais ces aspects sont peu documentés dans la littérature [44, 45].

Le tableau 12.2 montre que 8 des 15 pays de la CEDEAO ont hérité du système francophone, 5 du système anglophone et 2 du système lusophone. De même le tiers des pays de la CEDEAO ont des antécédents de conflits (les deux dernières décennies).

Tableau 2.12 : Héritage colonial, antécédents de conflits sociaux dans les pays de la CEDEAO

Pays	Anglophone	Francophone	Lusophone	Antécédents de conflits dans les pays d'Afrique subsaharienne
1. Bénin		OUI		
2. Burkina Faso		OUI		
3. Cap-Vert			OUI	
4. Côte d'Ivoire		OUI		OUI
5. Gambie	OUI			
6. Ghana	OUI			
7. Guinée		OUI		OUI
8. Guinée-Bissau			OUI	OUI
9. Liberia	OUI			OUI
10. Mali		OUI		
11. Niger		OUI		
12. Nigeria	OUI			
13. Sénégal		OUI		
14. Sierra Leone	OUI			
15. Togo		OUI		OUI
Ensemble	5	8	2	5

### 2.3.2.2 Démographie des Adolescents et Jeunes dans les pays de la CEDEAO

Les caractéristiques de la population sont essentielles pour la compréhension de la nature et du fonctionnement des sociétés et des communautés ; elles constituent aussi des points instructifs pour l'étude d'une population. Par exemple, la structure d'âge - la taille comparative des groupes d'âge spécifiques relatives à une population dans son ensemble - ne montre pas seulement l'absolu ou la taille relative de chaque groupe de la population, mais aussi peut potentiellement beaucoup révéler sur l'histoire de la population, les défis politiques, économiques et de sécurité présents et futurs des pays [46].

Cette section du rapport explore la structure de l'âge et le sexe des adolescents et des jeunes dans l'Espace CEDEAO.

#### A. Caractéristiques démographiques des populations de l'Espace CEDEAO

L'Afrique est le continent qui a la population la plus jeune au monde. Les jeunes constituent la proportion la plus importante de la population en Afrique subsaharienne, avec plus d'un tiers de la population âgée entre de 10 et 24 ans. De plus, l'Afrique subsaharienne est la seule région du monde où le nombre de jeunes ne cesse de croître de manière substantielle. D'ici à 2025, le nombre de jeunes (âgés de 10 à 24 ans) en Afrique subsaharienne devrait passer à 436 millions ; la population devrait augmenter encore pour atteindre 605 millions en 2050. Bien que ce scénario présente des défis, avec les bons investissements, les nations ont une occasion sans précédent de capitaliser sur le potentiel de leur jeune population, afin de renforcer la croissance économique et le développement national [4].

Le tableau 2.13 montre les principales variables démographiques des adolescents et Jeunes dans les 15 pays de la CEDEAO. On constate qu'à l'instar de l'Afrique Sub-saharienne, les jeunes constituent la proportion la plus importante de la population de l'Espace CEDEAO, avec plus d'un tiers de la population âgée entre de 10 et 24 ans dans tous les 15 pays de l'Espace. En effet, le pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans estimée en 2014 [1] varie de 31 % à 33% dans l'Espace CEDEAO. Le pourcentage le plus élevé a été observé au Burkina-Faso.

On constate aussi que l'indice synthétique de fécondité varie de 2,3 à 7,6. Le Cap-Vert ayant l'indice le plus bas et le Niger le plus élevé. Dans l'ensemble des 15 pays l'espérance de vie à la naissance est plus élevée chez les femmes, comparée aux hommes. La plus grande disparité de l'espérance de vie a été observée au Cap-Vert : 71 ans pour les hommes contre 79 ans pour les femmes.

Tableau 2.13 : Caractéristiques démographique des adolescents et Jeunes dans les 15 pays de la CEDEAO

Pays	Population totale (en millions) 2014	Population âgée de 10 à 24 ans (en millions) 2014	Population âgée de 10 à 24 ans (en %) 2014	Indice synthétique de fécondité, 2010-2015	Espérance de vie à la naissance,	
					Hommes	Femmes
1. Bénin	10,6	3,4	32	4,9	58	61
2. Burkina Faso	17,4	5,7	33	5,7	55	57
3. Cap-Vert	0,5	0,2	32	2,3	71	79
4. Côte d'Ivoire	20,8	6,7	32	4,9	50	51
5. Gambie	1,9	0,6	32	5,8	57	60
6. Ghana	26,4	8,3	31	3,9	60	62
7. Guinée	12	3,9	32	5,0	55	57
8. Guinée-Bissau	1,7	0,6	32	5,0	53	56
9. Liberia	4,4	1,4	32	4,8	59	61
10. Mali	15,8	5,0	32	6,9	55	55
11. Niger	18,5	5,7	31	7,6	58	58
12. Nigeria	178,5	55,5	31	6,0	52	53
13. Sénégal	14,5	4,7	32	5,0	62	65
14. Sierra Leone	6,2	2,0	32	4,8	45	46
15. Togo	7,0	2,2	32	4,7	56	57
Ensemble	336,2	105,9				

Source : Rapport: Etat de la population 2014 [1]

- **Proportion des adolescents et jeunes dans les pays de la CEDEAO par tranche d'âge de 5 ans et implications**

Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, le groupe d'âge des 10 à 14 ans reste le plus grand parmi les trois tranches d'âge de cinq ans constituant l'ensemble des « jeunes ». Cette tendance est la même dans les pays dans l'ensemble des sous-régions de l'Afrique Sub-saharienne. —Afrique de l'Ouest, Afrique centrale, Afrique de l'Est, et Afrique australe.

Le tableau 2.14 présente les proportions des adolescents et jeunes dans les pays de l'Espace CEDEAO par les trois tranches d'âge de 5 ans. Ces données ont été extraites des rapports d'Enquête Démographique et Santé des 15 pays de l'Espace CEDEAO [25. à 39]. A l'instar de l'Afrique Sub-saharienne, le groupe d'âge des 10 à 14 ans est le grand dans l'ensemble des 15 pays. Les proportions les élevées ont été retrouvées dans les pays suivant : Mali, Guinée, Niger et Cap-Vert.

Cette tendance démographique a des répercussions sur le développement actuel et futur. Les très jeunes adolescents (âgés de 10 à 14 ans) sont encore considérés comme des personnes à charge qui ont besoin d'accéder au système éducatif, à la santé et aux autres services sociaux, mais pourtant, ils sont rendus invisibles dans les politiques et les programmes. D'une part, ce groupe n'est pas pris en compte par les programmes axés sur les enfants, comme les campagnes

de vaccination et les efforts d'enregistrer les enfants à l'école. D'autre part, les programmes d'éducation par les pairs et les centres jeunesse ont tendance à attirer des jeunes plus âgés et ont rarement pour objectif de répondre aux besoins spécifiques des adolescents très jeunes. Etant donné que la taille de cette cohorte d'âge est susceptible de continuer à croître au cours des prochaines décennies en Afrique subsaharienne, elle continuera à faire pression sur les systèmes d'éducation secondaire et de santé pour fournir des services à cette population [4].

Tableau 2.14 : Proportion des adolescents et jeunes dans les pays de la CEDEAO par tranche d'âge de 5 ans

Pays	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	Source
1. Bénin	14,9	8,3	6,4	EDS 2011-2012
2. Burkina Faso	14,1	8,5	7,1	EDS 2010
3. Cap-Vert*	15	13,5	8,8	EDS 2005
4. Côte d'Ivoire	13,1	9	8,5	EDS 2011-2012
5. Gambie	12,6	10,3	8,8	EDS 2013
6. Ghana	13,1	10,2	7,9	EDS 2008
7. Guinée	15,1	9,1	6,8	EDS 2012
8. Guinée-Bissau	12,2	11,8	9,3	MICS 2010
9. Liberia	13,1	9,8	7,6	EDS 2013
10. Mali	15,3	7,2	5,7	EDS 2012-2013
11. Niger	15	6,3	5	EDS 2012
12. Nigeria	12,3	8,8	7,2	EDS 2013
13. Sénégal	12,8	9,8	8,7	EDS 2010-2011
14. Sierra Leone	12,6	9,8	6,8	EDS 2013
15. Togo	14	8,5	7,4	EDS 2013-2014

- Le Cap Vert ne dispose pas d'EDS récente  
Source : EDS des pays [25-39]

- **Proportion des adolescents et jeunes de 10-24 ans dans les pays de la CEDEAO par sexe**

L'analyse selon le sexe ou l'analyse de genre est importante entre autres, pour les études des marchés de mariage, la formation de la famille, l'équité dans l'accès à la santé, à l'éducation, au marché de travail et aux revenus.

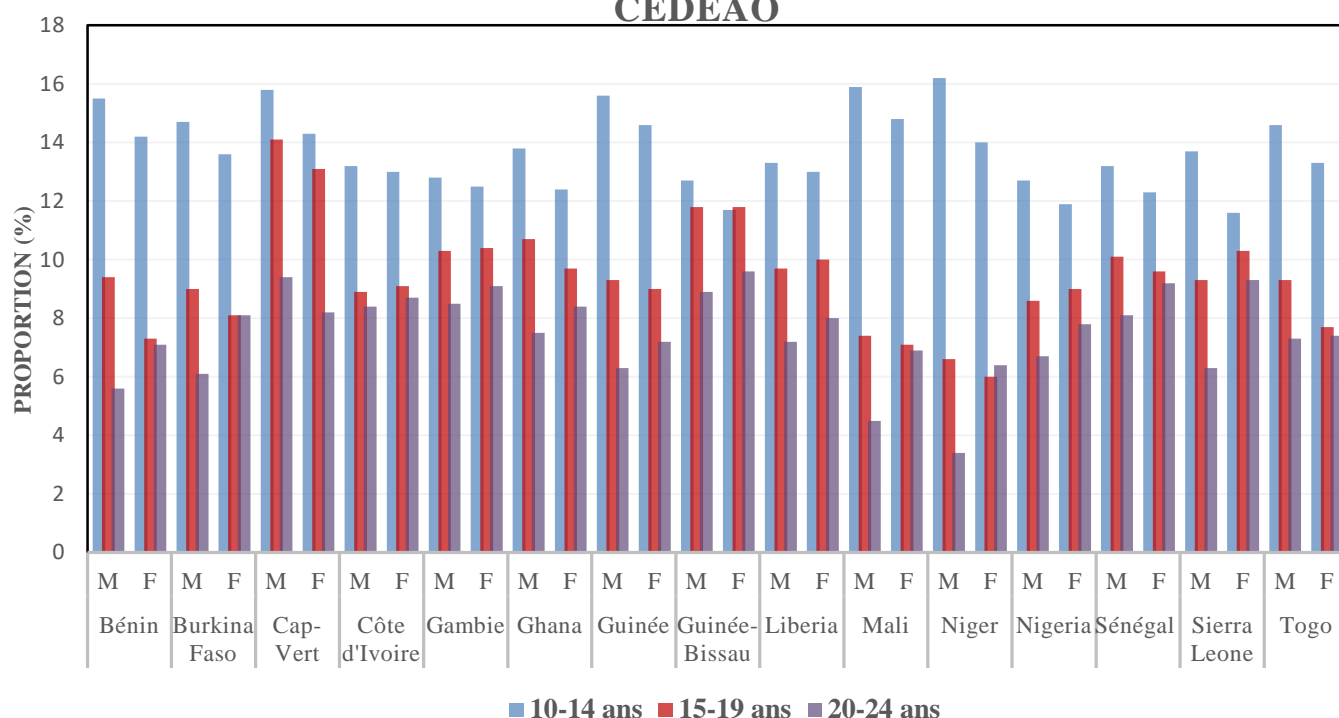
Le tableau 2.15 illustré par le graphique 2.3 présente les proportions des adolescents et jeunes de 10-24 ans dans les pays de la CEDEAO par sexe. Le fait le plus saillant dans ce tableau est la prédominance des proportions des filles adolescentes de la tranche d'âge de 20-24ans dans 14 sur les 15 pays de l'Espace CEDEAO. Le seul pays qui paraît faire exception est le Cap-Vert. Cette tendance démographique a des implications sociales et sanitaires. Effet les jeunes filles de 20-24 ans sont au carrefour de leur vie sexuelle et reproductive avec toutes les conséquences possibles s'ils ne sont pas bien accompagnés.



Tableau 2.15 : Proportion des adolescents et jeunes de 10-24 ans dans les pays de la CEDEAO par sexe

Pays	Groupe d'âge	Masculin	Féminin	Source
1. Bénin	10-14 ans	15,5	14,2	EDS 2011-2012
	15-19 ans	9,4	7,3	
	20-24 ans	5,6	7,1	
2. Burkina Faso	10-14 ans	14,7	13,6	EDS 2010
	15-19 ans	9,0	8,1	
	20-24 ans	6,1	8,1	
3. Cap-Vert	10-14 ans	15,8	14,3	EDS 2005
	15-19 ans	14,1	13,1	
	20-24 ans	9,4	8,2	
4. Côte d'Ivoire	10-14 ans	13,2	13,0	EDS 2011-2012
	15-19 ans	8,9	9,1	
	20-24 ans	8,4	8,7	
5. Gambie	10-14 ans	12,8	12,5	EDS 2013
	15-19 ans	10,3	10,4	
	20-24 ans	8,5	9,1	
6. Ghana	10-14 ans	13,8	12,4	EDS 2008
	15-19 ans	10,7	9,7	
	20-24 ans	7,5	8,4	
7. Guinée	10-14 ans	15,6	14,6	EDS 2012
	15-19 ans	9,3	9,0	
	20-24 ans	6,3	7,2	
8. Guinée-Bissau	10-14 ans	12,7	11,7	MICS 2010
	15-19 ans	11,8	11,8	
	20-24 ans	8,9	9,6	
9. Liberia	10-14 ans	13,3	13,0	EDS 2013
	15-19 ans	9,7	10,0	
	20-24 ans	7,2	8,0	
10. Mali	10-14 ans	15,9	14,8	EDS 2012-2013
	15-19 ans	7,4	7,1	
	20-24 ans	4,5	6,9	
11. Niger	10-14 ans	16,2	14,0	EDS 2012
	15-19 ans	6,6	6,0	
	20-24 ans	3,4	6,4	
12. Nigeria	10-14 ans	12,7	11,9	EDS 2013
	15-19 ans	8,6	9,0	
	20-24 ans	6,7	7,8	
13. Sénégal	10-14 ans	13,2	12,3	EDS 2010-2011
	15-19 ans	10,1	9,6	
	20-24 ans	8,1	9,2	
14. Sierra Leone	10-14 ans	13,7	11,6	EDS 2013
	15-19 ans	9,3	10,3	
	20-24 ans	6,3	9,3	
15. Togo	10-14 ans	14,6	13,3	EDS 2013-2014
	15-19 ans	9,3	7,7	
	20-24 ans	7,3	7,4	

## Répartition par sexe des adolescents et jeunes dans l'espace CEDEAO



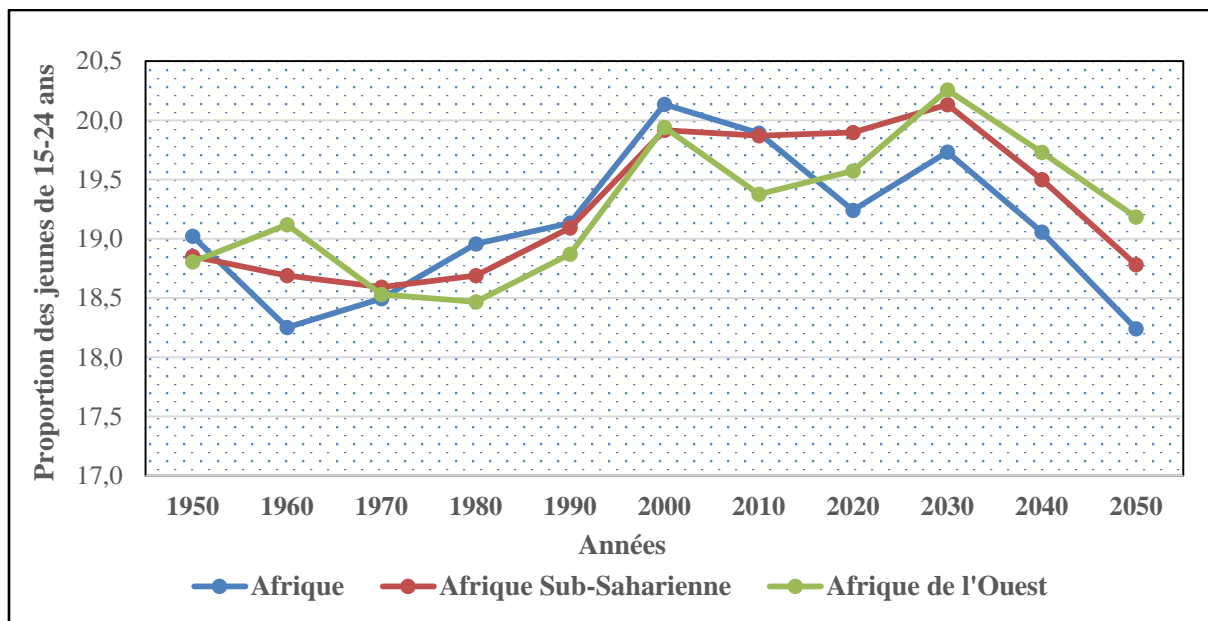
Sources : EDS pays [25-39]

Graphique 2.3 : Proportion des adolescents et jeunes de 10-24 ans dans les pays de la CEDEAO par sexe

- **Evolution de la population totale et du groupe d'âge des adolescents et jeunes dans l'espace CEDEAO de 1950 à 2050**
  - **Evolution de la proportion des jeunes de 15-24 ans en Afrique, Afrique Sub-saharienne et Afrique de l'Ouest de 1950 à 2050**

Une analyse de la situation solide ne se limite pas à une simple collecte de faits décrivant l'épidémiologie, la démographie et la situation sanitaire de la population. Elle doit englober toute la gamme des questions de santé actuelles et des questions futures potentielles ainsi que leurs déterminants. Ainsi la connaissance de l'évolution de la proportion des adolescents et jeunes de 10-24 ans devrait permettre d'anticiper les besoins actuelles et futurs. Le graphique 2.4 et le tableau 2.16 montrent respectivement l'évolution de la proportion des jeunes de 15-24 ans en Afrique et l'évolution des adolescents et jeunes de 10-24 ans de 1950 à 2050.

Il ressort de l'examen du graphique 2.4 que la proportion de jeunes de 15-24 ans en Afrique a atteint un pic en 2005, et devrait amorcer une tendance baissière au cours des décennies suivantes et accélérer après 2030. Il est évident à partir de Figure 2.4 que le déclin est plus rapide en Afrique du Nord, où il a culminé en 2005 et a commencé à décliner en 2010. L'Afrique sub-saharienne, de son côté n'atteindra un pic qu'en 2025 et commencera à baisser autour de 2035. Cependant Globalement, en dépit de la tendance générale à la baisse de la proportion de jeunes en Afrique, leurs nombres absolus seront de plus en plus croissante. Cette tendance est évidente sur le tableau 2.16 pour l'Espace CEDEAO.



Source : African Youth [5]

Graphique 2.4: Evolution de la proportion des populations de l'Afrique âges de 15-24 ans de 1950-2050

Tableau 2.16 : Evolution de la population totale des adolescents et jeunes de 10-24 ans dans l'espace CEDEAO de 1950 à 2050

Pays	Evolution de la population totale et du groupe d'âge des adolescent(e)s dans l'espace CEDEAO de 1950 à 2050					
	Tranche d'âge	Population des Adolescent(e)s (en millier)				
		1950	1980	2015	2030	2050
<b>Benin</b>	<b>10-24 ans</b>	583	1138	3529	4890	6419
<b>Burkina Faso</b>	<b>10-24 ans</b>	1326	2156	5961	8960	12985
<b>Cap Vert</b>	<b>10-24 ans</b>	60	107	161	155	135
<b>Côte d'Ivoire</b>	<b>10-24 ans</b>	832	2340	7423	10138	14538
<b>Gambie</b>	<b>10-24 ans</b>	82	184	642	1028	1545
<b>Ghana</b>	<b>10-24 ans</b>	1559	3447	8423	11321	13469
<b>Guinée</b>	<b>10-24 ans</b>	899	1359	4053	5800	7935
<b>Guinée Bissau</b>	<b>10-24 ans</b>	151	249	582	792	999
<b>Liberia</b>	<b>10-24 ans</b>	294	578	1435	2011	2709
<b>Mali</b>	<b>10-24 ans</b>	1366	2166	5673	9272	14300
<b>Niger</b>	<b>10-24 ans</b>	835	1771	6170	11893	24011
<b>Nigeria</b>	<b>10-24 ans</b>	11506	22243	57225	85555	120852
<b>Sénégal</b>	<b>10-24 ans</b>	753	1685	4819	7441	10544
<b>Sierra Leone</b>	<b>10-24 ans</b>	577	883	2101	2775	3188
<b>Togo</b>	<b>10-24 ans</b>	413	836	2317	3319	4481
<b>Espace CEDEAO</b>	<b>10-24 ans</b>	21235	41143	110514	165349	238111

- Source : Nations Unies. Département des affaires économiques et sociales. Division de la population. Perspectives de la population mondiale, révision de 2015. New York 2015

En conclusion, Il découle de ces faits saillants l'ampleur démographique présente et future des adolescents et jeunes de l'espace CEDEAO. Cette ampleur démographique importante et croissante a et auront des implications présents et futures au triple plans politique, stratégique et programmatique pour la santé des adolescents et des jeunes et le système de santé des pays de l'Espace CEDEAO.

### 2.3.2.2 Contexte Economique et de Développement des pays de la CEDEAO

Les politiques sociales et économiques déterminent en grande partie les chances qu'a un adolescent ou un jeune de se développer pleinement et de mener une vie épanouie. Les circonstances dans lesquelles les adolescents et les jeunes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie déterminent leur état de santé. Ces circonstances qui reflètent les choix politiques et économiques faites par les dirigeants des pays, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux du pays. Les inégalités en santé reflètent à n'en point douter le degré d'équité dans le partage de la richesse d'un pays. « Le développement humain est un processus qui conduit à l'élargissement de la gamme des choix qui s'offrent à chacun. Les plus essentiels sont : vivre longtemps et en bonne santé, acquérir un savoir et avoir accès aux ressources nécessaires pour jouir d'un niveau de vie convenable. » [48].

Les tableaux 2.17 et 2.18 présentent les paramètres économiques, de développement et les indices de pauvreté multidimensionnelle des pays de l'espace CEDEAO. Il ressort de ces tableaux les faits saillants suivant :

- Selon la typologie de la Banque mondiale [43], 10 des 15 pays de la CEDEAO sont des pays à niveau de revenu faible et 5 des 15 pays, des pays à revenu Intermédiaire tranche inférieure ;
- Le produit intérieur brut (PIB) par habitant qui mesure le niveau de vie et, de façon approximative, celui du pouvoir d'achat des habitants varie de \$US 6311 à \$US 884 ;
- L'indice de développement humain (IDH), mesurant le niveau moyen atteint dans trois dimensions essentielles du développement humain : santé et longévité, accès à l'éducation et niveau de vie décent est jugé faible dans 13 des 15 pays et moyen dans deux pays (Cap vert et Ghana).
- Le pourcentage de Population dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté (pauvreté de revenu) varie de 28,5% (Ghana) à 69,3% (Guinée-Bissau).
- L'indice de pauvreté multidimensionnelle définit comme pourcentage de la population vivant dans une pauvreté multidimensionnelle, ajusté au degré de privation varie de 24% à 60% ;
- % de la population Vivant dans une extrême pauvreté varie de 12% à 67%

En conclusion, Il découle de ces faits saillants que les adolescents et jeunes de l'espace CEDEAO vivent dans un environnement économique précaire avec des implications pour l'emploi, l'accès à la santé et l'éducation pour ne citer que ceux-là.

Tableau 2.17 : Paramètres économiques et de développement des pays de la CEDEAO

Pays	Niveau de revenu des pays d'Afrique subsaharienne [43]*	PIB par Habitant **	Indice de développement humain (IDH)**		
			Valeur	Rang (Sur 187 pays)	Classification
1. Bénin	Faible	1 687	0,476	165	Faible
2. Burkina Faso	Faible	1 528	0,388	181	Faible
3. Cap-Vert	Intermédiaire tranche inférieure	6 311	0,636	121	Moyen
4. Côte d'Ivoire	Intermédiaire tranche inférieure	2 747	0,452	171	Faible
5. Gambie	Faible	1 565	0,441	172	Faible
6. Ghana	Intermédiaire tranche inférieure	3 638	0,573	138	Moyen
7. Guinée	Faible	1 216	0,392	178	Faible
8. Guinée-Bissau	Faible	1 164	0,396	177	Faible
9. Liberia	Faible	782	0,412	175	Faible
10. Mali	Faible	1 607	0,407	176	Faible
11. Niger	Faible	884	0,337	187	Faible
12. Nigeria	Intermédiaire tranche inférieure	5 440	0,504	153	Faible
13. Sénégal	Intermédiaire tranche inférieure	2 174	0,485	160	Faible
14. Sierra Leone	Faible	1 586	0,374	184	Faible
15. Togo	Faible	1 286	0,473	167	Faible

\*\*\*PIB exprimée en dollars internationaux de 2005 sur la base des taux de parité de pouvoir d'achat.

Source : [43] \* [48] \*\*

Tableau 2.18 : Pauvreté de revenu et pauvreté multidimensionnelle\*\*\*

Pays	(Pauvreté de revenu)		Indice de pauvreté multidimensionnelle		
	Population vivant avec moins de 1,25 \$ par jour (PPA)	%Population dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté	Indice	Incidence	% Population Vivant dans une extrême pauvreté
1. Bénin	47,33	36,2	0,412 i	5 897 i	45,7 i
2. Burkina Faso	44,6	46,7	0,535	12 875	63,8
3. Cap-Vert			-	-	-
4. Côte d'Ivoire	23,75	42,7	0,310	11 772	32,4
5. Gambie	33,63	48,4	0,324	901	35,9
6. Ghana	28,59	28,5	0,139	7 559	12,1
7. Guinée	43,34	55,2	0,506	8 283	68,6
8. Guinée-Bissau	48,9	69,3	0,462	1 168	58,4
9. Liberia	83,76	63,8	0,485	2 883	52,8
10. Mali	50,43	43,6	0,558	10 545	66,8
11. Niger	43,62	59,5	0,605	15 408	73,5
12. Nigeria	67,98	46	0,240	71 014	25,5
13. Sénégal	29,61	46,7	0,439	9 247	45,1
14. Sierra Leone	29,61	46,7	0,388	4 180	46,4
15. Togo	28,22	58,7	0,250	3 207	26,4

Source : [48]

### **2.3.2.3 Performance du système de soins de santé des pays de la CEDEAO**

Dans son message introductif au Rapport sur la Santé du Monde 2000 [37], le Dr Gro Harlem Brundtland, précédemment Directrice Générale de l'OMS a défini la performance d'un système de santé de la manière suivante : « *La différence entre un système de santé performant et un système défaillant se mesure aux décès, aux incapacités, à l'appauvrissement, à l'humiliation et au désespoir qui en résultent.* »

Les principaux paramètres du système de soins de santé qui seront examinés dans cette partie du rapport sont : les indicateurs de l'état de santé, la performance du système de santé, les ressources humaines et les dépenses de santé.

#### **A. Indicateurs d'état de santé des populations de l'Espace CEDEAO**

L'état sanitaire des populations de l'Espace peut être apprécié à travers les trois indicateurs clés que sont le ratio de mortalité maternelle, le taux de mortalité néonatale et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Le tableau 2.19 montre quelques indicateurs de santé dans les pays de l'Espace CEDEAO. Selon le Rapport Mondial 2014 de l'UNFPA, le ratio de mortalité maternelle varie de 53 à 1100 pour 100 000 naissances vivantes, faisant de cet espace une zone mortalité maternelle les plus élevées du monde. Les taux de mortalité néonatale varient de 17 à 39 pour mille naissances vivantes. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans varie de 14 à 156 pour mille naissances vivantes. Le Cap-Vert s'illustre comme le pays de l'espace ayant les meilleurs indicateurs de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile, tandis que la Sierra-Leone a enregistré les plus faibles performances.

Tableau 2.19 : Indicateur de l'état de santé des populations de l'espace CEDEAO

Pays	Mortalité Maternité maternelle* [50]		Taux de Mortalité néonatale (‰)**	Taux de Mortalité des enfants de moins de 5 ans (‰)**	Source/Année des EDS**
	Ratio de mortalité maternelle	Progrès vers l'atteinte de l'OMD 5A			
1. Bénin	405	Pas de progrès	23	70	EDS 2011-2012
2. Burkina Faso	371	Progrès insuffisant	28	129	EDS 2010
3. Cap-Vert	42	Atteint	17	33	EDS 2005
4. Côte d'Ivoire	645	Pas de progrès	38	108	EDS 2011-2012
5. Gambie	706	Pas de progrès	22	54	EDS 2013
6. Ghana	319	Progrès insuffisant	30	80	EDS 2008
7. Guinée	679	Progrès insuffisant	33	123	EDS 2012
8. Guinée-Bissau	549	Progrès insuffisant	45	116	MICS 2010
9. Liberia	725	Progrès insuffisant	26	94	EDS 2013
10. Mali	587	progrès insuffisant	34	95	EDS 2012-2013
11. Niger	553	progrès insuffisant	24	127	EDS 2012
12. Nigeria	814	Pas de progrès	37	128	EDS 2013
13. Sénégal	315	progrès insuffisant	29	72	EDS 2010-2011
14. Sierra Leone	1360	progrès insuffisant	39	156	EDS 2013
15. Togo	368	progrès insuffisant	27	88	EDS 2013-2014
Monde	216				

Source : EDS des pays [25-39]

WHO [50]

### B. Accès et qualité des soins de santé

Il est fondamental de pouvoir disposer de solides systèmes de santé pour permettre aux populations de rester en bonne santé tout au long de leur vie et pour intervenir contre tout ce qui menace la santé. Dans les pays où l'accès aux soins de santé n'est pas généralisé, de nombreux facteurs peuvent empêcher les femmes y compris celles âgées de 15 à 19 ans de recevoir des avis médicaux et des traitements quand elles en ont besoin. La qualité des soins est aussi un des défis des systèmes de santé.

Le tableau 2.20 montre les informations extraites des EDS des pays de l'Espace de la CEDEAO sur les problèmes d'accès aux soins de santé chez les jeunes filles de 15-19 ans. Il ressort de ce tableau que le pourcentage de jeunes de 15-19 ans ayant déclaré au moins un des problèmes d'accès aux soins de santé varie de 28% à 78%. Les barrières financières constituent le problème principal évoqué, suivi de l'accessibilité géographique et de la réticence à se rendre seule dans les structures de soins. La réalité des barrières financières à l'accès aux soins de santé en Afrique a été aussi soulignée dans le Rapport 2014 de l'OMS Afrique [51].



La qualité des soins est aussi une préoccupation majeure en Afrique Sub-saharienne. Le tableau 2.20 montre le pourcentage de personnes interrogées répondant « satisfait » à la question posée par l’institut de sondage Gallup dans le cadre d’une enquête mondiale : « Êtes-vous satisfait des soins de santé de qualité disponibles ? » [48]. Il ressort de ce tableau que le pourcentage de personnes ayant exprimé leur satisfaction de la qualité des soins varie entre 21% et 47% pour une moyenne mondiale de 57%. Les pourcentages les plus faibles ont été observés en Côte d’Ivoire, la Guinée et le Togo.

Tableau 2 .20 : Accès et Qualité des soins de santé

Pays	Problèmes d’accès aux soins de santé rencontrés par les jeunes de 15-19ans*					Qualité des soins**
	Avoir la permission d’aller se faire soigner	Avoir l’argent pour le traitement	Distance au service de santé	Ne pas vouloir y aller seule	Au moins un des problèmes rencontrés pour l’accès aux soins de santé	(% de satisfaction)
1. Bénin	33,2	56,7	41,2	29,2	64	44
2. Burkina Faso	24,6	66,9	42,6	24,6	74,2	42
3. Cap-Vert						-
4. Côte d’Ivoire	28,2	65,6	37,8	20,2	75,4	21
5. Gambie	6,1	28,9	28,1	11,9	43,9	-
6. Ghana	9,5	45,8	25,6	24,5	77,7	46
7. Guinée	-	-	-	-	-	21
8. Guinée-Bissau	-	-	-	-	-	-
9. Liberia	8,6	45,6	33,8	23,7	58	32
10. Mali	27,7	45,8	31,7	22	53,7	31
11. Niger	22	51,3	38,7	38,3	31,6	37
12. Nigeria	13,6	41,8	28,9	20,4	54,4	47
13. Sénégal	17,2	45,6	30,9	21,3	58,1	42
14. Sierra Leone	18	65,5	36,1	15,1	70,3	34
15. Togo	14	55,3	27,3	26,2	65,5	23
Monde						57

Source : \* EDS des pays [25-39] \*\* [48]

### C. Ressources humaines pour la santé

Œuvrant au cœur du système, le personnel est l’élément moteur de tout progrès en matière de santé. Il est largement prouvé que le nombre et la valeur du personnel influent de manière positive sur la couverture vaccinale, l’extension des soins de santé primaires ainsi que sur la survie infanto-juvénile et maternelle. On a montré qu’il y avait une corrélation entre l’issue favorable des affections cardio-vasculaires et la compétence des médecins, ainsi que leur densité. Inversement, la malnutrition infanto-juvénile s’est aggravée à la suite des compressions de personnel opérées au cours de la réforme du secteur sanitaire. Ce sont les agents de santé qui sont le plus à même d’apporter des améliorations novatrices dans la qualité des soins, car ils sont les mieux placés pour voir où sont les possibilités d’innovation. Dans un système de santé, les membres du personnel jouent en quelque sorte le rôle de veilleurs et de navigateurs et, selon qu’ils s’en acquittent bien ou mal, les ressources – médicaments, vaccins et fournitures diverses – sont utilisées efficacement ou gaspillées. Dans cette section, nous examinons la situation des

ressources humaines pour la santé dans l’Espace CEDEAO, avec référence à la situation dans le monde.

Comme le montre le tableau 2.21, tiré du Rapport sur la santé dans le monde 2006 de l’OMS, la Région Africaine dispose de la plus faible densité du personnel de santé dans le monde.

Le tableau 2.22 présente les densités de médecins, de psychiatres et de sages-femmes et infirmiers. La densité des médecins pour 10 000 habitants varie de 0,1 (Sierra-Léone) à 4,1 (Nigeria). Notons le Cap-Vert vient en deuxième position de densité de médecins dans l’espace après le Nigeria. Douze des 15 pays de l’espace ont une densité de médecins inférieure à la moyenne de la Région Africaine de l’OMS. La densité de Personnel infirmier et sages-femmes pour 10 000 habitants varie de 1,4 (Niger) à 16,1 (Nigeria). Quatorze des 15 pays de l’espace a une densité de Personnel infirmier et sages-femmes inférieure à la moyenne de la Régions Africaine de l’OMS. Quant aux psychiatres, ils sont quasi inexistant dans l’espace de la CEDEAO.

A cette situation de pénurie, s’ajoute celle de la motivation des ressources humaines pour la santé existante ainsi que la problématique de sa répartition optimale ou équitable.

Tableau 2.21 : Effectifs totaux des personnels de santé, en fonction de leur densité dans les Régions de l’OMS

Région OMS	Ensemble du personnel de santé		Prestateurs de services sanitaires		Personnel administratif et d’appui	
	Nombre	Densité (pour 1000 habitants)	Nombre	Prestateurs de services sanitaires	Nombre	Pourcentage du total
Afrique	1 640 000	2,3	1 360 000	83	280 000	17
Méditerranée orientale	2 100 000	4,0	1 580 000	75	520 000	25
Asie du Sud-Est	7 040 000	4,3	4 730 000	67	2 300 000	33
Pacifique occidental	10 070 000	5,8	7 810 000	78	2 260 000	23
Europe	16 630 000	18,9	11 540 000	69	5 090 000	31
Amériques	21 740 000	24,8	12 460 000	57	9 280 000	43
<b>Ensemble du monde</b>	<b>59 220 000</b>	<b>9,3</b>	<b>39 470 000</b>	<b>67</b>	<b>19 750 000</b>	<b>33</b>

Source : Rapport OMS 2006 [52]

Tableau 2.22 : Densité de personnel de santé (pour 10 000 habitants)

Pays	Médecins	Personnel infirmier et sages-femmes	Psychiatres
1. Bénin	0,6	7,7	< 0,05
2. Burkina Faso	0,5	5,7	< 0,05
3. Cap-Vert	3,0	4,5	0,1
4. Côte d'Ivoire	1,4	4,8	< 0,05
5. Gambie	1,1	8,7	< 0,05
6. Ghana	1,0	9,3	< 0,05
7. Guinée	-	-	< 0,05
8. Guinée-Bissau	0,7	5,9	-
9. Liberia	0,1	2,7	< 0,05
10. Mali	0,8	4,3	< 0,05
11. Niger	0,2	1,4	< 0,05
12. Nigeria	4,1	16,1	< 0,05
13. Sénégal	0,6	4,2	< 0,05
14. Sierra Leone	0,2	1,7	< 0,05
15. Togo	0,5	2,7	< 0,05
Région africaine	2.6	12	< 0,05
Monde	14.1	29.2	0.3

Rap OMS Afro 2014 [51]

#### D. Dépenses de santé

En 2001, la Déclaration d'Abuja a proposé que 15 % des dépenses publiques soient allouées au secteur de la santé. Toutefois, la progression vers cet objectif a été lente et les dépenses de santé sont toujours considérées comme une « consommation » plutôt que comme un « investissement ». Cinq pays seulement, le Botswana, Madagascar, le Rwanda, le Togo et la Zambie ont réussi à atteindre l'objectif fixé dans la Déclaration d'Abuja puisqu'ils consacrent plus de 15 % du total des dépenses publiques aux soins de santé et dépensent plus de 44 dollars par habitant en soins de santé.

Le tableau 2.23 montre le niveau de quatre indicateurs de dépenses de santé dans les pays de la CEDEAO.

On constate que la part du produit intérieur brut consacrée aux dépenses de santé varie de 4% (Cap-Vert) à 16,3% (Sierra Leone). Seulement deux pays ont atteint en 2012 l'objectif d'Abuja. La part de l'Etat dans les dépenses de santé varie de 75,5 % (Cap-Vert) à 16,2% (Sierra-Léone). Dans 10 des 15 pays de l'espace CEDEAO la part de l'Etat dans les dépenses de santé est inférieure à 50%.

Lorsque l'Etat participe peu aux dépenses de santé, la différence est compensée par les dépenses privées, dont environ 85 % sont des dépenses à la charge des patients. Cela signifie que le paiement s'effectue au point d'accès aux services de santé [38], ce qui est un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé. Dans l'espace CEDEAO, les dépenses privées en santé en pourcentage des dépenses totales en santé varient de 24,5% (Cap-Vert) à 83,8% (Sierra-Léone). Dans 10 des 15 pays de l'espace CEDEAO la part des dépenses privées dans les dépenses de santé est supérieure à 50%. Un tel mode de paiement ne permet pas la mise en commun (pooling) des risques et a une forte probabilité d'entraîner des dépenses catastrophiques et donc l'appauvrissement des ménages. Une étude réalisée dans 15 pays d'Afrique a montré que dans la plupart des pays africains, le système de financement des dépenses de santé est trop faible pour protéger les ménages des dépenses catastrophiques. Le recours à l'emprunt ou à la vente de biens pour financer les soins de santé est une pratique courante [53].

Les ressources externes deviennent une source très importante de financement de la santé dans les pays de l'espace CEDEAO. En effet, les financements externes représentent plus de 15% des dépenses de santé dans 11 pays de la CEDEAO. Elles sont particulièrement importantes dans les pays suivant : Gambie (62%), Liberia (54%) et Guinée Bissau (47%).

Tableau 2.23 : Dépenses de santé dans les pays de l'espace CEDEAO (2012)

Pays	Dépenses totales en santé en pourcentage du produit intérieur brut	Dépenses des administrations publiques en santé en pourcentage des dépenses totales en santé	Dépenses privées en santé en pourcentage des dépenses totales en santé	Financements externes en pourcentage des dépenses totales en santé
1. Bénin	4,5	52,1	47,9	35,3
2. Burkina Faso	6,4	49,5	50,5	25,7
3. Cap-Vert	4,0	75,5	24,5	18,0
4. Côte d'Ivoire	6,8	24,5	75,5	11,1
5. Gambie	4,7	62,3	37,7	61,6
6. Ghana	5,3	55,9	44,1	13,2
7. Guinée	6,0	24,3	75,7	12,2
8. Guinée-Bissau	6,3	26,8	73,2	47,3
9. Liberia	15,6	29,7	70,3	54,0
10. Mali	6,8	43,8	56,2	25,4
11. Niger	6,8	33,2	66,8	21,8
12. Nigeria	5,7	34,0	66,0	5,1
13. Sénégal	5,0	55,8	44,2	16,8
14. Sierra Leone	16,3	16,2	83,8	18,2
15. Togo	8,0	52,2	47,8	17,4
Région africaine	6,2	48,3	51,7	11,8
Monde	9,1	58,8	41,1	0,4

Source : Rap OMS Afro 2014 [51]

En conclusion, les principaux paramètres du système de santé examiné montrent que les adolescents et jeunes de l'espace CEDEAO vivent:

- dans un environnement de forte mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile;
- dans un environnement où l'accès et la qualité des soins de santé constituent une grande préoccupation
- dans un contexte de pénurie des personnels de santé
- dans un environnement où le système de santé est sous-financé, avec une importante contribution financière des populations déjà pauvres

#### 2.3.2.4 Situation de l'Éducation dans les pays de la CEDEAO

Comme souligné dans le Lancet [11, 15] l'éducation est l'un des déterminants structurels majeurs affectant la santé des adolescents et jeunes. L'éducation, particulièrement au-delà du niveau primaire est également associée à des avantages à travers le parcours de vie—qu'il s'agisse d'une plus faible prévalence du VIH, des blessures et des naissances chez les adolescentes ou de l'amélioration de la santé des adultes et de l'augmentation de la survie des futurs enfants. Les pays dont les taux d'achèvement de la scolarité secondaire sont plus élevés réalisent des progrès plus importants sur le plan économique et politique, en connaissant une productivité accrue, un développement durable et une stabilité sociale [11, 15].

Le tableau 2.24 montre quelques paramètres relatifs à l'éducation dans les pays de la CEDEAO. On note un progrès sensible du taux net de scolarisation dans le primaire (1999-2013) dans beaucoup de pays de l'espace CEDEAO. En effet ce taux varie de 42% (Liberia) à 100% (Bénin) chez les garçons. Ce taux varie de 56% (Cote d'Ivoire) à 96% (Cap-Vert) chez les filles. Dans 14 sur les 15 pays, ce taux est supérieur à 50%. Ce constat reflète à n'en point douter, les efforts des pays dans l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le Développement 2, Assurer l'éducation primaire pour tous. En effet, parmi toutes les régions, l'Afrique subsaharienne a obtenu les meilleurs résultats en ce qui concerne l'éducation primaire depuis que les OMD ont été mis en place. Cette région a augmenté de 20 points de pourcentage son taux net de scolarisation entre 2000 et 2015, contre un gain de 8 points de pourcentage entre 1990 et 2000 [97]. Il existe cependant une inégalité entre les garçons et les filles. En effet, l'indice de parité des sexes, enseignement primaire va 0,84 (Cote d'Ivoire, Niger, Nigeria) à 1,07 (Gambie). Cependant, même si le taux de scolarisation net est encourageant, le maintien des élèves à l'école (pour achever le primaire et au-delà du primaire) reste un vrai défi.

En revanche, comme le montre le tableau 2.24, le taux net de scolarisation dans le secondaire demeure encore un grand défi dans l'espace CEDEAO.

La qualité de l'éducation constitue aussi un grand défi dans l'espace, en effet, le pourcentage de personnes interrogées répondant « satisfait » à la question posée par l'institut de sondage Gallup dans le cadre d'une enquête mondiale : « Êtes-vous satisfait de votre système éducatif ? » [48] varie de 22% (Guinée) à 66% (Cote d'Ivoire). Dans 14 sur les 15 pays de la CEDEAO, ce taux est au-dessous de la moyenne mondiale.

La non scolarisation et la déscolarisation (NSD) constituent un grand défi en Afrique Sub-saharienne en général et dans l'Espace CEDAEAO en particulier. Le graphique 2.5 tiré du rapport de la Banque Mondiale intitulé « Les jeunes non scolarisés et déscolarisés d'Afrique Sub-saharienne publié en 2015 [55]. Ce graphique montre la situation des NSD dans 12 sur les 15 pays de la CEDEAO. Il ressort de ce graphique qu'un grand pourcentage des jeunes de 12-24 ans n'ont jamais été à l'école. Selon ce rapport, pour les 89 millions de jeunes non scolarisés et déscolarisés (NSD), soit près de la moitié de tous les jeunes d'Afrique subsaharienne, les perspectives économiques et sociales sont consternantes. Dans les dix prochaines années où cette cohorte composera l'essentiel de la population active, 40 autres millions de jeunes auront probablement quitté l'école pour se retrouver confrontés à un avenir incertain, sans travail et sans compétences pratiques. Faute d'aptitudes, ils ne pourront avoir accès à des emplois décents dans des métiers attirants, ce qui se traduira par l'insuffisance et la précarité de leurs revenus et les exposera certainement à de longues périodes de chômage. Les effets pervers de leur manque d'instruction se feront également sentir sur la génération suivante, car ils ne pourront pas offrir des conditions favorables à leurs propres enfants du fait de leur propre instabilité économique.

Ce rapport met en évidence six facteurs majeurs que les décideurs doivent examiner : a) la plupart des jeunes abandonnent avant le secondaire ; b) la précocité du mariage est un énorme obstacle à l'éducation des jeunes filles ; c) le fait de vivre en zone rurale accroît systématiquement les probabilités de ne pas être scolarisé ; d) le niveau d'éducation des parents et e) le nombre d'adultes qui travaillent au sein du ménage sont des facteurs importants ; et f) en termes d'offre, la difficulté d'accès à l'école et la médiocrité de l'enseignement sont des contraintes majeures.

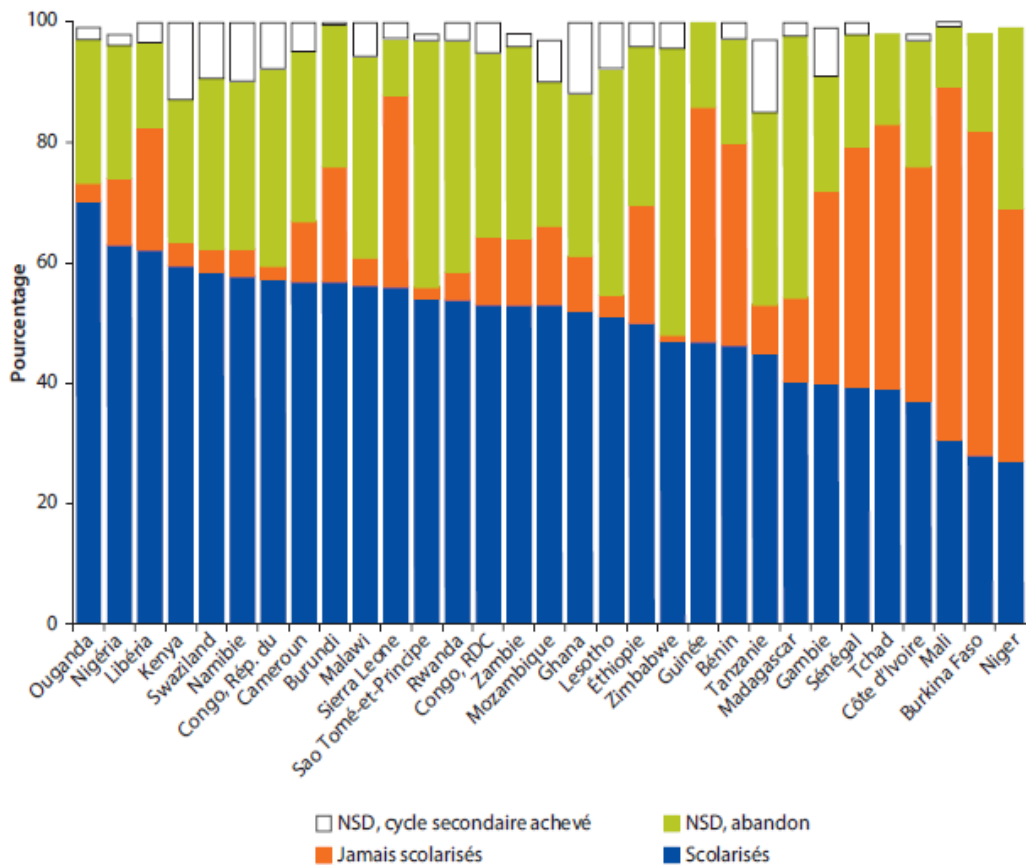
Ces constats révélés par ces données relatives à l'éducation dans l'espace CEDEAO a des implications présentes et futures au triple plan politique, stratégique et programmatique pour la santé des adolescents et des jeunes.

Tableau 2.24 : Education Pays CEDEAO

Pays	Taux net de scolarisation dans le primaire, en %, 1999-2013 [1]		Indice de parité des sexes, enseignement primaire, 1999-2013[1]	Taux net de scolarisation dans le secondaire en %, 2000-2013[1]		Indice de parité des sexes, enseignement secondaire, 2000-2013[1]	Taux d'alphabétisation des jeunes 2005-2012 (% 15-24 ans) [36]	Qualité Education [36]
	Hommes	Femmes		Hommes	Femmes			
1. Bénin	100	88	0,88	25	12	0,47	42,4	52
2. Burkina Faso	68	65	0,95	22	18	0,83	39,3	66
3. Cap-Vert	99	96	0,97	64	74	1,15	98,4	-
4. Côte d'Ivoire	67	56	0,84	-	-	-	67,5	-
5. Gambie	71	76	1,07	-	-	-	68,1	-
6. Ghana	87	88	1,00	53	50	0,95	85,7	59
7. Guinée	81	70	0,86	37	23	0,63	31,4	22
8. Guinée-Bissau	73	69	0,95	11	6	0,56	73,2	-
9. Liberia	42	40	0,95	-	-	-	49,1	-
10. Mali	78	68	0,88	40	28	0,71	46,9	35
11. Niger	69	58	0,84	15	10	0,66	36,5	47
12. Nigeria	71	60	0,84	-	-	-	66,4	55
13. Sénégal	77	82	1,08	24	18	0,76	65,0	31
14. Sierra Leone	-	-	-	-	-	-	61,0	-
15. Togo	98	87	0,89	32	15	0,48	79,9	-
Monde	92	90	0,98	-	-	0,97 *		64

\* Taux bruts de scolarisation

Source : RAP UNFPA 2014 [1] RAP DEV HUMAIN 2014\*\* [48]



Source : [43]

Graphique 2.5 : Fréquentation scolaire des jeunes de 12 à 24 ans.

### 2.3.2.5 Emploi et Vulnérabilité dans les pays de la CEDEAO

La jeunesse (de 15 à 24 ans) est une période de transition clé, pendant laquelle les enfants apprennent à s'intégrer à la société et au monde du travail. Comme décrit plus haut, de nombreux pays connaissent une augmentation du nombre de jeunes. Partout dans le monde, les jeunes sont particulièrement vulnérables à la marginalisation sur le marché du travail, car ils manquent d'expérience, de réseaux sociaux, de capacités pour la recherche d'emploi et de moyens financiers pour en trouver. Ils ont donc de grandes chances de se retrouver au chômage, sous-employés ou soumis à des contrats précaires [48, 54, 55].

Un quart environ de la population mondiale a aujourd'hui entre 10 et 24 ans. Les aspirations et les accomplissements de cette génération seront déterminants pour l'avenir de la planète. Par ailleurs, les taux de fécondité sont en baisse dans de nombreuses régions du monde. Un pays dans lequel la part des jeunes dans la population augmente et le taux de fécondité diminue peut récolter les fruits d'un « dividende démographique », un phénomène de hausse de la productivité économique qui se produit lorsque le ratio de la population active par rapport au nombre de personnes à charge s'accroît [56].

On entend par dividende démographique la croissance économique rapide résultant de la

baisse de la mortalité (surtout infantile) et de la fécondité d'un pays donnée, et de l'évolution de la pyramide des âges de la population. La baisse du taux annuel de natalité entraîne des changements dans la distribution par âge d'une population ; les jeunes dépendants sont moins nombreux par rapport à la population en âge de travailler, ce qui signifie que moins d'investissements sont nécessaires. Ce phénomène crée une opportunité de croissance économique plus rapide à condition de mettre en œuvre des politiques sociales et économiques et des investissements adaptés [56].

Le taux de chômage des jeunes est généralement supérieur à celui des adultes et plus sensible aux chocs macroéconomiques. En 2012, le taux de chômage des jeunes à l'échelle mondiale était estimé à 12,7 pour cent, presque trois fois celui des adultes. En cas de crise, les jeunes courent davantage le risque de se retrouver sans emploi que les adultes, et l'écart entre les taux de chômage chez les jeunes et chez les adultes reste important, même après la récupération de l'économie [48, 54,55].

Le tableau 2.25 présentent la situation des emplois des jeunes en Afrique en général et dans l'Espace CEDEAO.

Il ressort de l'examen du tableau 2.15 les constats suivant :

- Le Ratio emploi/population défini par le pourcentage de la population âgée de 25 ans ou plus qui a un travail varie de 62 % (Nigeria) à 86% (Côte-d'Ivoire). Notons cependant qu'une grande partie des emplois sont des emplois précaires (personnes employées en tant qu'aides familiales non rémunérées et les travailleurs indépendants), les emplois précaires en % de l'emploi total avoisinent les 80% dans la plupart des pays de la CEDEAO;
- Le taux de participation des jeunes au marché de travail varie de 36 % (Liberia) à 80% (Sénégal) [4], et de 35% (Nigeria) à 73% (Burkina-Faso) ;
- Le Taux de chômage (défini par le pourcentage de la population active âgée de 15 ans et plus qui n'occupe pas d'emploi rémunéré ou indépendant, mais qui est disponible pour travailler et a entrepris les démarches visant à trouver un emploi rémunéré ou indépendant) varie de 2,3% (Cap Vert-Vert) à 23,9% (Nigeria).
- Le Chômage des jeunes (défini par le pourcentage de la population active âgée de 15 à 24 ans qui n'occupe pas d'emploi rémunéré ou indépendant, mais qui est disponible pour travailler et a entrepris les démarches visant à trouver un emploi rémunéré ou indépendant), est de 5% au Liberia.
- 

Notons que la disponibilité des données sur l'emploi et le chômage des jeunes est un véritable défi.



Tableau 2.25 : Emploi et Vulnérabilité des jeunes dans l’Espace CEDEAO

Pays	Ratio emploi/ Population (% 25 ans et plus) *	Emplois Précaires (% de l'emploi total)*	Taux de Participation au marché du travail (% 15-24 ans) [4]**	Chômage Des jeunes (% 15-24 ans)*	Taux de chômage (% 15 ans et plus)*	Travail Des enfants (% 5-14 ans)*
1. Bénin	80,8	89,9	H 56 F 58	-	-	45,6
2. Burkina Faso	85,5	89,6	H 81 F 73	-	2,3	39,2
3. Cap-Vert	66,8	-	<b>H 73</b> <b>F 46</b>	-	-	
4. Côte d'Ivoire	73,1	-	H 62 F 41	-	-	26,0
5. Gambie	80,4	-	H 65 F 64	-	-	19,2
6. Ghana	81,6	76,8	H 39 F 39	-	5,3 <sup>e</sup>	33,9
7. Guinée	79,0	-	H 57 F 52	-	1,7	40,1
8. Guinée-Bissau	77,8	-	H 57 F 54	-	-	38,0
9. Liberia	72,0	78,7	H 36 F 35	5,1	3,7	20,8
10. Mali	65,5	82,9	H 50 F 31		7,3	21,4
11. Niger	66,0	84,8	H 80 F 35	-	-	42,8
12. Nigeria	61,7	-	H 40 F 35	-	23,9 <sup>1</sup>	24,7
13. Sénégal	75,5	-	H 80 F 53	-	10,4	16,5 <sup>d</sup>
14. Sierra Leone	76,7	-	H 40 F 49	-	2,8	26,0
15. Togo	83,9	89,1	H 64 F 68	-	-	28,3
Afrique subsaharienne	75,0	-		-	-	26,2

\*Source : PNUD Tableau 11 [48]

\*\* Source Rap PRB [4]

### 2.3.2.6 Environnement physique : Urbanisation, habitats et migration des jeunes

L’urbanisation est un phénomène inéluctable. Si la ville est nécessaire au développement économique, elle n’en pose pas moins de nombreux et graves problèmes. La gestion de la croissance urbaine, y compris la mise en place d’infrastructures et de services adéquats pour des citoyens de plus en plus nombreux et exigeants, doit être considérée comme une priorité des politiques publiques [57].

Un voisinage protecteur offre un soutien social, un accès aux ressources et un sentiment de solidarité en encourageant la participation de la communauté et la promotion de relations saines dans tous les groupes d’âge et groupes sociaux. Au cours des dernières années, l’augmentation rapide de quartiers urbains pauvres et surpeuplés ne disposant généralement pas de ces dispositifs de sécurité a exposé un grand nombre de jeunes à des risques pour leur santé [15].

En 2030, la population urbaine aura doublé en Afrique subsaharienne [13 OMS Afro 2015]. Il est très probable que la grande majorité de ces populations soit des adolescents et jeunes comme

les jeunes sont souvent à la recherche des opportunités dans la région de croissance rapide périurbaine et urbaine [58].

Comme le montre le tableau 2.26, les pays de l'Espace CEDEAO n'échappent à la tendance à l'accroissement des populations des zones urbaines avec leurs conséquences.

Dans une étude réalisée au Burkina-Faso sur l'urbanisation et migrations internes en Afrique sub-saharienne, Bruno SCHOUMAKER de l'Institut de démographie, l'Université catholique de Louvain, BELGIUM montre que les jeunes migrants sont généralement âgés de 15 à 35 ans et plus instruits que les ruraux sédentaires [59]. Les facteurs d'attraction et de répulsion sont les opportunités économiques dans les villes, emplois plus rémunérateurs notamment. Près de 50% des migrants déclarent des motifs liés au travail ou à la recherche d'argent), possibilités de poursuivre les études (écoles secondaires, écoles supérieures, universités) ; conditions de vie globalement plus favorables en ville (Conditions de vie globalement plus favorables en ville (accès à l'eau, électricité, services de santé,...).

Cependant, la majorité des adolescents et jeunes migrant en milieu urbain vivent dans des habitats insalubres et dans des bidonvilles. Environ 62% des populations urbaines en Afrique subsaharienne vivent dans des zones de forte densité, à faible coût, d'habitats précaires et insalubres. L'urbanisation rapide de l'Afrique se traduit par un surpeuplement croissant, joint à la médiocrité de l'habitat et à la pénurie et la mauvaise qualité de l'eau. En 2009, 62 % des Africains vivaient dans des habitations improvisées, dans des taudis ou des zones rurales, sans guère d'accès à des services de santé. Trente-huit pour cent seulement vivaient en zone urbaine, avec un accès satisfaisant à des services de santé [51].

La tendance croissante d'urbanisation a et aura des implications sur les politiques, les stratégies et les interventions de promotion de la santé des adolescents et jeunes.

Tableau 2.26 : Pourcentage de la population résidant en zone urbaine

Pays	1950	1980	2015	2030	2050
1. Bénin	5,0	27,3	44,0	51,3	61,3
2. Burkina Faso	3,8	8,8	29,9	41,0	52,0
3. Cap-Vert	14,2	23,5	65,5	73,0	77,6
4. Côte d'Ivoire	10,0	36,8	54,2	63,0	70,9
5. Gambie	10,3	28,4	59,6	66,0	71,3
6. Ghana	15,4	31,2	54,0	62,6	70,5
7. Guinée	6,7	23,6	37,2	45,1	56,3
8. Guinée-Bissau	10,0	17,6	49,3	58,4	64,7
9. Liberia	19,5	70,1	78,6	81,8	85,7
10. Mali	8,5	18,5	39,9	50,3	60,3
11. Niger	4,9	13,4	18,7	24,6	35,4
12. Nigeria	7,8	22,0	47,8	58,3	67,1
13. Sénégal	17,2	35,8	43,7	50,3	60,5
14. Sierra Leone	12,6	29,8	39,9	46,7	57,2
15. Togo	4,4	24,7	40,0	47,7	57,9

Source : UNICEF [60]

### 2.3.2.7 Contexte Culturel

Les facteurs culturels constituent des déterminants de la santé des adolescents et des jeunes souvent banalisés dans les stratégies et de programme de santé des adolescents et des jeunes.

Selon Jean Golfin (dans les 50 mots-clés de la sociologie), la culture est la manière de concevoir la vie, de l'organiser et de la vivre qui caractérise une société donnée, lui confère son visage original et, pour ainsi dire, sa personnalité. Pour chacun des membres de cette société, elle est une dotation reçue à la naissance, qui l'informe dans ses profondeurs, et qui ne peut jamais être complètement renié. Phénomène de participation, elle crée la ressemblance de base ; elle unit et par conséquent distingue ses membres de ceux d'une culture différence [61].

En sociologie, la culture est définie de façon plus étroite comme "ce qui est commun à un groupe d'individus" et comme "ce qui le soude", c'est-à-dire ce qui est appris, transmis, produit et créé. Ainsi, pour une institution internationale comme l'UNESCO : « *Dans son sens le plus large, la culture peut aujourd'hui être considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels, matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts, les lettres et les sciences, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances.* » Ce "réservoir commun" évolue dans le temps par et dans les formes des échanges. Il se constitue en manières distinctes d'être, de penser, d'agir et de communiquer [96].

Certaines organisations internationales ont développé de nouvelles approches intégrées dites « sensibles à la culture » car elles reconnaissent l'influence de la culture et de la spiritualité sur les attitudes, les pratiques et les comportements des personnes en matière de santé. Selon ces approches, la santé des individus est liée à un ensemble d'éléments structurels définis par leur société ou communauté d'origine -traditions, croyances, tabous, éducation-, dont toutes les stratégies sanitaires de lutte contre le VIH, le SIDA et les autres problèmes de SSR doivent tenir compte. La culture peut être ici entendue comme « l'expérience collective et la connaissance des communautés, qui fournissent les outils de l'adaptation humaine à son milieu. C'est le moyen à travers lequel nous filtrons les nouvelles informations et connaissances ». Ainsi, le rôle de la culture dans la propagation du VIH a fait l'objet de nombreuses études à partir des années 1990 et certains chercheurs ont mis en évidence l'importance de prendre en compte les aspects culturels dans les stratégies et programmes de lutte contre le VIH et le SIDA (promotion du dialogue et de la participation locale dans la préparation des projets, identification des besoins et des attentes de la communauté ciblée, etc.). Néanmoins la dimension culturelle de la SSR reste encore insuffisamment explorée et évaluée dans les processus de développement et notamment dans la promotion de la SSR [62].

Au niveau mondial, dans le cadre de la prévention du VIH et du SIDA, la recherche d'un partenariat avec le secteur religieux fait partie des principales lignes d'action du Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA et la planification familiale. Au niveau local, l'application des approches sensibles à la culture a donné lieu à des résultats encourageants dans l'acceptation et l'appropriation par les communautés de la promotion de la SSR dans des contextes religieux.

D'après les approches sensibles à la culture, le seul fait de travailler en partenariat avec les organisations religieuses pour traiter des questions délicates liées à la santé (les droits et la santé en matière de reproduction, les relations entre les deux sexes...) peut être considéré comme une stratégie respectueuse de la sensibilité culturelle de la communauté [62].

Le cadre de normes sociales et culturelles liées à la religion ainsi qu'aux croyances et pratiques traditionnelles est apparu comme un des principaux éléments exerçant une influence sur la santé

des jeunes, notamment sur leur santé sexuelle et reproductive (SSR) [62]. Les études portant sur la culture et la santé des adolescents et jeunes sont peu nombreuses.

Une étude réalisée au Mali sur la religion et santé sexuelle et reproductive des jeunes a montré que : Le soutien des dirigeants religieux aux actions de promotion de la SSR des jeunes a permis de réaliser certains progrès dans ce domaine (amélioration de l'accès à la prévention du VIH, adoption de comportements sains tels que le retardement de l'âge de l'activité sexuelle...). Néanmoins, dans le contexte plus large des droits reproductifs et de la santé sexuelle des adolescents, l'examen des initiatives significatives a fait valoir la difficulté de vaincre certaines pratiques traditionnelles liées à la culture, dont les conséquences sont nocives pour les jeunes.

L'iniquité entre les genres et le déséquilibre dans les rôles et fonctions que la société attribue aux filles et aux garçons, sous l'influence de facteurs socioculturels et religieux, sont des questions clé qui doivent être abordées dans les discours religieux car elles influent sur l'inégal accès des filles aux informations en matière de SSR, sur leurs opportunités d'accès à l'éducation et sur l'égalité des chances entre les filles et les garçons.

La distance entre les standards internationaux des droits de l'homme, dans ce cas, des adolescents, et les normes de genre et de procréation fondées sur des valeurs et croyances culturelles, spirituelles ou sociales apparaît souvent comme un abîme. Ce fait doit motiver les ONG à impliquer les organisations religieuses dans leur lutte en faveur du bien-être des jeunes car ces organisations sont capables de modeler et transformer les valeurs transmises dans leurs contextes culturels. Cependant, la mobilisation des responsables religieux doit répondre à plusieurs défis. D'une part, les modèles de comportement et les valeurs en vigueur dans les sociétés évoluent très vite ce qui contraint les chefs des communautés religieuses à se montrer attentifs et réalistes à l'heure de les étudier et les interpréter. D'autre part, les autorités religieuses sont elles-mêmes confrontées à ces différences de norme et à l'inégalité des genres au sein de leurs structures, ce qui requiert une prise de distance par rapport à leur propre fonctionnement. L'enjeu est de parvenir à une remise en question de certaines croyances tout en respectant les enseignements sacrés [62].

En plus de l'influence de la religion, il y a plusieurs autres facteurs culturels qui influencent la santé des ados / jeunes dans la sous-région :

- Le tabou lié à la sexualité des ados / jeunes qui contribue à la stigmatisation et discrimination des ados et jeunes qui recherchent des infos ou services liés à la SSR
- La stigmatisation et discrimination contre certains groupes de jeunes marginalisés (ex. jeunes vivant avec le VIH ; jeunes vivant avec un handicap ; jeunes travailleuse de sexe ; jeunes réfugiés ; etc.)
- Les normes culturelles qui permettent les violences basées sur le genre.

### **2.3.2.8 Equité en santé (Inégalités en santé) et genre dans les pays de la CEDEAO**

Les politiques sociales et économiques des Etats génèrent des inégalités ou iniquités en santé. Cibler les inégalités en santé présente le défi de changer la tendance en améliorant les opportunités de santé des nations et groupes désavantagés». L'équité en santé est définie comme : 1) accès égal pour besoin égal aux soins disponibles, 2) utilisation égale pour besoin égal et 3) qualité égale de soins pour tous [63].

Dans cette section nous avons adopté l'approche de l'UNICEF qui promeut une approche multidimensionnelle de la pauvreté, qui ne se base pas seulement sur la pauvreté monétaire,

mais qui prend également en compte d'autres carences telles que l'accès à la nourriture, à l'eau, à la santé, à l'éducation, au logement et à l'information. Nous allons utiliser les termes équité et égalité de façon interchangeable. Nous aborderons deux types d'inégalités ayant des impacts directs sur la santé des adolescents et jeunes. Il s'agit de : 1) des inégalités de revenus, et 2) inégalité en santé.

### **A. Au plan des Inégalités des Revenus**

L'Afrique subsaharienne est l'une des régions du monde où les inégalités — de revenu et entre femmes et hommes — sont parmi les plus fortes, même en tenant compte de ses niveaux plus faibles de revenu par habitant [64]. Ce même constat est fait au niveau des enfants et des jeunes. Dans un rapport sur l'inégalité mondiale, l'UNICEF souligne qu'au niveau mondial, la majorité des enfants appartiennent aux quintiles ayant les revenus les plus bas. En comparant la concentration de populations de jeunes à travers les quintiles de répartition du revenu dans le monde, on constate que presque la moitié (48,5%) des jeunes de la planète est confinée dans les deux quintiles de revenus les plus bas. Plus des deux tiers des jeunes dans le monde ont accès à moins de 20% de la richesse mondiale, et 86% vivent sur près d'un tiers du revenu mondial. Par contre, les presque 400 millions de jeunes vivant dans des familles qui se situent au sommet de la pyramide des revenus, ont la chance d'accéder à plus de 60% du revenu mondial [64].

Il est donc clair qu'à l'instar de l'Afrique Sub-saharienne, les pays de l'Espace CEDEAO sont aussi confrontés à des inégalités ou iniquités de tout genre y compris la santé. En effet, dans le rapport sur la santé dans la Région africaine 2014, le Bureau Afrique de l'OMS, on peut lire : « Il est clair que la Région présente encore trop de lacunes, l'une d'entre elles parmi les plus marquantes est le décalage qui existe entre le niveau de services offerts aux plus riches et l'impossibilité d'accéder aux soins pour les plus pauvres. ». Dans de trop nombreux pays de la Région, ce sont les plus pauvres qui paient proportionnellement le plus pour les soins de santé. Dans 22 pays de la Région, les dépenses des ménages payées directement représentent plus de 40 % du total des dépenses de santé. Dans les pays où l'investissement public dans la santé est faible, les paiements directs tendent à atteindre un niveau élevé, ce qui est un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé.

### **B. Inégalités en Santé**

Il existe un lien entre les inégalités de revenus et les inégalités en matière de santé. Les inégalités face à la santé sont des disparités « injustes et évitables » constatées aussi bien à l'intérieur des frontières nationales qu'entre les différents pays. Les inégalités face à la santé sont systémiques, dans la mesure où elles touchent généralement des groupes particuliers d'individus. Elles affectent souvent de manière particulièrement aiguë les personnes les plus vulnérables qui ont le moins accès non seulement aux services de santé, mais aussi aux ressources nécessaires pour jouir d'une bonne santé [65].

Selon un document de Fédération Internationale de la Croix Rouge publié en partenariat avec le Partenariat pour la Santé de la Mère, du nouveau-né et de l'enfant [65] qui a analysé cette problématique, les éléments constitutifs des inégalités en matière de santé sont : 1) Les systèmes de santé publique, à la fois source et solution des inégalités en matière de santé, 2) La pauvreté comme facteur aggravant des inégalités en matière de santé, 3) Les politiques publiques axées sur l'équité sont propices à l'égalité en matière de santé.

- **Les systèmes de santé publique, à la fois source et solution des inégalités en matière de santé**

Si les systèmes de santé contribuent au bien-être général des populations, ils peuvent aussi favoriser les inégalités. A titre d'exemple, l'investissement dans les hôpitaux à forte dotation de technologie et les centres médicaux spécialisés bénéficient essentiellement aux plus aisés, au détriment des plus pauvres. Pour que les inégalités en matière de santé diminuent, il faut que tout le monde ait facilement accès à des services acceptables et de qualité. Cela suppose que les établissements de soins soient situés aux bons endroits, que les gens soient informés de leur existence et des services disponibles et qu'ils soient ouverts à tous, quels que soient le lieu de résidence et les moyens financiers ;

- **La pauvreté comme est un facteur aggravant des inégalités en matière de santé**

Combinée à des tendances globales comme l'urbanisation, les migrations, le vieillissement, des modes de vie malsains et l'augmentation des maladies non transmissibles, la pauvreté contribue de manière significative aux inégalités en matière de santé, en particulier lorsqu'elle coïncide avec un accès restreint aux ressources nécessaires à une bonne santé – alimentation équilibrée, logement décent, services améliorés d'eau et d'assainissement.

- **L'évolution des politiques publiques et des coutumes permettrait de réduire les inégalités en matière de santé**

Certaines lois et politiques publiques favorisent les inégalités en matière de santé; cela inclut les lois qui entravent l'accès aux services de santé maternelle et périnatale, celles qui exigent le consentement du conjoint pour recourir aux services de santé de la reproduction (y compris les services contraceptifs) ou celles qui entravent l'accès à des interventions vitales en cas de complications liées à la grossesse.

### **2.3.3 Analyse des déterminants sociaux primaires de la santé des adolescents et jeunes**

Rappelons que les déterminants sociaux proximaux sont les circonstances de la vie quotidienne qui influencent plus directement les attitudes et les comportements d'une personne. Parmi les exemples de déterminants proximaux figurent la qualité et la nature des relations familiales et des relations avec les pairs, la disponibilité de nourriture et de logements, les possibilités de loisirs et l'environnement scolaire. Puisque les déterminants intermédiaires sont façonnés en partie par des stratifications résultant des déterminants structurels et de facteurs culturels, religieux et communautaires, ils peuvent entraîner d'importantes variations dans l'exposition et la vulnérabilité des jeunes aux risques liés à la santé.

Nous distinguons : 1) l'environnement familial de l'adolescent et jeune, 2) l'environnement scolaire de l'adolescent et jeune et 3) l'adolescent et du jeune lui-même.

#### **2.3.3.1 Déterminants sociaux proximaux liés à l'environnement familial**

Selon le lexique des termes juridiques, 10<sup>ème</sup> édition 2010, la famille s'entend au sens large comme l'ensemble des personnes descendant d'un auteur commun et rattachées entre elles par le mariage et la filiation. Au sens étroit, c'est un groupe formé par les parents et leurs descendants, ou même, plus restrictivement encore, par les parents et leurs enfants mineurs. La

notion de famille est en soi extensive. On peut distinguer la famille monoparentale de celle recomposée. En Afrique, la notion de famille s'étend aux oncles, tantes et autres cousins. En effet, selon le dictionnaire Robert [40] la famille est un groupe de personnes unies par le sang ou par alliance. En Afrique est composée du père, de la mère, des enfants, des oncles paternels et maternels, des tantes paternelles et maternelles, du grand père, de la grande mère, les beaux-parents, etc., autrement dit, la famille élargie. Ce n'est pas le cas dans les pays occidentaux.

Selon le sociologue Baguirir du Bénin, la famille est l'institution de base de la société sous tous les cieux mais également la plus ancienne et elle a traversé le temps. C'est autour d'elle que se déroule l'essentiel des interactions sociales. C'est donc le socle sinon le fondement de la vie sociale.

Les changements des contextes familiaux en Afrique influent sur l'épanouissement et la santé des adolescents et jeunes.

### **A. Les transformations de cellule familiale en Afrique subsaharienne**

La famille africaine a subi de nombreuses métamorphoses au cours du 21<sup>ème</sup> siècle. De la traditionnelle famille polygamique, nous assistons aujourd'hui à des familles monogamiques, familles mononucléaires ou monoparentales et enfin familles recomposées.

L'Afrique subsaharienne, dans son mode de vie initiale ante colonisation surtout, connaissait un fort taux de familles polygamiques et ceci était érigé pratiquement en norme ; du moins était-ce une pratique sociale normalisée. Le contact avec la civilisation occidentale, l'apparition du concept de la promotion du genre, l'émancipation de la gente féminine, le vote de nouveaux codes de la famille visant une discrimination positive des minorités sociales, la promotion de la planification familiale, ... sont des facteurs qui ont de plus en plus provoqué le recul de cette pratique sociale [66].

Cette tendance a depuis lors, mis en pole position la cellule familiale monogamique. Cette tendance trouve son support dans deux réalités, celles du conformisme et celle de la nécessité. Le conformisme est lié à l'image nouvelle qu'impose insidieusement le mimétisme découlant des contacts extérieurs qui veulent que le jeune cadre africain ait une image appropriée. Quant à la nécessité, elle repose sur des bases économiques/ Ainsi, si antan, avoir une famille nombreuses était signe de richesse, cela n'est plus à présent le cas. Ici, le chômage des jeunes, la récession économique et la pratique de la vie citadine sont des éléments à prendre en compte.

Nous assistons maintenant de plus en plus à l'apparition de la famille mononucléaire ou monoparentale. On remarque la présence de ce type de famille en Afrique, surtout en milieu urbain. Généralement elle se caractérise par l'absence du père, on a alors la maman qui étant le seul centre de la famille se débrouille pour s'occuper de sa progéniture. On peut indexer à ce niveau l'abandon de leurs responsabilités par certaines jeunes gens en proie aux affres de la conjoncture économiques défavorables. Il y a aussi la dépravation des valeurs et normes sociales avec le relâchement de l'éducation en famille et l'impact des divers types de media et de réseaux sociaux de plus en plus nombreux et difficiles à contrôler.

Le dernier type de famille en croissance en Afrique subsaharienne est la famille recomposée (famille issue de parents ayant eu des enfants d'une précédente union [67]).

### **B. Structure et Dynamique Familiale dans les pays de l'Espace CEDEAO**

Le tableau 2.27 présente la répartition des ménages des pays de l'Espace CEDEAO par sexe du chef de ménage et la pratique de la polygamie. On constate dans ce tableau que le pourcentage des ménages ayant une femme comme chef de ménage de 9,3% (Mali) à 46% (Cap Vert). Dans 9 pays sur les 15 de l'Espace, plus du cinquième des ménages a une femme comme chef de ménage. Les 3 ayant les pourcentages les élevés sont : Cap Vert, Liberia et Ghana. Les 3 pays ayant les pourcentages les plus bas sont : Mali, Burkina Faso et Niger. Le pourcentage des ménages polygamiques varie de 12,5% (Liberia) à 47,8% (Guinée)/ Ces différentes évolutions familiales ont et auront des implications sur l'éducation et la santé des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne en général et dans les pays de l'espace CEDEAO en particulier.



Tableau 2.27: Répartition (en %) des ménages par sexe du chef de ménage et la pratique de la polygamie

Pays	Chef de ménage		Taille moyenne du ménage	Pratique de la polygamie % vivant dans des ménages polygamiques
	Homme	Femme		
1. Bénin	77,1	22,9	5,0	34,8
2. Burkina Faso	90,1	9,9	5,7	42,2
3. Cap-Vert	53,8	46,2	4,7	-
4. Côte d'Ivoire	82,0	18,0	5,1	27,8
5. Gambie	77,7	22,3	8,2	38,7
6. Ghana	66,3	33,7	3,7	18,2
7. Guinée	82,7	17,3	6,3	47,8
8. Guinée-Bissau	79,2	20,8	-	
9. Liberia	64,8	35,2	5,0	12,5
10. Mali	90,7	9,3	5,7	34,8
11. Niger	84,1	15,9	5,9	36,1
12. Nigeria	81,5	18,5	4,6	32,5
13. Sénégal	75,2	24,8	9,3	39,5
14. Sierra Leone	72,0	28,0	5,9	34,8
15. Togo	72,5	27,5	4,5	32,3

### 2.3.3.2 Analyse des déterminants sociaux proximaux liés à l'environnement scolaire

En dehors de la famille, l'école est la deuxième institution sociale dans laquelle les adolescents et les jeunes passent une grande partie de leurs vies. Les connexions et les relations sociales peuvent soit protéger ou augmenter l'exposition à des comportements à risque. La violence, l'abus de substances psychoactives et les comportements sexuels à risque représentent un danger pour la santé des adolescents, tandis que la connectivité et le soutien social sont des facteurs de protection forts. Par exemple, une bonne santé et de bons comportements dans ce domaine sont cultivés lorsque les jeunes se sentent liés à leur école et lorsque cet établissement offre un environnement sûr. Il en va de même lorsque les adolescents se sentent liés à la famille et lorsque leurs parents ou leurs responsables légaux s'impliquent dans leur vie, connaissent leurs activités et leur montrent comment être en bonne santé et adopter des comportements sains [15].

### 2.3.3.3 Analyse des déterminants sociaux proximaux liés à l'adolescent et jeune

L'individu ne vit pas seul mais au sein d'une société. Son existence s'insère donc au milieu de cet environnement social qui est le sien.

L'influence des pairs est particulièrement forte au cours de l'adolescence. Les adolescents sont mieux protégés contre les comportements à risque lorsque leurs amis entretiennent des relations sociales fortes et adoptent de bons comportements en matière de santé. L'ampleur de l'influence des pairs, à la fois positive et négative, a considérablement augmenté au cours des dernières années en raison de la communication et de l'interaction proposées par les réseaux sociaux et les médias (Lancet Fact Sheet 2]. Le volet adolescent ou jeune et les media est abordé plus loin.

## 2.4 ANALYSE DES DETERMINANTS BIOLOGIQUES, PSYCHIQUES ET PSYCHOLOGIQUES ET TRANSITION SOCIALE : PERSPECTIVE PSYCHANALYTIQUE

Rappelons que la période de l'adolescence met en jeu des données d'ordre physiologique, psychologique, culturel et social, qui interagissent diversement en fonction des époques et des sociétés. Emmanuelli [42] a affirmé dans son livre intitulé l'Adolescence ce qui suit : « On ne peut comprendre ce qui se joue à l'adolescence sans l'éclairage de la psychanalyse. Celle-ci, à la fin du XIXe siècle, a opéré une révolution dans le regard porté sur l'enfant et l'adolescent, en dévoilant l'existence de la sexualité infantile et du complexe d'Œdipe. La sexualité physiologique et psycho-sexualité mise ainsi en évidence par la psychanalyse, sont les pivots de ce qui constitue une période de transformations déterminantes pour l'individu dans ses rapports à lui-même et aux autres. La puberté modifie profondément le corps et le statut du sujet ; l'accès à la sexualité génitale qu'elle implique doit être psychiquement élaboré par l'individu qui en vit les conséquences narcissiques et relationnelles. L'adolescence met donc en jeu un processus engageant cette élaboration, qui porte sur l'intégration de l'identité sexuelle, le réaménagement des relations infantiles et l'amorce d'un travail de séparation, et aboutit à une réorganisation des instances psychiques. Dans cette perspective, c'est la rupture de ce processus qui engage l'adolescent dans des impasses susceptibles de déboucher sur les issues pathologiques. Le changement est au cœur du processus d'adolescence, il engage l'individu, son entourage et la société : il demande donc à être psychiquement élaboré par le sujet mais aussi par la famille, et aménagé par l'organisation sociale, faute de quoi il peut être à l'origine de troubles d'ordre divers. Sur ce point, les apports de l'anthropologie et de l'histoire, s'ils nous montrent la relativité du statut d'adolescent et la diversité des aménagements sociaux qui l'encadrent, révèlent aussi l'existence d'une constante : Toute société doit, d'une manière ou d'une autre, prendre en compte l'accès des jeunes sujets à la sexualité et anticiper la place qu'ils vont prendre au sein du monde adulte».

Ce passage du document d'Emmanuelli, montre la complexité et les interactions de diverses réalités à correctement appréhender avant de décider des choix politiques, stratégiques et programmatique en vue de la promotion de la santé des adolescents et jeunes. Dans cette section du rapport nous allons examiner les déterminants biologique, psychique et psychologique de l'adolescence sous l'éclairage de la psychanalyse. Notons que La psychanalyse est un procédé d'investigation des processus psychiques, qui autrement sont à peine accessibles. Cette section a été largement écrite à partir du document d'Emmanuelli. Le lecteur en quête de plus détail est invité à se référer au document original.

Selon la perspective psychanalytique l'adolescence est un processus qui intègre plusieurs phases : 1) la phase de latence, 2) la puberté elle-même, 3) les aspects psychiques et psychologiques et 4) la transition sociale.

- **La phase de latence**

Située entre la fin de la cinquième année et les manifestations de la puberté, cette période de mise en suspens de l'activité pulsionnelle constitue en effet un moment important de réorganisation des conflits, des processus défensifs et de la relation d'objet. La période de latence est inaugurée par le déclin du complexe d'Œdipe. Cette expression se réfère à un ensemble de sentiments que porte l'enfant à ses parents, reconnus comme distincts l'un de l'autre. Le complexe est dit positif dans son aspect hétérosexuel (attachement pour le parent de sexe opposé et hostilité pour le parent de même sexe considéré comme rival) : C'est ainsi qu'il est le plus largement connu. Il comporte aussi un aspect négatif, ou homosexuel ; les deux coexistent, l'évolution se faisant généralement vers le complexe positif. Les fantasmes incestueux et parricides qui accompagnent cette phase suscitent, du fait de l'ambivalence des sentiments de l'enfant, de vives angoisses et une forte culpabilité. La crainte d'une rétorsion engendre chez l'enfant le fantasme de castration, d'atteinte contre l'intégrité narcissique. La résolution du complexe d'Œdipe, sous la pression de l'angoisse de castration qui en résulte, est

l'aboutissement réussi de la latence : en découle l'organisation d'une topique constituée par le « moi », le « surmoi », le « ça » et l' « idéal du moi » selon Freud. De la mise en place harmonieuse de ces instances dépend l'équilibre psychique de l'enfant et l'avenir de l'adolescent. Le travail du moi – médiateur entre les exigences contradictoires du monde extérieur, du surmoi et des pulsions du ça – permet le jeu entre processus primaires et secondaires et aboutit à des aménagements positifs pour le développement intellectuel et psychique. Le déploiement de la fantasmatisation, le recours à la rêverie diurne, le jeu offrent à l'enfant en latence des voies de décharger des pulsions qui compensent les interdits de satisfaction et autorisent un travail psychique sur les conflits. Ces acquis positifs, qui permettent une ouverture sur le monde des idées et sur le groupe des pairs, sont possibles si le refoulement des représentations liées à la sexualité œdipienne ainsi que l'interdit de l'inceste sont assurés ; l'environnement joue, à cet effet, un rôle non négligeable.

- **La phase de puberté : Carrefour du biologique, du psychisme et de la transition sociale**

La puberté est la dernière étape du développement sexuel et initie la période de la vie où l'on devient apte à la fécondation. Sur le plan biologique, elle dépend de l'action de l'hypothalamus et de l'hypophyse sur les glandes sexuelles qui stimulées par des sécrétions neuro-hormonales, produisent des hormones sexuelles (testostérone et œstradiol) en quantité croissante, avec l'apparition des caractères sexuels primaires puis secondaires pilosités, développement des organes génitaux, suivis de la mue chez le garçon) qui accentue la différence entre les sexes. L'impact de ces transformations sur le psychisme est considérable et les modifications se donnent à voir en peu de temps dans tous les domaines : relations avec les parents et les amis, goûts, distractions, vêtements, intérêt pour son propre physique et préoccupations le concernant, changements d'humeur et de comportement. Ainsi du biologique la puberté devient un phénomène psychique. Le préadolescent, parfois avant les manifestations physiques apparentes de son évolution, change aux yeux de ses proches. Les changements que la puberté induit sur les plans physique et biologique ont lieu avec une temporalité variable selon les sexes et les individus. Plus elles sont rapides et plus le jeune pubère a du mal à y faire face. Ces changements internes et externes de son corps modifient le regard qu'il porte sur lui-même et celui que les autres portent sur lui : d'enfant asexué, il devient en peu de temps objet de désir. Ses relations avec lui-même et avec les autres évoluent : sont de ce fait remis en jeu l'axe du narcissisme (amour de soi, l'investissement de soi) et celui des relations avec autrui. Les données actuelles vont, en Occident, dans le sens d'une précocité croissante d'apparition de la puberté. De ce fait, il y a dissociation de plus en plus nette entre l'adolescence sociale et l'adolescence biologique. Cette même tendance s'observe certainement en Afrique. Les remaniements pubertaires donnent de l'intensité à ce qui se joue au carrefour du somatique et du psychique : la pulsion, et en particulier les pulsions sexuelles et destructrices.

L'adolescence est une étape de modifications nécessaires : la vie sexuelle prend sa forme définitive et ouvre sur la sexualité adulte ; les relations avec les parents se modifient et un mouvement de séparation s'amorce ; le jeune sujet s'engage dans de nouveaux attachements hors du milieu familial et investit peu à peu un projet professionnel qui le mènera à l'autonomie. Les changements auxquels il doit faire face se jouent donc sur les plans biologique, psychique et social, et les sollicitations de ces différents domaines opèrent parfois de manière antagoniste. Après le temps de consolidation de la latence, il s'agit d'un temps de réorganisation radicale au terme duquel se voient modifiés la manière d'appréhender son propre corps, sa place au sein de la famille et dans le monde, et le statut jusque-là accordé aux parents et aux tiers.

- **Du biologique, puis du psychique et psychologique, la puberté inaugure la transition sociale de l'adolescent**

Les sociétés traditionnelles, qui codifient et organisent ce passage, contribuent à soutenir le travail psychique de l'adolescent face à l'élaboration des conflits qu'il implique : il s'agit en effet de se préparer à prendre la place de l'adulte, et cela ne peut se faire sans angoisses de part et d'autre. L'effacement des rites d'initiation, dans les sociétés modernes, laisse au jeune sujet toute la charge des angoisses qui tiennent à la nature sexuelle et agressive des fantasmes inconscients pubertaires.

En résumé, La puberté modifie profondément le corps et le statut du sujet ; l'accès à la sexualité génitale qu'elle implique doit être psychiquement élaboré par l'individu qui en vit les conséquences narcissiques et relationnelles. L'adolescence met donc en jeu un processus engageant cette élaboration, qui porte sur l'intégration de l'identité sexuelle, le réaménagement des relations infantiles et l'amorce d'un travail de séparation, et aboutit à une réorganisation des instances psychiques. Dans cette perspective, c'est la rupture de ce processus qui engage l'adolescent dans des impasses susceptibles de déboucher sur les issues pathologiques. Le changement est au cœur du processus d'adolescence, il engage l'individu, son entourage et la société : il demande donc à être psychiquement élaboré par le sujet mais aussi par la famille, et aménagé par l'organisation sociale, faute de quoi il peut être à l'origine de troubles d'ordre divers. Sur ce point, les apports de l'anthropologie et de l'histoire, s'ils nous montrent la relativité du statut d'adolescent et la diversité des aménagements sociaux qui l'encadrent, révèlent aussi l'existence d'une constante : Toute société doit, d'une manière ou d'une autre, prendre en compte l'accès des jeunes sujets à la sexualité et anticiper la place qu'ils vont prendre au sein du monde adulte.

## **2.5 ANALYSE DES CONNAISSANCES, COMPORTEMENTS ET MODE DE VIE DES ADOLESCENTS ET JEUNES**

L'adolescence est une étape de la vie où les opportunités d'une bonne santé sont grandes et les bases d'une bonne santé à l'âge adulte sont établies. L'état santé au cours de l'adolescence est en effet le résultat des interactions entre le développement prénatal, la petite enfance, les changements biologiques, psychiques, psychologiques et la transition sociale qui accompagnent la puberté. Ces facteurs sont façonnés par les déterminants sociaux, familiaux et les facteurs protecteurs et de risque qui finalement conditionnent l'adoption de comportements protecteurs et à risque par l'adolescent et le jeune.

Dans cette section du rapport nous allons examiner les connaissances, comportements et mode de vie des adolescents et jeunes dans les domaines suivant :

- sexualité et reproduction
- connaissance et pratique en matière du VIH et des infections sexuellement transmissibles
- facteurs de risque des violences, accidents de la route, maladies non transmissibles chez les adolescents et jeunes

### **2.5.1 Sexualité et reproduction**

La puberté est la dernière étape du développement sexuel et initie la période de la vie où l'on devient apte à la fécondation. La transformation dans la fonction sexuelle à cet âge de l'adolescence, ce n'est pas seulement la capacité à procréer, mais le désir de la relation sexuelle, du passage à l'acte [97]. La sexualité, c'est aussi la possibilité de construire une autre famille, de procréer, de quitter sa famille par la procréation. Mais c'est également la période des dérives sexuelles avec des conséquences heureuses ou fâcheuses pour la santé des adolescents et jeunes, y compris ceux de l'espace CEDEAO.

Dans cette section nous allons examiner quelques paramètres de la sexualité des adolescents et jeunes.

#### **2.5.1.1 Natalité et fécondité chez les adolescentes et jeunes**

Malgré la légère baisse du taux de natalité chez les adolescentes dans les pays en développement au cours des deux dernières décennies, l'Afrique subsaharienne continue d'enregistrer les taux de fécondité les plus élevés dans le monde chez les adolescentes, sans montrer de tendance à la baisse depuis 1990. Parmi les 14,3 millions d'adolescentes qui ont accouché en 2008, une sur trois vivait en Afrique subsaharienne [4].

Le tableau 2.28 présente les taux de natalité et les taux de fécondité chez les jeunes des de 15-19 ans dans les pays de l'espace CEDEAO. Il ressort de l'examen de ce tableau les points saillants suivant :

- Le taux de natalité chez les adolescentes de 15-19 ans varie de 70 pour mille (Ghana) à 206 pour mille (Niger). Les 3 pays qui ont les taux les plus élevés sont dans l'ordre décroissant : Niger, Mali, Guinée. Les 3 pays qui ont les taux les plus bas sont dans l'ordre croissant : Ghana, Gambie et Togo.
- Le taux de fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans varie de 66 pour mille (Ghana) à 206 pour mille (Niger). Les 3 pays qui ont les taux les plus élevés sont dans l'ordre

décroissant : Niger, Mali, Liberia. Les 3 pays qui ont les taux les plus bas sont dans l'ordre croissant : Ghana, Togo. Gambie.

Tableau 2.28 : Natalité et fécondité des adolescentes et jeunes dans les pays de la CEDEAO

Pays	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, 1999-2012 [1] *	Taux de fécondité chez les adolescents de 15-19 ans (pour 1000 femmes) 2006-2011** [51]
1. Bénin	98	94
2. Burkina Faso	136	130
3. Cap-Vert	92	90
4. Côte d'Ivoire	125	128
5. Gambie	88	118
6. Ghana	70	70
7. Guinée	154	146
8. Guinée-Bissau	137	
9. Liberia	149	177
10. Mali	172	
11. Niger	206	206
12. Nigeria	122	113
13. Sénégal	80	96
14. Sierra Leone	125	122
15. Togo	88	88

Source : \* Rapport sur Etat de la population mondiale 2014, UNFPA [1]

\*\* OMS Rapport sur la santé dans la région africaine [51]

### 2.5.1.2 Pratiques des rapports sexuels

#### A. Age aux premiers rapports sexuels parmi les jeunes

L'âge aux premiers rapports sexuels est non seulement un indicateur important d'exposition au risque de grossesse, mais il constitue aussi un indicateur important du risque d'exposition au risque de contracter une IST. On considère que les jeunes qui ont des rapports sexuels précoces courent un risque accru de contracter des IST, dont le VIH. Le report de l'âge aux premiers rapports sexuels et l'utilisation régulière du condom comptent parmi les moyens de prévention efficaces pour réduire le risque de contracter le virus du sida.

Le tableau 2.29 présente les pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans

Il ressort de l'analyse de ce tableau les faits saillants suivants :

- **Pour les femmes de 15-24 ans**
  - Le pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans exacts varie de 7,8 (Ghana et Gambie) à 25,5 (Niger)
  - Le pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant d'atteindre 18 ans exacts varie de 32,1 (Gambie) à 84,8 (Liberia)
- **Pour hommes de 15-24 ans**

- Le pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans exacts varie de 1,1 (Niger) à 41,4 (Cap Vert)
- Le pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant d'atteindre 18 ans exacts varie de 10,9 (Niger) à 54,6 (Sierra Leone)

Tableau 2.29 Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans.

Pays	Pourcentage ayant eu des Rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans exacts (ensemble : 15-24 ans)		Pourcentage ayant eu des Rapports sexuels avant d'atteindre 18 ans exacts (ensemble 15-24 ans)	
	F	H	F	H
1. Bénin	11,8	16,2	50,5	48,2
2. Burkina Faso	9,3	1,9	59,8	23,0
3. Cap-Vert	24,0	41,4	na	na
4. Côte d'Ivoire	20,2	13,8	68,7	47,6
5. Gambie	7,8	4,6	32,1	24,2
6. Ghana	7,8	4,3	43,9	27,7
7. Guinée	24,7	9,6	67,2	40,5
8. Guinée-Bissau				
9. Liberia	23,1	9,1	84,8	57,8
10. Mali	21,2	4,5	64,6	24,2
11. Niger	25,5	1,1	73,9	10,9
12. Nigeria	17,0	3,4	51,8	19,4
13. Sénégal	10,7	4,9	34,2	21,2
14. Sierra Leone	19,5	10,5	71,9	54,6
15. Togo	9,6	9,0	49,7	33,3

Source : EDS des pays [25-39]

## B. Rapports sexuels pré-nuptiaux et utilisation du condom

Le tableau 2.30 présente les proportions de jeunes célibataires des deux sexes, âgés de 15-24 ans, qui n'ont jamais eu de rapport sexuel et les proportions de ceux qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et, parmi ceux-ci, les proportions de ceux qui ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels.

On constate que le pourcentage des filles célibataires de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois varie de 1,8% (Niger) à 68,1 (Liberia). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant : Liberia, Sierra-Leone et Cote d'Ivoire. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Gambie et Sénégal. Parmi ces filles ayant eu des rapports, le pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels varie de 6,6 % (Sierra-Leone) à 61,6% (Burkina-Faso). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant : Burkina-Faso, Cap-Vert et Togo. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Sierra-Leone, Mali et Liberia.

Les résultats concernant les garçons montrent que le pourcentage des jeunes garçons célibataires de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois varient de 5,8% (Niger) à 62,8 % (Cap Vert). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant : Cap Vert, Liberia et Sierra-Leone. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Sénégal et Gambie. Parmi ces garçons ayant eu des rapports, le pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers

rappports sexuels varie de 16,4 % (Sierra-Leone) à 77,4% (Cap Vert). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant : Cap Vert, Burkina-Faso et Togo. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Sierra-Leone, Mali et Ghana.

Tableau 2.30 : Rappports sexuels prénuptiaux et utilisation du condom au cours des rappports sexuels prénuptiaux parmi les jeunes femmes et les hommes célibataires de 15-24 ans

Pays	FEMMES CELIBATAIRES 15-24 ANS			HOMMES CELIBATAIRES 15-24 ANS		
	Pourcentage n'ayant jamais eu de rappports sexuels	Pourcentage ayant eu des rappports sexuels au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rappports sexuels	Pourcentage n'ayant jamais eu de rappports sexuels	Pourcentage ayant eu des rappports sexuels au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rappports sexuels
1. Bénin	51,8	36,7	38,4	48,1	39,7	46,0
2. Burkina Faso	73,9	21,5	61,6	65,9	27,4	75,9
3. Cap-Vert		46,3	57,7		62,8	77,4
4. Côte d'Ivoire	33,1	57,7	38,9	38,7	51,7	60,4
5. Gambie	90,8	5,2	28,0	63,8	21,8	59,2
6. Ghana	54,8	34,2	29,0	60,2	29,5	45,1
7. Guinée	57,9	33,7	31,9	46,0	45,4	50,5
8. Guinée-Bissau						
9. Liberia	26,2	68,1	23,2	40,4	56,4	45,2
10. Mali	67,0	26,7	18,1	69,1	24,7	32,3
11. Niger	97,0	1,8		91,2	5,8	56,3
12. Nigeria	68,2	25,5	43,6	71,5	22,2	57,9
13. Sénégal	90,3	6,8	40,2	71,5	18,0	63,6
14. Sierra Leone	35,1	59,7	6,6	40,4	54,9	16,4
15. Togo	48,5	42,3	49,4	53,3	35,8	64,5

### C. Partenaires sexuels multiples parmi les jeunes 15-24 ans

Le tableau 2.31 présente les proportions de femmes et des hommes de 15-24 ans ayant déclaré avoir eu des rappports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois ayant précédé l'interview et les pourcentages ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rappports sexuels.

Les résultats montrent que le multi partenariat est une pratique peu fréquente parmi les femmes de 15-24 ans comparé aux hommes dans l'ensemble des pays de l'espace CEDEAO.

Cette pratique est plutôt plus fréquente chez les hommes avec un pourcentage qui varie de 1,1% (Niger) à 22,6% (Cote d'Ivoire). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant : Cote d'Ivoire, Sierras Leone et Bénin. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Sénégal et Gambie.



Tableau 2.31 : Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois parmi les jeunes (15-24ans)

Pays	Femmes		Hommes	
	Pourcentage des femmes ayant eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Pourcentage des hommes) ayant eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels
1. Bénin	2,2	34,6	12,9	43,8
2. Burkina Faso	0,9	65,3	6,0	74,7
3. Cap-Vert				
4. Côte d'Ivoire	4,8	34,2	22,6	56,5
5. Gambie	1,1		2,4	51,1
6. Ghana	1,4	28,2	5,9	42,0
7. Guinée	2,9	36,6	10,0	54,0
8. Guinée-Bissau				
9. Liberia	8,6	25,6	12,1	32,4
10. Mali	0,9	7,9	4,9	38,0
11. Niger	0,2		1,1	
12. Nigeria	1,1	40,6	3,9	50,5
13. Sénégal	0,3		2,4	48,8
14. Sierra Leone	6,2	5,9	15,7	20,9
15. Togo	1,3	59,2	7,5	63,1

Source : EDS des pays [25-39]

### 2.5.1.3 Planification familiale

La planification familiale est l'une des grandes stratégies de réduction de la mortalité maternelle chez les femmes en âge de procréer y compris les adolescentes et jeunes [99, 100]. LOMS et l'UNFPA recommandent d'augmenter le recours à la contraception des adolescentes exposées à des grossesses non désirées [91]. L'accès accru à la planification familiale est une stratégie pour la protection des adolescents et jeunes et réduire le nombre de grossesses non désirées, décès maternels et avortements pratiqués dans des conditions dangereuses.

#### A. Connaissance des méthodes contraceptives

Le tableau 2.32 présente le niveau de connaissance des méthodes contraceptives des enquêtés actuellement en union.

Chez les femmes de 15-19 ans, le pourcentage ayant entendu parler d'une méthode varie de 84,5% (Bénin) à 99,7% (Cap Vert). Le pourcentage des femmes ayant entendu parler d'une méthode moderne varie de 82,4% (Bénin) à 99,7% (Cap Vert).

Chez les hommes de 15-19 ans, le pourcentage ayant entendu parler d'une méthode varie de 91,6% (Niger) à 99,8% (Cap Vert). Le pourcentage des hommes ayant entendu parler d'une méthode moderne varie de 90,5% (Niger) à 99,8% (Cap Vert).

Tableau 2.32 : Connaissance des méthodes contraceptives par les enquêtés actuellement en union

Pays	Femmes		Hommes	
	Ont entendu parler d'une méthode	Ont entendu parler d'une méthode moderne	Ont entendu parler d'une méthode	Ont entendu parler d'une méthode Moderne
1. Bénin	84,5	82,4	92,5	90,9
2. Burkina Faso	97,6	97,5	99,5	99,5
3. Cap-Vert	99,7	99,7	99,8	99,8
4. Côte d'Ivoire	93,7	93,2	98,5	98,5
5. Gambie	96,3	95,8	98,9	98,1
6. Ghana	97,9	97,8	99,5	99,5
7. Guinée	91,2	90,4	-	-
8. Guinée-Bissau				
9. Liberia	98,2	98,2	94,8	94,8
10. Mali	85,2	85,0	97,2	96,9
11. Niger	90,7	89,3	91,6	90,5
12. Nigeria	84,6	82,8	97,0	95,8
13. Sénégal	92,7	92,5	98,3	96,1
14. Sierra Leone	92,7	92,5	98,3	96,1
15. Togo	96,3	96,2	98,3	98,1

Source : EDS des pays [25-39]

## B. Utilisation actuelle de la contraception

Le niveau d'utilisation de la contraception est l'un des indicateurs qui permet de juger de la réussite des programmes de planification familiale. Au cours des EDS, les données collectées ont permis d'estimer le niveau d'utilisation actuelle de la contraception ou prévalence contraceptive.

Le tableau 2.33 fournit la prévalence contraceptive actuelle, c'est-à-dire la proportion de femmes qui utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Le pourcentage des femmes de 15-19 ans qui ont déclaré utiliser n'importe quelle méthode contraceptive varie de 1,1% (Gambie) à 39,1 (Cap Vert). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant : Cap Vert, Sierra Leone et Ghana. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Gambie, Sénégal, et Niger.

Le pourcentage des femmes de 15-19 ans qui ont déclaré utiliser une méthode contraceptive moderne varie de 0,8% (Gambie) à 39,0 (Cap Vert). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant : Cap Vert, Sierra Leone, et Liberia. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Gambie, Sénégal, et Niger.

Tableau 2.33 : Prévalence contraceptive actuelle : Répartition (en %) des femmes de 15-19 ans, par méthode contraceptive actuellement utilisée

Pays	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	N'utilise pas actuellement
1. Bénin	14,4	9,5	85,6
2. Burkina Faso	6,3	5,9	93,7
3. Cap-Vert	39,6	39,0	60,4
4. Côte d'Ivoire	15,5	11,9	84,5
5. Gambie	1,1	0,8	98,9
6. Ghana	19,5	15,2	79,5
7. Guinée	5,6	4,4	94,4
8. Guinée-Bissau			
9. Liberia	17,2	16,4	82,8
10. Mali	5,8	5,5	94,2
11. Niger	4,4	3,7	95,6
12. Nigeria	6,1	4,8	93,9
13. Sénégal	2,1	1,9	97,9
14. Sierra Leone	21,7	20,7	78,3
15. Togo	11,6	10,1	88,4

Source : EDS des pays [25-39]

Le tableau 2.34 présente les variations de la prévalence contraceptive parmi les femmes en union.

Le pourcentage des femmes de 15-19 ans en union qui ont déclaré utiliser n'importe quelle méthode contraceptive varie de 2,1% (Nigeria) à 82,5 % (Cap Vert). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant : Cap Vert, Ghana et Liberia. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Nigeria, Guinée et Gambie.

Le pourcentage des femmes de 15-19 ans en union qui ont déclaré utiliser une méthode contraceptive moderne varie de 1,2% (Nigeria) à 81,6 (Cap Vert). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant : Cap Vert, Ghana, et Liberia. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Nigeria, Gambie et Guinée.

Tableau 2.34 : Répartition (en %) des femmes de 15-19 ans actuellement en union par méthode contraceptive actuellement Utilisée

Pays	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	N'utilise pas actuellement
1. Bénin	8,2	4,2	91,8
2. Burkina Faso	6,6	6,2	93,4
3. Cap-Vert	82,5	81,6	17,5 6,7
4. Côte d'Ivoire	11,0	6,9	89,0
5. Gambie	3,3	2,2	96,7
6. Ghana	55,2	41,0	44,8
7. Guinée	2,8	2,6	97,2
8. Guinée-Bissau			
9. Liberia	13,2	13,2	86,8
10. Mali	6,7	6,5	93,3
11. Niger	7,0	5,9	93,0
12. Nigeria	2,1	1,2	97,9
13. Sénégal	5,8	5,0	94,2
14. Sierra Leone	7,8	7,8	92,2
15. Togo	8,4	7,7	91,6

Source : EDS des pays [25-39]

Le tableau 2.35 présente les variations de la prévalence contraceptive parmi les femmes qui ne sont pas en union.

Le pourcentage des femmes de 15-19 ans non en union qui ont déclaré utiliser n'importe quelle méthode contraceptive varie de 26,8% (Guinée) à 93,6 % (Cap Vert). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant : Cap Vert, Ghana et Nigeria). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Guinée Liberia et Cote d'Ivoire.

Le pourcentage des femmes de 15-19 ans en union qui ont déclaré utiliser une méthode contraceptive moderne varie de 22% (Guinée) à 92,3% (Cap Vert). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant : Cap Vert, Sierra Leone et Ghana. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Guinée, Bénin et Cote d'Ivoire.

Tableau 2.35: Répartition (en %) des femmes de 15-24 ans qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode contraceptive actuellement utilisée

Pays	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	N'utilise pas actuellement
1. Bénin	39,0	23,6	61,0
2. Burkina Faso	51,1	48,8	
3. Cap-Vert	93,6	92,3	
4. Côte d'Ivoire	35,1	28,7	64,9
5. Gambie			
6. Ghana	66,6	51,4	33,4
7. Guinée	26,8	22,0	73,2
8. Guinée-Bissau			
9. Liberia	32,9	31,0	67,1
10. Mali			
11. Niger			
12. Nigeria	61,1	49,7	38,9
13. Sénégal			
14. Sierra Leone	56,4	53,9	43,6
15. Togo	39,6	41,5	58,5

Source : EDS des pays [25-39]

## 2.5.2 Connaissance et pratique en matière du VIH et des infections sexuellement transmissibles

### 2.5.2.1 Connaissance sur le VIH/SIDA, des moyens de prévention et de Transmission

La connaissance par les adolescents et jeunes des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du virus qui cause le sida. La limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation du condom à chaque rapport sexuel comptent parmi les principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH.

Le tableau 2.36 présente les résultats de la connaissance du VIH/SIDA, des moyens de prévention et de Transmission par les adolescents et jeunes de 15-24 ans.

Pour les femmes, le pourcentage ayant déclaré avoir entendu parler du sida varie de 82,3 % (Niger) à 99,6% (Cap Vert). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Cap Vert, Ghana, Burkina Faso. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Mali et Benin.

Pour les femmes, le pourcentage ayant déclaré avoir utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel varie de 45,5 % (Niger) à 87,4 % (Cap Vert). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés

sont dans l'ordre décroissant sont : Cap Vert, Togo et Burkina Faso. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Nigeria et Mali.

Pour les hommes, le pourcentage ayant déclaré avoir entendu parler du sida varie de 91,9 % (Guinée) à 99,8% (Cap Vert). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Cap Vert, Ghana, Cote d'Ivoire. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Guinée, Nigeria et Benin.

Pour les hommes, le pourcentage ayant déclaré avoir utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel varie de 64,5 % (Niger) à 93,3 % (Cap Vert). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Cap Vert, Burkina Faso et Bénin. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Liberia et Mali.

Tableau 2.36: Connaissance du VIH/SIDA, des moyens de prévention et de Transmission (15-24 ans)

Pays	Connaissance du sida (A entendu parler du sida)		Connaissance des moyens de prévention du VIH (En utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel)	
	F	H	F	H
1. Bénin	89,4	92,5	68,8	83,4
2. Burkina Faso	97,3	95,4	77,5	86,1
3. Cap-Vert	99,6	99,8	87,4	93,3
4. Côte d'Ivoire	93,1	96,4	61,0	77,5
5. Gambie	97,8	96,9	69,1	74,9
6. Ghana	98,2	98,8	74,9	82,5
7. Guinée	94,4	91,9	67,4	76,9
8. Guinée-Bissau				
9. Liberia	97,1	92,8	73,2	66,9
10. Mali	83,9	93,5	55,8	68,4
11. Niger	82,3	93,2	45,5	64,5
12. Nigeria	91,4	92,1	55,8	70,0
13. Sénégal	94,9	95,1	67,8	75,0
14. Sierra Leone	94,6	95,3	70,7	78,4
15. Togo	96,4	97,9	77,8	76,6

Source : EDS des pays [25-39]

### 2.5.2.2 Connaissance « approfondie » du VIH/sida et connaissance d'un endroit où se procurer un condom

Les données collectées sur le VIH/sida et les comportements sexuels ont permis de calculer des indicateurs spécifiques à la population des jeunes de 15-24 ans : Connaissance « approfondie » du VIH/sida et connaissance d'un endroit où se procurer un condom.

Sont considérés comme ayant une connaissance "approfondie", les hommes qui savent que l'utilisation du condom au cours de chaque rapport sexuel et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, ceux qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et ceux qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du virus du sida.

Le tableau 2.37 présente les résultats de la connaissance « approfondie » du VIH/sida et connaissance d'un endroit où se procurer un condom par les adolescents et jeunes de 15-24 ans.

Pour les femmes, le pourcentage ayant une connaissance « approfondie » du sida varie de 14,1% (Niger) à 35,7 % (Liberia). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Liberia, Burkina Faso, Sénégal. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Cote d'Ivoire et Guinée.

Pour les femmes, le pourcentage connaissant un endroit où se procurer des condoms varie de 14,7% (Niger) à 76,4 % (Burkina Faso). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Burkina Faso, Ghana et Liberia. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Gambie et Mali.

Pour les hommes, le pourcentage ayant une connaissance « approfondie » du sida varie de 24,6% (Cote d'Ivoire) à 35,8 % (Burkina Faso). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Burkina Faso, Guinée et Gambie. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Cote d'Ivoire, Niger et Liberia.

Pour les hommes, le pourcentage connaissant un endroit où se procurer des condoms varie de 46,5% (Niger) à 89,9 % (Burkina Faso). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Burkina Faso, Cote d'Ivoire et Ghana. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Nigeria et Liberia.

Tableau 2.37 : Connaissance « approfondie » du VIH/sida et connaissance d'un endroit où se procurer un condom (15-24 ans)

Pays	F		H	
	Pourcentage ayant une connaissance « approfondie » du sida	Pourcentage connaissant un endroit où se procurer des Condoms	Pourcentage ayant une connaissance « approfondie » du sida	Pourcentage connaissant un endroit où se procurer des condoms
1. Bénin	25,5	37,1	27,1	59,3
2. Burkina Faso	31,1	76,4	35,8	89,9
3. Cap-Vert				
4. Côte d'Ivoire	15,7	67,2	24,6	87,6
5. Gambie	25,8	28,2	32,3	68,3
6. Ghana	28,3	73,9	34,2	86,8
7. Guinée	22,5	37,5	33,8	
8. Guinée-Bissau				
9. Liberia	35,7	71,3	28,5	68,3
10. Mali	23,7	29,9	33,0	58,1
11. Niger	14,1	14,7	25,4	46,5
12. Nigeria	24,2	45,5	33,5	67,8
13. Sénégal	29,4	44,3	30,7	75,0
14. Sierra Leone	28,8	64,3	30,0	79,9
15. Togo	23,3	54,7	31,6	78,3

Source : EDS des pays [25-39]

### 2.5.3 Les facteurs de risque des violences, accidents de la route, maladies non transmissibles chez les adolescents et jeunes

Comme l'a souligné le rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014 de l'OMS [68, 69], la consommation de l'alcool, du tabac et drogues, les mauvaises alimentations et la sédentarité constituent les principaux facteurs de risques des maladies non transmissibles (MNT) dont l'incidence est de plus en plus en croissantes en Afrique sub-

saharienne. Dans cette section du rapport nous allons nous focaliser sur les risques de maladies non transmissibles.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) [68] a identifié quatre catégories principales de MNT: les maladies cardiovasculaires comme les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux, les maladies respiratoires chroniques comme les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'asthme, les cancers et le diabète. Ces maladies ont en commun quatre facteurs de risque clés—la consommation de tabac, la consommation nocive d'alcool, la sédentarité et un mauvais régime alimentaire—tous des comportements modifiables, généralement établis au cours de l'adolescence ou de l'âge adulte et ceux qui facilitent l'apparition des MNT plus tard au cours de l'existence [68]. Le suivi des tendances des quatre facteurs de risque et l'intensification d'interventions à haut impacts et rentables pour créer des environnements favorables à la santé des jeunes constituent des stratégies importantes pour faire face aux MNT. Ces activités sont particulièrement cruciales en Afrique dans la mesure où le continent possède la plus jeune population du monde, ainsi qu'une cohorte de jeunes en pleine expansion. Si les comportements à risque peuvent être freinés chez les jeunes Africains, la région aura une chance d'atténuer le nombre potentiellement élevé et coûteux d'épidémies de MNT à l'avenir.

### **2.5.3.1 Consommation de tabac**

La consommation de tabac est la cause la plus évitable de maladie, d'invalidité et de décès dans le monde. Chaque année, 6 millions de personnes dans le monde meurent de maladies, tels que le cancer du poumon, et des maladies respiratoires chroniques et cardiaques causées par la consommation de tabac. De plus, le nombre de décès dus au tabac devrait augmenter et atteindre 8 millions de personnes en 2030. Le tabagisme est un facteur de risque pour quatre des 10 principales causes de décès en Afrique, et la consommation de tabac et la dépendance de la majorité des fumeurs adultes commencent habituellement à l'adolescence. Plus de 40 millions de personnes fument en Afrique et ce nombre est susceptible de croître, car les compagnies de tabac élargissent leur commercialisation dans la région [68] et la législation en la matière n'est pas encore adéquate.

Les Africains commencent à fumer à un âge plus jeune, ce qui augmente leur exposition aux MNT ou aux risques de MNT. Bien qu'il existe des variations importantes entre les pays, environ un adolescent sur dix en Afrique fume des cigarettes et la même proportion utilise d'autres produits du tabac (tabac à chiquer ou à priser, pipes). La moitié de tous les adolescents en Afrique sont exposés au tabagisme passif. Dans de nombreux pays africains, les niveaux de la consommation de tabac étaient auparavant plus élevés chez les jeunes hommes que les jeunes femmes ; toutefois, les filles sont maintenant en train de les rattraper et, dans certains endroits, elles consomment du tabac à des taux encore plus élevés que les garçons. Et il est fréquent de voir que, même lorsque les taux de tabagisme sont faibles, l'utilisation d'autres produits du tabac est souvent élevée, en particulier chez les filles [[68, 69].

### **2.5.3.2 Consommation nocive d'alcool**

En 2012, environ 3,3 millions de décès dans le monde étaient imputables à l'alcool. Boire augmente également le risque d'accidents de la route, les rapports sexuels non protégés, les blessures intentionnelles et non intentionnelles, une mauvaise santé mentale et les actes de violence basée sur le genre. Le nombre de consommateurs d'alcool est sur le point d'augmenter en Afrique car les entreprises de boissons multinationales profitent des conditions idéales sur



les marchés émergents du continent, notamment la forte proportion de jeunes issus de la croissance économique et le revenu disponible d'une tranche plus importante de la population.

La commercialisation de l'alcool en Afrique cible souvent les adolescents et les jeunes adultes avec des messages qui dépeignent l'alcool comme un symbole d'héroïsme, de courage et de virilité. Les alcools non commerciaux comme les alcools artisanaux facilement accessibles aux jeunes, sont également courants en Afrique où environ un tiers de l'alcool consommé n'est pas enregistré. Des études montrent que les jeunes qui commencent à boire au début de leur adolescence sont beaucoup plus susceptibles de devenir dépendants à l'alcool dans les 10 ans que ceux qui commencent à boire à la fin de l'adolescence et au début de la vingtaine, même en tenant compte des antécédents familiaux d'abus d'alcool [68, 69].

### **2.5.3.3 Mauvaises alimentations et sédentarité**

Globalement, la mauvaise alimentation et une activité physique insuffisante contribuent à environ 12 millions des décès par MNT chaque année. Les régimes dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne manquent de diversité, ce qui signifie que les repas comprennent souvent un nombre limité de groupes d'aliments. Des niveaux importants de sel, qui élèvent la pression artérielle, sont d'autant plus communs que le sel est utilisé pour conserver les aliments et rehausser leur goût. Le fait que l'Afrique subsaharienne s'urbanise plus rapidement que toute autre région accentue ces problèmes. L'urbanisation et l'augmentation de l'accès aux aliments de préparation commerciale conduisent à des régimes qui sont devenus pauvres en fruits, légumes, protéines et céréales nutritives, et riches en aliments transformés qui contiennent des quantités excessives de sodium, de sucre et de graisses saturées. Ce changement dans les habitudes alimentaires est particulièrement prononcé chez les personnes à faibles revenus.

Bien que les niveaux d'activité physique aient été relativement élevés en Afrique, comme faisant partie des aspects du travail et des transports, l'urbanisation conduit les gens à devenir plus sédentaires. Ce changement signifie également que certaines régions manquent de lieux sûrs pour que les enfants et les jeunes gens puissent jouer à l'extérieur et faire de l'exercice. Ensemble, les changements dans les habitudes alimentaires et la pratique d'exercices physiques conduisent à une augmentation du nombre d'Africains en surpoids ou obèses et à l'augmentation de la prévalence des MNT induites par le style de vie, telles que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et certains cancers. Certains pays d'Afrique subsaharienne font actuellement l'objet d'une transition nutritionnelle, si bien que l'obésité est en train de devenir un problème de santé publique essentiel, alors que la malnutrition constitue toujours un lourd fardeau. Dans certaines régions, les deux conditions peuvent d'ailleurs se retrouver au sein du même ménage.

Les jeunes gens sont pris dans l'évolution du monde autour d'eux et ont de plus en plus de mal à manger sainement et à faire suffisamment d'exercice. La **Sierra Leone** connaît une transition nutritionnelle. En effet, environ 22 pour cent des filles de 15 à 19 ans, sont en surpoids ou obèses, alors que 16 pour cent sont classées en insuffisance pondérale.

Parmi les adolescents âgés de 13 à 15 ans fréquentant une école secondaire au **Ghana**, 54 pour cent des garçons et 58 pour cent des filles boivent habituellement des boissons gazeuses une ou plusieurs fois par jour.

## **2.6 PRATIQUES TRADITIONNELLES NEFASTES A LA SANTE DES ADOLESCENT(E)S ET JEUNES**

Les mariages précoces et les mutilations génitales féminines ou excisions constituent des pratiques traditionnelles néfastes à la santé des adolescentes et jeunes.

### 2.6.1 Mariages précoces

La pratique traditionnelle et néfaste du mariage d'enfant persiste à l'échelle mondiale. Dans les pays en développement, plus de 30 pour cent des filles sont mariées avant l'âge de 15 ans. Défini comme un mariage coutumier, religieux ou légal de quiconque âgé de moins de 18 ans, le mariage d'enfant a lieu avant qu'une fille soit physiquement et psychologiquement prête à assumer les responsabilités du mariage et de la maternité [70].

Comme l'indique le tableau 2.38, le pourcentage des femmes de 15 à 19 ans mariées en 2010 varie de 8,3% (Ghana) à 59,1 % (Niger). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Niger, Mali et Guinée. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Ghana, Cap Vert et Liberia. Notons que le taux du Niger est spécialement très élevé.

Tableau 2.38 : Filles de 15 à 19 ans mariées dans les pays de l'espace CEDEAO en 2010

Pays	% des femmes de 15 à 19 ans actuellement mariées
1. Bénin	21,7
2. Burkina Faso	23,5
3. Cap-Vert	9,5
4. Côte d'Ivoire	24,7
5. Gambie	38,8
6. Ghana	8,3
7. Guinée	35,6
8. Guinée-Bissau	21,7
9. Liberia	19,1
10. Mali	50,4
11. Niger	59,1
12. Nigeria	28,7
13. Sénégal	24,3
14. Sierra Leone	23,0
15. Togo	21,9

Source : Rapport Fond Ford [70]

### 2.6.2 Mutilations génitales féminines / excisions (MGF/E)

Les mutilations génitales féminines sont des interventions qui altèrent ou lèsent intentionnellement les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales. Ces pratiques ne présentent aucun avantage pour la santé des jeunes filles et des femmes. Elles peuvent provoquer de graves hémorragies et des problèmes urinaires, et par la suite des kystes, des infections, la stérilité, des complications lors de l'accouchement, et accroître le risque de décès du nouveau-né. Elles sont pratiquées le plus souvent sur des jeunes filles entre l'enfance et l'âge de 15 ans. Les mutilations génitales féminines sont considérées comme une violation des droits des jeunes filles et des femmes. En Afrique, on estime que plus de trois millions de jeunes filles par an sont menacées par ces pratiques.

Comme le montre le tableau 2.39, le pourcentage de femmes ayant subi des MGF/E varie de 1,4% (Niger) à 94 % (Guinée). Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Guinée, Mali Gambie. Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Togo et Bénin.

Tableau 2.39 : Mutilations génitales féminines

Pays	Pourcentage de femmes ayant subies des mutilations sexuelles génitalités
1. Bénin	2,0
2. Burkina Faso	57,7
3. Cap-Vert	
4. Côte d'Ivoire	31,3
5. Gambie	76,3
6. Ghana	
7. Guinée	94,0
8. Guinée-Bissau	
9. Liberia	
10. Mali	90,3
11. Niger	1,4
12. Nigeria	15,3
13. Sénégal	24,0
14. Sierra Leone	74,3
15. Togo	1,8

Source : EDS des pays [25-39]

## 2.7 ACCES DES ADOLESCENTS ET JEUNES A LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATIONS ET RESEAUX SOCIAUX

Le paysage de l'adolescence est également en pleine évolution. Les influences traditionnelles de la famille et de la communauté demeurent importantes, mais les jeunes d'aujourd'hui sont également sous l'influence par de nouveaux facteurs, en particulier la propagation rapide et l'omniprésence des médias sociaux. Les jeunes ont été les premiers et les plus nombreux utilisateurs des média sociaux, tels que *Facebook* et *Twitter*. Ces modes de communication ont changé la nature et l'interaction des groupes d'adolescents et ont accéléré la vitesse à laquelle les normes socioculturelles se transforment et se propagent. Les média sociaux offrent des débouchés pour accroître la participation et la visibilité des jeunes dans l'élaboration des politiques et la conception des programmes, et peuvent représenter une nouvelle manière efficace d'atteindre un grand nombre de jeunes en matière d'interventions de promotion de la santé. Néanmoins, l'utilisation intensive des médias sociaux et des autres nouvelles technologies peut avoir des effets négatifs (par exemple, la diminution de l'activité physique voire scolaire ou le harcèlement en ligne) en l'absence de contrôle parental notamment [14].

### **2.7.1 Exposition des jeunes aux médias (la presse audiovisuelle ou écrite)**

Les données relatives à l'exposition des femmes et des hommes aux médias (la presse audiovisuelle ou écrite) sont particulièrement importantes pour la mise en place de programmes d'éducation et de diffusion d'informations dans tous les domaines, notamment dans ceux de la santé et de la planification familiale.

Le tableaux 2.40 présentent les résultats de l'exposition aux médias des femmes de 15-19 ans et de 20-24 ans (Pourcentage de femmes de 15-19 ans et de 20-24 ans qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio, au moins, une fois par semaine).

- **Femmes de 15-19 ans**

On constate sur le tableau 2.40 les faits saillants suivants :

- le pourcentage des femmes de 15-19 ans qui lisent un journal, au moins, une fois par semaine est, dans l'ensemble, faible dans tous les pays. Ce pourcentage varie de 4% (Niger) à 25,6 % (Ghana). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Ghana, Benin, Sénégal. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Guinée et Burkina Faso.
- le pourcentage des femmes qui regardent la télévision, au moins, une fois par semaine varie de 17,4% (Sierra Leone) à 70 ,1 % (Cap Vert). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Cap Vert, Sénégal et Ghana. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Sierra Leone, Niger Liberia.
- le pourcentage des femmes qui écoute la radio, au moins, une fois par semaine varie de 23,6% (Cote d'Ivoire) à 73,9 % (Ghana). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Ghana, Cap Vert, Sénégal. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Cote d'Ivoire, Niger. Nigeria.
- le pourcentage des femmes qui consultent les trois média, au moins, une fois par semaine varie de 2,6% (Niger) à 19,4 % (Ghana). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Ghana, Bénin et Sénégal. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Burkina Faso, Sierra Leone.
- le pourcentage des femmes qui ne consultent aucun média, au moins, une fois par semaine varie de 12,5% (Cap Vert) à 56,1 % (Niger). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Niger, Liberia, Sierra Leone. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Cap Vert, Ghana, Sénégal.

- **Femmes de 20-24 ans**

On constate dans le tableau 2.44 les faits saillants suivant :

- le pourcentage des femmes de 20-24 ans qui lisent un journal, au moins, une fois par semaine est, dans l'ensemble, très faible dans tous les pays. Ce pourcentage varie de 2,1% (Niger) à 18,8% (Ghana). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Ghana, Sénégal et Cote d'Ivoire. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Burkina Faso et Mali.

- le pourcentage des femmes qui regardent la télévision, au moins, une fois par semaine, relativement élevé selon les pays, varie de 15,8% (Niger) à 66,5 % (Cap Vert). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant : Cap Vert, Sénégal et Ghana. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Sierra Leone, et Liberia.
- le pourcentage des femmes qui écoutent la radio, au moins, une fois par semaine, relativement élevé selon les pays, varie de 26,9% (Cote d'Ivoire) à 73,9 % (Ghana). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Ghana, Cap Vert, Sénégal. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Cote d'Ivoire, Niger, Nigeria.
- le pourcentage des femmes qui consultent les trois média, au moins, une fois par semaine est, dans l'ensemble, très faible dans tous les pays. Ce pourcentage varie de 1,4% (Niger) à 14,4 % (Ghana). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Ghana, Bénin et Sénégal. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Burkina Faso, Sierra Leone.
- le pourcentage des femmes qui ne consulte aucun média au moins une fois par semaine varie de 12,7% (Ghana) à 61 % (Niger). Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Niger, Liberia, Sierra Leone. Les 3 pays qui ont les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Ghana, Cap Vert, et Sénégal.

Tableau 2.40 : Exposition aux médias: Femmes : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio, au moins, une fois par semaine (Adolescents et jeunes de 15-19 ans et 20-24 ans),

Pays	Groupe d'âge	Lit un journal, au moins, une fois par semaine	Regarde la télévision, au mois, une fois par semaine	Écoute la radio, au moins, une fois par semaine	Les trois média, au moins, une fois par semaine	Aucun média, au moins, une fois par semaine
1. Bénin	15-19 ans	16,2	42,0	47,6	11,8	40,6
	20-24 ans	10,4	40,4	46,7	8,6	42,0
2. Burkina Faso	15-19 ans	6,7	28,9	42,5	3,6	44,9
	20-24 ans	6,1	23,4	47,4	3,6	44,9
3. Cap-Vert	15-19 ans	8,2	70,1	68,8	5,7	12,5
	20-24 ans	9,2	66,5	65,4	5,5	13,8
4. Côte d'Ivoire	15-19 ans	10,1	56,4	23,6	4,9	37,8
	20-24 ans	12,4	52,1	26,9	7,9	42,0
5. Gambie	15-19 ans	9,3	48,6	58,6	7,1	30,3
	20-24 ans	11,9	51,8	64,7	8,6	25,3
6. Ghana	15-19 ans	25,6	62,1	73,9	19,4	15,2
	20-24 ans	18,8	61,1	79,5	14,4	12,7
7. Guinée	15-19 ans	6,4	36,0	41,9	4,7	47,1
	20-24 ans	7,8	36,1	44,1	5,9	46,3
8. Guinée-Bissau	15-19 ans					
	20-24 ans					
9. Liberia	15-19 ans	10,2	24,3	39,6	6,3	52,7
	20-24 ans	11,1	20,8	40,7	6,4	53,7
10. Mali	15-19 ans	10,4	40,9	48,8	7,9	40,5
	20-24 ans	7,2	36,9	48,4	4,9	41,8
11. Niger	15-19 ans	4,0	20,7	36,2	2,6	56,1
	20-24 ans	2,1	15,8	33,0	1,4	61,0
12. Nigeria	15-19 ans	9,8	37,3	37,3	7,0	50,0
	20-24 ans	10,0	37,1	39,3	7,2	49,5
13. Sénégal	15-19 ans	15,5	66,0	61,7	11,0	18,9
	20-24 ans	14,5	65,2	64,9	11,3	17,7
14. Sierra Leone	15-19 ans	9,6	17,4	43,5	4,5	51,1
	20-24 ans	9,3	18,8	41,9	4,7	52,2
15. Togo	15-19 ans	9,2	43,7	44,0	5,3	37,4
	20-24 ans	8,9	49,3	53,2	5,6	30,4

Source : EDS des pays [25-39]

#### • Hommes de 15-19 ans

Le tableau 2.41 présentent les résultats de l'exposition aux médias des hommes de 15-19 ans et de 20-24 ans (Pourcentage de hommes de 15-24 ans qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio, au moins, une fois par semaine).

On constate dans le tableau 2.41 les faits saillants suivants :

- le pourcentage des hommes de 15-19 ans qui lisent un journal, au moins, une fois par semaine est, dans l'ensemble, faible dans tous les pays. Ce pourcentage varie de 2,8% (Niger) à 22,3 % (Liberia). Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Liberia, Ghana et Benin. Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Cap Vert et Togo.
- le pourcentage des hommes qui regardent la télévision, au mois, une fois par semaine varie de 20,4% (Sierra Leone) à 75,2 % (Sénégal). Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Sénégal, Cap Vert, et Cote d'Ivoire. Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Sierra Leone, Niger et Burkina Faso.

- le pourcentage des hommes qui écoutent la radio, au moins, une fois par semaine varie de 22,8% (Niger) à 83,7 % (Ghana). Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Ghana, Gambie et Cap Vert. Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger. Cote d'Ivoire et Guinée.
- le pourcentage des hommes qui consulte les trois média, au moins, une fois par semaine varie de 1,7% (Niger) à 16,0 % (Ghana). Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Ghana, Sénégal et Liberia. Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Cap vert et Burkina Faso.
- le pourcentage des hommes qui ne consulte aucun média, au moins, une fois par semaine varie de 10,2% (Ghana) à 65,4 % (Niger). Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Niger, Nigeria et Guinée. Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les bas sont dans l'ordre croissant : Ghana, cap Vert, Sénégal.

- **Hommes de 20-24 ans**

On constate dans le tableau 2.41 les faits saillants suivants :

- le pourcentage des hommes de 20-24 ans qui lisent un journal, au moins, une fois par semaine est, dans l'ensemble, très faible dans tous les pays. Ce pourcentage varie de 6,7% (Cap Vert) à 41,2% (Liberia). Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Liberia, Ghana et Sénégal. Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Cap Vert, Niger et Togo.
- le pourcentage des hommes qui regardent la télévision, au mois, une fois par semaine, relativement élevé selon les pays, varie de 24,0% (Sierra Leone) à 79,8 % (Sénégal). Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Sénégal, Cap Vert, et Cote d'ivoire. Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Sierra Leone, Niger et Liberia.
- le pourcentage des hommes qui écoutent la radio, au moins, une fois par semaine, relativement élevé selon les pays, varie de 43,6% (Niger) à 87,8 % (Ghana). Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Ghana, Sénégal et Cap Vert. Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger. Cote d'Ivoire et Nigeria.
- le pourcentage des hommes qui consultent les trois média, au moins, une fois par semaine est, dans l'ensemble, très faible dans tous les pays. Ce pourcentage varie de 4,8% (Niger) à 26,2 % (Ghana). Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Ghana, Sénégal et Bénin. Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Niger, Burkina Faso et Togo.
- le pourcentage des hommes qui ne consultent aucun média, au moins, une fois par semaine, varie de 8,1% (Ghana) à 50,1% (Niger). Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus élevés sont dans l'ordre décroissant sont : Niger, Liberia, Sierra Leone. Les 3 pays qui semblent avoir les pourcentages les plus bas sont dans l'ordre croissant : Ghana, Cap Vert, et Sénégal.

Tableau 2.41 : Exposition aux médias: Hommes : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio, au moins, une fois par semaine (Adolescents et jeunes de 15-19 ans et 20-24 ans),

Pays	Groupe d'âge	Lit un journal, au moins, une fois par semaine	Regarde la télévision, au moins, une fois par semaine	Écoute la radio, au moins, une fois par semaine	Les trois média, au moins, une fois par semaine	Aucun média, au moins, une fois par semaine
1. Bénin	15-19 ans	17,0	44,3	54,1	12,2	32,8
	20-24 ans	21,6	52,3	63,2	17,8	23,9
2. Burkina Faso	15-19 ans	8,8	28,7	51,0	3,7	38,8
	20-24 ans	13,4	38,3	70,5	8,2	22,8
3. Cap-Vert	15-19 ans	5,3	75,1	64,4	3,1	12,0
	20-24 ans	6,7	71,1	74,1	5,4	9,7
4. Côte d'Ivoire	15-19 ans	14,4	63,5	37,5	10,0	27,5
	20-24 ans	20,5	64,4	50,5	16,8	23,8
5. Gambie	15-19 ans	11,7	58,9	68,2	7,0	17,8
	20-24 ans	22,0	66,6	75,7	17,0	14,5
6. Ghana	15-19 ans	20,5	62,8	83,7	16,0	10,2
	20-24 ans	32,1	67,7	87,8	26,2	8,1
7. Guinée	15-19 ans	10,8	35,7	41,2	6,9	45,3
	20-24 ans	20,7	43,8	56,7	13,6	33,9
8. Guinée-Bissau	15-19 ans					
	20-24 ans					
9. Liberia	15-19 ans	22,3	30,7	48,0	12,7	41,4
	20-24 ans	41,2	29,6	62,2	17,9	29,5
10. Mali	15-19 ans	13,6	54,6	57,3	10,2	26,1
	20-24 ans	20,1	54,3	73,8	16,3	18,3
11. Niger	15-19 ans	2,8	23,5	22,6	1,7	65,4
	20-24 ans	7,9	26,2	43,6	4,8	50,1
12. Nigeria	15-19 ans	10,2	35,7	44,1	7,3	46,1
	20-24 ans	21,9	40,2	53,0	15,7	37,8
13. Sénégal	15-19 ans	16,4	75,2	57,0	13,2	14,5
	20-24 ans	24,9	79,8	74,8	22,2	9,0
14. Sierra Leone	15-19 ans	13,9	20,4	50,8	8,1	44,7
	20-24 ans	21,9	24,0	60,7	12,4	34,7
15. Togo	15-19 ans	7,8	43,1	58,6	6,2	33,5
	20-24 ans	11,6	50,8	68,1	8,7	24,0

Source : EDES des pays [25-39]

### 2.7.2 Accès à la Téléphones mobile

Selon le rapport 2012 de l'Observatoire de la téléphonie mobile en Afrique subsaharienne [104], depuis 2000, le nombre de connexions mobiles en Afrique subsaharienne a augmenté de 44 %, alors que la moyenne, pour la même période, est de 34 % dans les régions en voie de développement et de seulement 10 % dans les régions développées (Graphique 2.6).

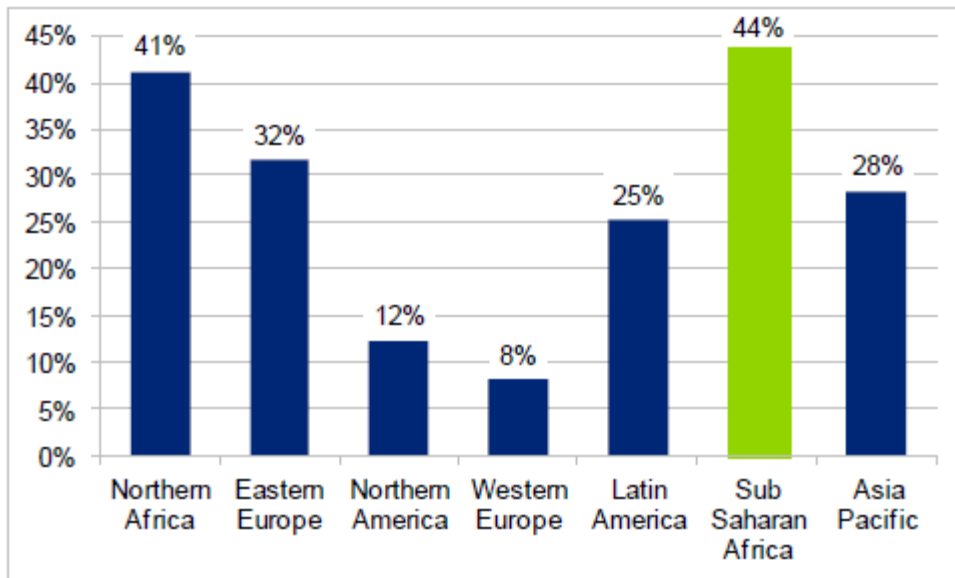
Reflétant l'expansion économique de la région, la croissance de la téléphonie mobile devrait normalement se poursuivre à moyen terme. Les opérateurs des cinq marchés essentiels d'Afrique subsaharienne (Nigeria, Tanzanie, Afrique du Sud, Kenya et Ghana) ont investi 16,5 milliards US\$ au cours des cinq dernières années et 2,8 milliards US\$ pour la seule année 2011. Cet investissement a permis le déploiement de nouvelles stations de base afin d'augmenter la capacité totale des réseaux mobiles. Par exemple, le nombre de stations de base installées en ASS a augmenté de plus de 250 % entre 2007 et 2012 dans les cinq pays précédemment mentionnés (Graphique 2.7).

L'investissement dans l'infrastructure des réseaux mobiles est essentiel pour la population de l'Afrique subsaharienne. Les services de téléphonie mobile sont les principaux moyens de



communication. Par exemple, en 2010, l'ensemble des pays de l'ASS comptait en moyenne 28 connexions mobiles par abonnement à une ligne fixe.

Il est établi que les adolescents et jeunes de l'Afrique subsaharienne constitue la frange de la population qui ont contribué à cet essor des téléphones mobiles.



Graphique 2.6 : Croissance du nombre de connexions mobiles, en %, 2000–2012

Le tableau 2.42 construit à partir du Rapport sur le développement humain 2010 [105] présente le niveau de l'accès aux téléphones mobiles dans les pays de l'Espace CEDEAO en de 2000 à 2008.

On constate que l'accès à téléphonie mobile varie de 22% (Mali) à 96% (Cap-Vert). Le taux d'accès est supérieur à 50% dans 13 sur les 14 dont on dispose de données.

Tableau 2.42: Accès aux téléphones mobiles dans les pays de l'espace CEDEAO (2010)

Pays	Population desservie par un réseau de téléphones mobiles (%)
1. Bénin	80
2. Burkina Faso	61
3. Cap-Vert	96
4. Côte d'Ivoire	59
5. Gambie	85
6. Ghana	73
7. Guinée	80
8. Guinée-Bissau	65
9. Liberia	
10. Mali	22
11. Niger	45
12. Nigeria	83
13. Sénégal	85
14. Sierra Leone	70
15. Togo	85

Source : PNUD Rapp 2010 [72]

### 2.7.3 Accès à l'internet et aux réseaux sociaux (Facebook)

Le tableau 2.43 présente les statistiques des utilisateurs d'internet et de réseaux dans les pays de la CEDEAO. On constate que le taux de pénétration interne dans les pays de la CEDEAO varie de 2,0% (Niger) à 51,9% (Sénégal). Notons que la grande majorité des utilisateurs sont les adolescents et jeunes.

Tableau : 2.43 : Utilisateurs d'internet dans les pays de la CEDEAO

Utilisateurs d'internet au troisième trimestre de 2015 dans les pays de la CEDEAO						
Pays CEDEAO	Population (2015 Est.)	Internet Utilisateurs 31-Dec-2000	Internet 15-Nov-2015	Pénétration (% Population)	Internet % Afrique	Facebook 15-Nov-2015
<u>Benin</u>	10,448,647	15,000	<b>1,232,940</b>	11.8 %	0.4 %	570,000
<u>Burkina Faso</u>	18,931,686	10,000	<b>1,779,578</b>	9.4 %	0.5 %	490,000
<u>Cabo Verde</u>	545,993	8,000	<b>219,817</b>	40.3 %	0.1 %	190,000
<u>Cote d'Ivoire</u>	23,295,302	40,000	<b>5,230,000</b>	22.5 %	1.6 %	1,800,000
<u>Gambie</u>	1,967,709	4,000	<b>373,865</b>	19.0 %	0.1 %	180,000
<u>Ghana</u>	26,327,649	30,000	<b>5,171,993</b>	19.6 %	1.6 %	2,900,000
<u>Guinée</u>	11,780,162	8,000	<b>770,000</b>	6.5 %	0.1 %	770,000
<u>Guinée-Bissau</u>	1,726,170	1,500	<b>70,000</b>	4.1 %	0.0 %	70,000
<u>Liberia</u>	4,195,666	500	<b>348,240</b>	8.3 %	0.1 %	260,000
<u>Mali</u>	16,955,536	18,800	<b>1,186,888</b>	7.0 %	0.4 %	770,000
<u>Niger</u>	18,045,729	5,000	<b>351,892</b>	2.0 %	0.1 %	230,000
<u>Nigeria</u>	181,562,056	200,000	<b>92,699,924</b>	51.1 %	28.2 %	15,000,000
<u>Sénégal</u>	13,975,834	40,000	<b>7,260,000</b>	51.9 %	2.2 %	1,700,000
<u>Sierra Leone</u>	5,879,098	5,000	<b>260,000</b>	4.4 %	0.1 %	260,000
<u>Togo</u>	7,552,318	100,000	<b>430,482</b>	5.7 %	0.1 %	280,000
<b>TOTAL AFRICA</b>	<b>1,158,355,663</b>	<b>4,514,400</b>	<b>328,180,311</b>	<b>28.3 %</b>	<b>100.0 %</b>	<b>124,568,500</b>

Source : Internet World Stats [73]

## TROISIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ANALYSE DANS CINQ PAYS DE L'ESPACE CEDEAO

Cette troisième partie rapporte les résultats de l'analyse de situation dans les 5 pays sélectionnés : Benin, Cap-Vert, Nigeria, Sénégal et Sierra Léone. Elle a été structurée en trois sous parties. La première sous-partie présente les résultats de l'entretien avec les responsables des Directions ou Divisions de Santé Reproduction des Adolescents et Jeunes (SRAJ) des pays. La deuxième sous-partie expose les points de vue des principaux acteurs de la santé des adolescents et jeunes dans le pays. La troisième sous-partie présente les faits observés dans les documents nationaux de référence et dans les structures offrant des services de santé aux adolescents et jeunes

### 3.1 RESULTATS DE L'ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES DES DIRECTIONS OU DIVISIONS DE SANTE REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES (SRAJ) DES PAYS

Cette section présente les différentes informations recueillies auprès des Directions ou Divisions de la Santé de Reproduction des Adolescents et Jeunes (SRAJ) des Ministères de la santé des pays visités.

#### 3.1.1 Définitions adoptées par les pays

La définition de l'adolescence est uniforme dans tous les pays visités. En effet, dans tous les pays visités, elle a été définie comme des personnes de la tranche d'âge de 10 à 19 ans.

Par contre, les pays divergent quelque peu sur l'utilisation du concept de jeune et jeunesse. Alors que les pays francophones et lusophones (Bénin, Sénégal et Cap-Vert) ont adopté la définition de jeune et jeunesse telle que proposée par l'OMS ; les pays anglophones (Nigeria et Sierra Léone) utilisent autrement les termes de jeune (« young people ») et de jeunesse (« youth »).

Les définitions adoptées par les pays sont résumées dans le tableau 3.1

Tableau 3.1 : Définition des concepts Adolescent, jeune et jeunesse selon les pays.

Pays	Définitions Pays	Définition OMS
Benin	Adolescent : 10-19 ans Jeune : 15-24 ans Jeunesse (Adolescents et jeunes):10-24 ans	Adolescent (Adolescent): 10-19 ans «Young people » Jeune : 15-24 ans « Youth » Jeunesse : 10-24 ans
Cap-Vert	Adolescent : 10-19 ans Jeune : 15-24 ans Jeunesse (Adolescents et jeunes):10-24 ans	
Nigeria	Adolescent: 10-19 ans «Young people »: Jeune : 10-24 ans « Youth» (Jeunesse) : 15 à 35 ans	
Sénégal	Adolescents : 10-19 ans Jeunesse (Adolescent et jeune): 10-24 ans Jeunes : 18--35 ANS (Ministère de la Jeunesse)	
Sierra Leone	Adolescent: 10-19 ans «Young people »: Jeune : 10-24 ans « Youth» (Jeunesse) : 15 à 35 ans	

### 3.1.2 Existence de partenaires stratégiques et ou opérationnels de la santé des adolescents et jeunes

Comme l'indique le tableau 3.2, les pays disposent de divers types de partenaires stratégiques et opérationnels (partenaires de mise en œuvre) dans le domaine de la santé des adolescents et jeunes. On y compte les ministères (secteur public), les institutions des Nations Unies, les institutions bilatérales, les ONG Internationales et nationales.

Le nombre total de partenaires listés par les pays varie de 18 (Sénégal) à 30 (Bénin). Notons cependant qu'au Cap-Vert, même le secteur privé à but lucratif contribue la SAJ. La liste des partenaires par pays peut être consultée en Annexe 1

Tableau 3.2 : Existence de partenaires stratégiques/Opérationnels soutenant les interventions de santé des adolescents et jeunes

Acteurs	Bénin	Cap-Vert	Nigeria	Sénégal	Sierra Leone
Existence de partenaires					
1 Ministère de la Santé	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
2 Ministères en charge de la jeunesse	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
3 Autres Ministères	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
4 Agences des Nations Unies (UN)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
5 Institutions bilatérales (IB)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
6 ONG internationales (ONGI)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
7 ONG nationales (ONGN)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
8 Secteurs privés Lucratifs (SP)	NON	OUI	NON	NON	NON
9 Institutions universitaires (IU)	OUI	OUI	OUI	OUI	NON
10 Organisations de la société civiles (OSC)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Nombre total de partenaires					
Nombre de partenaires cité	30	22	23	18	20

### 3.1.3 Structure de gestion et mécanisme de coordination

Tous les pays visités dispose une structure située au sein du Ministère de la Santé en charge de gestion des activités de santé des adolescents et jeunes. En dehors de la structure de gestion chaque pays dispose d'un mécanisme de coordination des activités de santé des adolescents et jeunes.

#### Benin

##### *Structure de gestion*

Division de la de la Reproduction des Adolescents et des jeunes (SRAJ) logée au sein du Service de la Planification Familiale et de la Santé de la Reproduction des Adolescents et des jeunes.

Sous la responsabilité d'un chef de service PF et SRAJ et d'un Chef de Division SRAJ qui est un médecin de santé publique

##### *Mécanisme de coordination*

Comité National de Coordination d'intervention et de concertation avec des démembrements départementaux et locaux.

Structure technique de pilotage de la stratégie, il fournit les informations utiles au Comité National d'Orientation en vue des prises de décisions stratégiques et l'appui technique aux comités sectoriels de promotion en vue de la mise en œuvre judicieuse des programmes multisectoriels.

Le Comité National de Coordination est composé de représentants des Ministères sectoriels, d'OSC intervenant en SRAJ ayant une couverture nationale, des organisations de jeunesse également d'envergure nationale, le PNLS au niveau national et ses structures décentralisées pour le niveau département. Il est présidé par la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant. Le comité de coordination se réunit une fois par trimestre. Il est décentralisé au niveau départemental (comité départemental de coordination) et des zones sanitaires (comité local de promotion) avec la même mission.

### ***Structure de gestion***

“Gender, Adolescence, and Elderly Division” (GAED) logée au sein de la Direction de Santé Familiale (Family Health)  
Sous la responsabilité d'un médecin.

### ***Mécanisme de coordination***

“National Adolescent Technical Working Group” avec des démembrements au niveau des 32 Etats

Structure de prise de décisions stratégiques et l'appui technique à la santé des adolescents et jeunes

Le Groupe Technique de Travail regroupe les principaux acteurs de la SRAJ du pays

## **Cap Vert**

Les objectifs généraux du partenariat ou plutôt de la coordination, en plus de la prévention des maladies et de l'amélioration de l'accès aux soins de santé spécifiques de qualité, sont la promotion de la santé et l'adoption de modes de vie sains.

Le Ministère de la Santé, à travers la Direction nationale de la santé et le programme national de la santé des adolescents, a mis en place la politique sanitaire nationale par l'élaboration d'un plan national de développement sanitaire et assure la coordination et l'appui aux activités avec les différents partenaires.

Au niveau local, les délégués de santé coordonnent les centres de santé qui offrent des soins de santé primaires et tout en travaillant avec la communauté.

Le Ministère de la Justice intervient dans le domaine de la législation en y assurant l'actualisation des droits de protection des adolescents (par exemple, le Statut de l'Enfance et de l'Adolescence). Il coordonne également les actions de lutte contre la drogue.

Les organisations internationales et les partenaires bilatéraux interviennent aussi à travers l'appui technique et / ou financier du Nigeria.

## **Sénégal**

### ***Structure de gestion***

Division de la de la Reproduction des Adolescents et des jeunes (SRAJ) logée au sein de la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE)

Sous la responsabilité d'un Chef de Division SRAJ qui est un médecin

### ***Mécanisme de coordination***

Cadre de concertation multisectorielle  
Structure de concertation et de prise de décisions stratégiques et l'appui technique à la santé des adolescents et jeunes  
Le Groupe Technique de Travail regroupe les principaux acteurs de la SRAJ du pays

## **Sierra Léone**

### ***Structure de gestion***

“National School and Adolescent Health Program“ logé au sein de la Direction de la Santé de la Reproduction et l'Enfant  
Sous la responsabilité d'une « Sister » (Infirmière spécialisée)

### ***Mécanisme de coordination***

Multisectoral Technical Committee (MTC)  
Structure de concertation et de prise de décisions stratégiques et l'appui technique à la santé des adolescents et jeunes  
Le MTC est composé des points focaux des Ministres (Ministère de l'Éducation, Science et Technologie, Ministère des Affaires sociales, genre et enfant), Ministère de la Jeunesse, Ministère du gouvernement local et du développement rural, Ministère de la Santé et de l'Hygiène), staff techniques des Institutions des Nations Unies et des ONG.

## **3.1.4 Leadership national, mobilisation des ressources et plaidoyer**

Dans cette section nous explorons les paramètres suivant en rapport avec la santé des adolescents et jeunes au niveau des Ministères de la Santé des pays visités: le leadership national, la mobilisation des ressources et les instruments juridiques nationaux de protection des adolescents et jeunes.

### **3.1.4.1 Existence d'un leadership national pour la Santé des Adolescents et Jeunes**

Le leadership national a été apprécié par les réponses à 8 questions posées aux responsables de la santé des adolescents et jeunes. Les points communs et des particularités ont été notés.

#### **Points communs entre les pays**

Tous les pays ont répondu par l'affirmatif aux questions suivantes :

- Santé adolescents et des jeunes constitue une préoccupation au niveau stratégique le plus élevé du pays ?
- Est-ce que le pays a élaboré un document de stratégie nationale ou feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ?
- Est-ce que le pays a élaboré un document de stratégie nationale pour les adolescents et jeunes ?
- Est-ce que le pays a développé les Standards de services conviviaux de qualité en santé des adolescents et jeunes ?
- En plus d'être des bénéficiaires d'interventions, comment les adolescents et jeunes sont-ils impliqués dans les processus de décision concernant leurs problèmes de santé?

#### **Différences entre les pays**

Le Nigeria a déclaré que la santé adolescents et des jeunes ne constitue pas une priorité au niveau stratégique le plus élevé du pays (Autorités nationales) au regard du sous ou de l'absence de financement de ce secteur par l'Etat. Les autres pays ont répondu par l'affirmatif.

Le Bénin a déclaré ne pas disposer ni de plan d'action national pour les adolescents et jeunes, ni de plan d'action budgétisé alors que les autres pays ont répondu par l'affirmatif.

## **Modalités d'implication des adolescents et jeunes dans les processus de décision concernant leurs problèmes de santé :**

**Bénin** : Les jeunes sont représentés à tous les niveaux du cadre institutionnel  
**Cap Vert** : Les jeunes sont représentés à tous les niveaux du cadre institutionnel  
**Nigeria** : Participation et contribution au cours des réunions par les groupes de jeunes  
**Sénégal** : Quelques jeunes sont impliqués dans l'élaboration du PSSRAJ  
**Sierra Léone** : Implication dans les réunions du comité multisectoriel et dans la mise en œuvre des activités

### **3.1.4.2 Plaidoyer et mobilisation des ressources**

Le plaidoyer et la mobilisation des ressources ont été appréciés par les réponses à 2 questions posées aux responsables de la santé des adolescents et jeunes. Les points communs et des particularités ont été notés.

Tous les pays ont répondu par l'affirmatif aux deux questions suivantes :

- Est-ce que les autorités gouvernementales sont engagées dans le processus de mobilisation des ressources (internes et externes) afin d'adresser les problèmes de santé des adolescents et jeunes ?
- Est-ce la santé des adolescents et des jeunes constitue un sujet de plaidoyer au niveau stratégique le plus élevé du pays (Autorités nationales)

### **3.1.5 Mesures juridiques**

Les mesures juridiques ont été appréciées par les réponses à 4 questions posées aux responsables de la santé des adolescents et jeunes. Les points communs et des particularités ont été notés.

#### **Points communs entre les pays**

- Le droit à la santé est reconnu dans les politiques, stratégies et plans sanitaires du pays y compris ceux relatifs à la santé des adolescents et jeunes
- L'âge légal de majorité est de 18 ans dans l'ensemble des pays
- L'âge minimal pour le mariage est 18 ans pour les garçons dans tous les pays
- Pour les adolescent(e)s non marié(e)s, La loi VIH existe et autorise les adolescents mineurs à donner leur consentement pour le test VIH et conseils
- Aucune disposition n'a été prévue dans les lois ou les réglementations pour permettre aux mineurs de donner leur consentement pour les actes médicaux.

#### **Différences entre les pays**

- L'âge minimal pour le mariage est de 18 ans pour les filles dans l'ensemble des pays visités sauf au Sénégal où l'âge pour les filles est de 16 ans (donc plus bas que pour les garçons)
- Pour les adolescent(e)s non marié(e)s, la loi SR existe et autorise les adolescents mineurs à donner leur consentement pour les services de contraception à l'exception de la stérilisation dans tous les pays sauf au Nigeria
- Pour les adolescent(e)s non marié(e)s, la loi SR existe et autorise les adolescents mineurs à donner leur consentement pour la contraception d'urgence dans tous les pays sauf au Nigeria

### **3.1.6 Politiques, stratégies et directives pour la santé des adolescents et jeunes**

Dans cette section nous avons exploré les principaux paramètres de politiques, stratégies et directives pour la santé des adolescents et jeunes dans les pays membres de la CEDEAO.

#### **3.1.6.1 Réalisation d'une analyse de situation nationale de la santé des adolescents et jeunes**



Quatre pays ont affirmé avoir réalisé une analyse de situation de la santé de la reproduction des adolescents et jeunes. Cependant les rapports de ces études ne sont pas disponibles. Selon les descriptions faites par les répondants, on peut conclure que dans la plupart des cas, il s'agit d'une analyse de situation très sommaire, en fait plus une revue de la littérature qu'une analyse de situation formelle. Par ailleurs elle ne comporte pas des données désagrégées concernant par exemple : tranches d'âge, rural/urbain, facteurs socio-économiques, facteurs socio-politiques, environnement politique/stratégique du pays et la couverture de tous les niveaux (niveau national, niveau intermédiaire et niveau périphérique

Nous faisons remarquer que le concept de SAJ incluant les autres aspects de la santé chez cette couche sociale, de manière plus largen'est pas de mise dans les pays visités ; la SSRAJ demeure toujours le thème dominant.

### 3.1.6.2 Place de la santé des adolescents et jeunes dans les politiques/stratégies du pays

Le tableau 3.3 montre que problèmes de santé pour lesquels les adolescents et jeunes sont cités comme groupes cibles.

#### Points communs entre les pays

Les répondants de tous les pays ont déclaré que les adolescents et jeunes sont cités comme groupe cibles pour les problèmes de santé suivant : problèmes de santé sexuelle et reproductive y compris les grossesses chez les adolescentes, les Infections Sexuellement transmissibles/HIV, la consommation abusive du tabac, la consommation abusive de l'alcool, la consommation des substances nocives

#### Différences entre les pays

La mauvaise alimentation, le manque d'activité physique, les problèmes de santé mentale, les traumatismes par accidents de la circulation, les violences y compris les autolyses et les crises de communication parent-Adolescents et jeunes ont été cités par tous les pays sauf le Bénin.

De plus, les adolescents et les jeunes ne sont pas cités comme groupe cible au Cap-Vert pour la prévention des traumatismes par accidents de la circulation.

Tableau 3.3 : Principaux problèmes de santé où les adolescents et jeunes sont cités comme groupes cibles

Principaux Problèmes de santé	Benin	Cap-Vert	Nigeria	Sénégal	Sierra Leone
1. Santé sexuelle et reproductive y compris les grossesses chez les adolescentes	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
2. Infections Sexuellement transmissibles/VIH	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
3. Mauvaise alimentation	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
4. Manque de Diète et activité physique (Sédentarité)	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
5. Consommation abusive du tabac	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
6. Consommation abusive de l'alcool	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
7. Consommation des substances nocives	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
8. Santé mentale	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
9. Traumatismes par accidents de la circulation	NON	NON	OUI	OUI	OUI
10. Violence y compris les autolyses	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
11. Crise de communication parent-Adolescents et jeunes	NON	OUI	OUI	OUI	OUI

### **3.1.6.3 Disponibilité de stratégies spécifiques pour la santé des adolescents et jeunes**

Comme le montre le tableau 3.4, les répondants dans tous les pays ont déclarés disposés des stratégies spécifiques pour les problèmes de santé des adolescents et jeunes. Cependant le Cap-Vert a déclaré ne pas disposer de stratégies spécifiques pour les traumatismes de la voie publique. Le Benin a déclaré ne pas en disposé pour les crises de communication parents-enfants.

Tableau 3.4 : Disponibilité de stratégies spécifiques pour la santé des adolescents et jeunes

Principaux Problèmes de santé	Benin	Cap-Vert	Nigeria	Sénégal	Sierra Leone
1. Santé sexuelle et reproductive y compris les grossesses chez les adolescentes	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
2. Infections Sexuellement transmissibles/VIH	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
3. Mauvaise alimentation	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
4. Manque de Diète et activité physique (Sédentarité)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
5. Consommation abusive du tabac	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
6. Consommation abusive de l'alcool	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
7. Consommation des substances nocives	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
8. Santé mentale	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
9. Traumatismes par accidents de la circulation	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
10. Violence y compris les autolyses	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
11. Crise de communication parent-Adolescents et jeunes	NON	OUI	OUI	OUI	OUI

### 3.1.6.4 Disponibilité des standards nationaux pour l'offre des services aux adolescents et jeunes

Selon les répondants, tous les pays visités ont déclaré disposer de standards nationaux pour l'offre des services aux adolescents et jeunes remplissant les critères suivants :

- Définition claire des risques sanitaires des adolescents et jeunes
- Paquet de services de santé bien définis sauf au Cap-Vert
- Précision des groupes d'adolescents pour qui les services seront offerts sauf au Cap-Vert
- Formation des prestataires de services sur la santé des adolescents et jeunes.

En ce qui concerne la prise en compte des principaux problèmes de santé des adolescents et jeunes, comme le montre le tableau 3.5, les répondants dans tous les pays ont déclarés que les standards définis ont pris en compte les problèmes de santé sexuelle et reproductive y compris les grossesses chez les adolescentes, les Infections Sexuellement transmissibles/HIV et la violence y compris les autolyses. Les 8 autres problèmes de santé ont été déclaré pris en compte par tous les pays sauf au Bénin.

Tableau 3.5 : Prise en compte des principaux problèmes de santé des adolescents et jeunes par les standards

Principaux Problèmes de santé	Benin	Cap-Vert	Nigeria	Sénégal	Sierra Leone
1. Santé sexuelle et reproductive y compris les grossesses chez les adolescentes	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
2. Infections Sexuellement transmissibles/VIH	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
3. Mauvaise alimentation	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
4. Manque de Diète et activité physique (Sédentarité)	NON	NON	OUI	OUI	OUI
5. Consommation abusive du tabac	NON	NON	OUI	OUI	OUI
6. Consommation abusive de l'alcool	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
7. Consommation des substances nocives	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
8. Santé mentale	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
9. Traumatismes par accidents de la circulation	NON	NON	OUI	OUI	OUI
10. Violence y compris les autolyses	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
11. Crise de communication parent-Adolescents et jeunes	NON	OUI	OUI	OUI	OUI

### 3.1.7 Interventions et offre de services aux adolescents et jeunes

#### 3.1.7.1 Disponibilité des services pour les adolescents et jeunes

Le tableau 3.6 montre la disponibilité des interventions contre les principaux problèmes de santé dans les pays visités.

#### Points communs entre les pays

Les répondants de tous les pays ont déclaré que la disponibilité des interventions contre les principaux problèmes de santé suivant : problèmes de santé sexuelle et reproductive y compris les grossesses chez les adolescentes, les Infections Sexuellement transmissibles/VIH et la violence y compris les autolyses.

#### Différences entre les pays

Les interventions contre les problèmes de santé suivant sont seulement disponibles au Nigeria mais pas dans autres pays: Mauvaise alimentation, manque de Diète et activité physique (Sédentarité), consommation abusive du tabac, consommation abusive de l'alcool, consommation des substances nocives, santé mentale, traumatismes par accidents de la circulation et la crise de communication parent-Adolescents et jeunes.

Tableau 3.6 : Disponibilité des interventions contre les principaux problèmes de santé

Rubrique	Benin	Cap-Vert	Nigeria	Sénégal	Sierra Leone
1. Santé sexuelle et reproductive y compris les grossesses chez les adolescentes	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
2. Infections Sexuellement transmissibles/VIH	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
3. Mauvaise alimentation	NON	OUI	OUI	OUI	NON
4. Manque de Diète et activité physique (Sédentarité)	NON	OUI	OUI	OUI	NON
5. Consommation abusive du tabac	NON	NON	OUI	NON	NON
6. Consommation abusive de l'alcool	NON	OUI	OUI	NON	NON
7. Consommation des substances nocives	NON	OUI	OUI	NON	NON
8. Santé mentale	NON	NON	OUI	OUI	OUI
9. Traumatismes par accidents de la circulation	NON	NON	OUI	NON	NON
10. Violence y compris les autolyses	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
11. Crise de communication parent-Adolescents et jeunes	NON	OUI	OUI	NON	NON

### 3.1.7.2 Disponibilité des structures de conseils et écoute/services par les adolescents et jeunes

Dans l'ensemble des pays visités, il existe des centres d'écoute et de conseils (équivalents) aux adolescents et jeunes ainsi que des associations d'adolescents et jeunes. L'ensemble des pays dispose d'un plan de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes sauf le Benin. Seul la Sierra Leone a déclaré disposer d'associations ou de groupes de parents d'adolescents et jeunes (Tableau 3.7).

Tableau 3.7 : Disponibilité des structures de conseils et d'écoute/services par les adolescents et jeunes

Rubrique	Benin	Cap-Vert	Nigeria	Sénégal	Sierra Leone
1. Disponibilité d'un plan de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
2. Existence des centres d'écoute et de conseils (équivalents) aux adolescents et jeunes dans le pays	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
3. Existence des associations d'adolescents et jeunes dans le e pays	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
4. Existence des associations/Groupes de parents d'adolescents et jeunes dans le e pays	NON mais existence des Associations de parents d'élèves	OUI	NON	NON mais existence des Associations de parents d'élèves	OUI

### 3.1.7.3 Offre de services aux les adolescentes et jeunes filles

Comme le montre le tableau 3.8, les services suivants sont offerts aux adolescents et jeunes dans l'ensemble des pays visités: prise en charge des infections sexuellement transmissibles, services de santé au cours de la grossesse et l'accouchement, soins et soutien aux séropositives et la prise en charge en cas de violence sexuelle.

Les informations et conseils sur la contraception d'urgence sont offerts aux clientes adolescentes et jeunes ne sont offerts qu'au Sénégal et Sierra Leone. Par contre les soins d'avortement ne sont offerts aux clientes adolescentes et jeunes dans aucun des pays. L'avortement est illégal dans les pays visités.

Tableau 3.8 : Offre des services aux adolescentes et jeunes filles

Rubrique	Benin	Cap-Vert	Nigeria	Sénégal	Sierra Leone
1 Est-ce que les services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles sont offerts aux clients adolescentes et jeunes ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
2 Est-ce que les services de santé sont offerts au cours de la grossesse et l'accouchement aux clientes adolescentes et jeunes ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
3 Est-ce que les soins d'avortement sont offerts aux clientes adolescentes et jeunes ? (là où c'est légal)	NON	OUI	NON	NON	NON
4 Est-ce que les informations et conseils sur la contraception d'urgence sont offerts aux clientes adolescentes et jeunes ?	NON	OUI	NON	OUI	OUI
5 Est-ce que les soins et le soutien sont offerts aux clientes adolescentes et jeunes séropositives?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
6 En cas de violence sexuelle, existe-t-il des dispositions prises pour la prise en charge des adolescents et jeunes ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

### 3.1.7.4 Utilisation des services par les adolescents et jeunes

Les données relatives à l'utilisation des services par les adolescents font cruellement défaut dans l'ensemble des pays visités. En effet le tableau 3.9 montre que les services relatifs aux principaux indicateurs suivants ne sont pas disponibles :

- Pourcentage des adolescentes âgées de 15 à 19 ans ayant reçu au moins 4 CPN
- Pourcentage des adolescentes enceintes âgées de 15 à 19 ans ayant accouchées par un prestataire qualifié
- Pourcentage des adolescentes enceintes âgées de 15 à 19 ans ayant reçu un test VIH et counseling
- Pourcentage des adolescentes enceintes âgées de 15 à 19 ans utilisant une méthode contraceptive moderne.

Tableau 3.9 : Données sur l'utilisation des services par les adolescents et jeunes

Rubrique	Benin	Cap-Vert	Nigeria	Sénégal	Sierra Leone
1 Pourcentage des adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant reçu au moins 4 CPN?	Non disponible	Non disponible	DHS 25% in 2008 51.1% in 2013 GHS	Non disponible	Non disponible
2 Pourcentage des adolescentes enceintes âgées de 15 à 19 ans ayant été accouchées par un prestataire qualifié	Non disponible	Non disponible	43% in 2008 DHS 47.8 % in 2013	58,2 EDS Continue 2014	Non disponible
3 Pourcentage des adolescentes enceintes âgées de 15 à 19 ans ayant reçu un test VIH et counseling	Non disponible	>90%	Non disponible	Non disponible	Non disponible
4 Pourcentage des adolescentes enceintes âgées de 15 à 19 ans utilisant une méthode contraceptive moderne	5,6% (EDS 2011-12)	Non disponible	9.1% in 2008 4.8% in 2013 DHS	Non disponible	Non disponible

### 3.1.8 Santé scolaire

En dehors du Cap-Vert et du Nigéria qui ont déclaré disposer de politique/stratégie et programme de santé scolaire pour les adolescents et jeunes, les autres pays mènent des activités de santé scolaire sans un véritable politique et programme.



### 3.1.9 Financement

Le tableau 3.10 résume quelques aspects du financement de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant dans les pays visités. On constate que le pourcentage du budget national alloué au Ministère de la Santé varie de 7% (Nigeria) à 11% (Sénégal), donc inférieur au 15%. Le pourcentage du budget du MS alloué à la santé maternelle, nouveau-né, enfant et adolescent et jeune tourne autour de 3% dans les pays.

Aucun budget n'est alloué aux activités de santé des adolescents et jeunes au Bénin et au Nigeria. De plus, Il n'existe aucune exonération aux soins du fait du statut d'adolescent ou de jeune.

Tableau 3.10 : Financement de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant

Rubrique	Benin	Cap-Vert	Nigeria	Sénégal	Sierra Leone
1. Pourcentage du budget national alloué au Ministère de la Santé	7,1%*	<b>8%</b>	7%*	11%*	8.5%*
2. Pourcentage du budget du MS alloué à la santé maternelle, nouveau-né, enfant et adolescent et jeune	200 000 000 Frs prévu pour 2015	Non disponible		3%	3%
3. Est-ce qu'un budget a été alloué aux activités de santé des adolescents et jeunes	NON	OUI	NON	OUI	OUI
4. Est-ce les adolescents âgés de 15 à 19 sont exonérés de frais pour les services de santé suivants ?:					
a. CPN	NON	OUI	NON	NON	OUI
b. Accouchements?	NON	OUI	NON	NON	OUI
c. Consultations pour soins curatifs?	NON	OUI	NON	NON	NON
d. Moustiquaires Imprégnées d'insecticides?	NON	NA	NON	OUI**	OUI
e. Test HIV et Conseils?	OUI*	OUI**	OUI**	OUI**	OUI**
f. PTME?	OUI*	OUI	OUI**	OUI**	OUI**

Source : Le Ministère de la Santé des pays

\*\*Gratuit pour le monde

### 3.1.10 Système d'information sanitaire

Tous les pays visités publient des annuaires statistiques. Cependant, les annuaires statistiques ne couvrent pas les données de santé des adolescents et jeunes.

### 3.1.11 Recherche, monitoring et évaluation

L'ensemble des pays visités dispose d'une liste d'indicateurs pour la santé des adolescents et jeunes. L'analyse plus poussée du processus de définition des indicateurs de la santé des adolescents et jeunes révèle que ce processus est encore en progrès dans la plupart des pays et qu'il n'existe pas encore un véritable consensus entre les pays.

Aucun des pays ne conduit un monitoring semestriel/annuel de la couverture en interventions orientées vers les adolescents et jeunes (Tableau 3.11). Dans l'ensemble des pays, les données relatives aux adolescents et jeunes ont été prises en compte dans la dernière EDS.

Tous les pays ont déclaré avoir des besoins de recherche en santé des adolescents et jeunes. Tous les pays ont déclaré avoir des besoins de recherche en santé des adolescents et unes.

Tableau 3.11 : Recherche, monitoring et évaluation

Rubrique	Benin	Cap-Vert	Nigeria	Sénégal	Sierra Leone
1. Quels sont les indicateurs de santé des adolescents et jeunes retenus par le pays ?	OUI Voir en Annexe	OUI Voir en Annexe	OUI Voir en Annexe	OUI Voir en Annexe	OUI Voir en Annexe
2. Est-ce que le pays conduit un monitoring semestriel/annuel de la couverture en interventions orientées vers les adolescents et jeunes?	NON	NON	NON	NON	NON
3. Est-ce les données relatives aux adolescents et jeunes ont été prises en compte dans la dernière EDS ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
4. Est-ce que le pays a réalisé des enquêtes nationales sur les adolescents et jeunes	OUI	OUI	NON	OUI	NON
5. Est-ce que le pays a des besoins de recherche ?	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

### 3.2 OPINIONS DES ACTEURS DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES

Le tableau 3.12 présente la liste des quatre groupes d'acteurs intervenant dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes rencontrés dans les pays visités. Il s'agit de:

1. partenaires stratégiques et ou opérationnels (ou de mise en œuvre) qui appuient au plan technique et ou financier les structures en charge de la santé des adolescents et jeunes à tous les niveaux du système de santé des pays
2. Les responsables des centres des adolescents et jeunes
3. Les adolescents et jeunes
4. Les parents d'adolescents et de jeunes

Au total 25 partenaires stratégiques et ou opérationnels, quatre responsables de centres d'adolescents et jeunes, deux jeunes, un groupe d'adolescentes et un groupe de parents ont été interviewés. Le plus grand nombre de partenaires ont «été enregistrés au Sénégal (10), puis Bénin (7) et Cap-Vert (6). Seulement 1 partenaire a été interviewé au Nigeria et en Sierra Leone pour diverses contraintes. Notons que le nombre de partenaires interviewé a eu une influence sur la quantité d'informations générée.

L'objectif principal des entretiens avec les acteurs est de recueillir les points de vue des acteurs sur la problématique de la santé des adolescents et jeunes dans les différents pays.

Tableau 3.12 Acteurs de la santé des adolescents et jeunes rencontrés

Pays	Partenaires stratégiques et ou opérationnels (mise en œuvre)	Centres des adolescents et jeunes	Adolescents et jeunes	Parents
Benin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. OMS</li> <li>2. UNFPA</li> <li>3. Ambassade Pays Bas</li> <li>4. ONG Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF)</li> <li>5. ONG ABMS/PSI</li> <li>6. ONG CERADIS</li> <li>7. Université Nationale du Benin</li> </ol>	Centre Jeunes Amour et Vie	Jeunes Ambassadeurs	
Cap-Vert	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. UNFPA</li> <li>2. OMS</li> <li>3. Ministère de l'Education</li> <li>4. Réseau des ONG</li> <li>5. Institut Cap Verdienne pour l'Egalité et Equité du Genre</li> <li>6. Verde Fam</li> </ol>			
Nigeria	Planned Parenthood America	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Women Friendly Initiative</li> <li>2. Adolescent Friendly Clinic Kuje General hospital</li> </ol>		
Sénégal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. UNFPA</li> <li>2. OMS</li> <li>3. UNESCO</li> <li>4. Division Contrôle Médicale scolaire</li> <li>5. Projet Promotion Jeunes (Min Jeunesse)</li> <li>6. ONG Marie Stopes International</li> <li>7. ONG ASBEF</li> <li>8. ONG ACDEV</li> <li>9. ONG AMREF Health Africa</li> <li>10. Réseau Islam et Population (RIP)</li> </ol>		Groupe Ado	Groupe parents
Sierra Leone	UNICEF	School Health Adolescence Health Clinic	Coalition of Young Intelligent Quotient	

### 3.2.1 Opinions des partenaires stratégiques et ou opérationnels

Les principaux thèmes des entretiens avec les partenaires stratégiques et ou opérationnels ont été :

- Problèmes de santé et comportements à risque sanitaire observés chez les adolescents et jeunes et les facteurs déterminants
- Stratégies utilisées
- Coordination des activités de la santé des adolescents et jeunes dans le pays
- Principales forces et faiblesses de l'organisation et de la mise œuvre des activités de la sante des adolescents et jeunes dans ce pays
- Difficultés ou défis rencontré
- Suggestions de stratégies pour améliorer la santé des adolescents et jeunes dans le pays

### **3.2.1.1 Problèmes de santé, comportements à risque chez Les adolescents et jeunes et les facteurs déterminants**

Le tableau 3.13, résume les différents problèmes de santé auxquels sont confrontés les adolescents et jeunes selon les partenaires par pays, les comportements à risques observés chez ce groupe de population et leurs principaux facteurs ou déterminants.

Tableau 3.13 : Problèmes de santé selon les partenaires stratégiques et ou opérationnels  
Problèmes de santé

Similarités entre les pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Santé sexuelle et reproductive (Grossesse précoce, grossesse non désirées avec avortements à risque)</li> <li>- Infections Sexuellement transmissibles/VIH</li> <li>- Mauvaise alimentation avec ses conséquences</li> <li>- Manque d'activité physique (Sédentarité)</li> <li>- Consommation abusive du tabac</li> <li>- Consommation abusive de l'alcool</li> <li>- Consommation des substances nocives</li> <li>- Santé mentale</li> <li>- Traumatismes par accidents de la circulation</li> <li>- Violence y compris les autolyses</li> <li>- Problème de communication parent-enfant</li> </ul>
Particularités	<p>Cap-Vert : Grande fréquence de consommation d'alcool            Bénin : grossesse non désirées avec avortements à risque,            Sénégal : Usage de substances nocives ; café « toubi »            Sierra-Léone : Fréquence élevée des grossesses précoces</p>

### Comportements à risque

Similarités entre les pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapports sexuels non protégés</li> <li>- Rapports sexuels précoces</li> <li>- Faible utilisation de la contraception</li> <li>- Sexe transactionnel : Sexe en échange de quelque chose</li> <li>- Multipartenaire sexuel</li> <li>- Faible taux utilisation des condoms</li> <li>- Faible utilisations des méthodes contraceptive</li> <li>- Manque d'activité physique (Sédentarité)</li> <li>- Consommation abusive du tabac</li> <li>- Consommation abusive de l'alcool</li> <li>- Consommation des substances nocives</li> <li>- Violence y compris les autolyses</li> <li>- Manque de port de casques</li> </ul>
Particularités	<p>Cap-Vert : Grande fréquence de consommation d'alcool            Sénégal : Infanticide, manque d'hygiène intime            Sierra-Léone : Fréquence élevée des grossesses précoces</p>

### Déterminants

Similarités entre les pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Addiction aux TIC</li> <li>- Pauvreté</li> <li>- Faible accès à l'information de bonne qualité</li> <li>- Faible scolarisation des filles</li> <li>- Croyances, tabous et traditions</li> <li>- Ambitions des jeunes</li> <li>- Démission des parents qui ne discutent plus avec les enfants</li> <li>- Abandon par l'Etat</li> <li>- Perte de la culture</li> <li>- Absence de dialogue parent-enfant</li> <li>- Influence ou pression par les pairs</li> <li>- Chômage et oisiveté</li> </ul>
Particularités	<p>Sénégal : Grande importance des croyances, tabous et traditions</p>

#### 3.2.1.2 Stratégies utilisées

Les stratégies utilisées dans les 5 pays sont à peu près similaires comme le montre le tableau 3.14. Les stratégies de base sont les sensibilisations, les plaidoyers, l'approche pairs éducateurs ; les centres de jeunes et les offres de soins. Comme l'ont souligné certains partenaires rencontrés, la plupart des stratégies utilisées ne sont pas évaluées pour leur efficacité.

Tableau 3.14 : Stratégies utilisées

Pays	Stratégies	
Benin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plaidoyer</li> <li>2. Pairs éducateur : Pas d'évaluation de façon factuelle mais les résultats sont palpables</li> <li>3. Mise en place des cellules pour les activités des jeunes dans les écoles et collèges</li> <li>4. Introduction de l'éducation sexuelle dans le cursus scolaire (secondaire) (c'est compliqué de travail avec le Ministère de Enseignement cependant il existe le besoin de voir inclure la sexualité dans le cursus scolaire)</li> <li>5. Cyber café : informations sur le net</li> <li>6. Création des clubs : sports, musique</li> <li>7. Implication des journalistes</li> <li>8. Offre de service : centres jeune et clinique mobile</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Création de la demande : Media, Communication Inter personnel (Magazine Emissions radio, émission télévisé)</li> <li>10. Utilisation des réseaux sociaux : Page Facebook</li> <li>11. Promotion de dialogue entre Parents et enfants :</li> <li>12. Formation des pairs- parents : Les pairs parents font des visites à domicile</li> <li>13. Implication des leaders religieux t</li> <li>14. Stratégie d'identification des jeunes leaders au niveau de la communauté.</li> <li>15. Intervention sur les scolarisés, les non scolarisés et les déscolarisés parce qu'ils n'ont pas les mêmes besoins</li> <li>16. Approche Genre : Promotion de l'équité-genre : Accents sur les filles</li> </ol>
Cap-Vert	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développement de curriculum pour l'enseignement primaire et secondaire :</li> <li>2. Existence des centres Jeunes</li> <li>3. Existence des centres jeunes mobiles</li> <li>4. Bibliothèque : est une stratégie : Les jeunes disent qu'ils vont à la bibliothèque</li> <li>5. Organisation des foires de santé</li> <li>6. Collaboration Education et Santé</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Sport comme stratégie de santé Espace de réunions de jeunes dans les autres îles (7 îles)</li> <li>8. Activité de sensibilisation</li> <li>9. Activités décentralisées pour les jeunes des localisés reculé</li> </ol>
Nigeria	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pairs éducateurs</li> <li>2. Centre de jeunes</li> <li>3. Communication interpersonnelle</li> <li>4. Sensibilisation</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Plaidoyer</li> <li>6. Activités ludiques et récréatives</li> <li>7. Cyber café</li> <li>8. Education</li> <li>9. Utilisation des réseaux sociaux</li> </ol>
Sénégal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Espace jeune dans les Université</li> <li>2. Offre de service</li> <li>3. Centres conseils pour les adolescents</li> <li>4. Activités ludiques (JEUX ? Concerts, Summer Tour : Pour attirer la demande : Stratégie pour attirer la demande)</li> <li>5. Utiliser des sages-femmes jeunes</li> <li>6. Le Staff est jeune pour accueillir les jeunes</li> <li>7. Communication avec les réseaux sociaux : Facebook marchent beaucoup et les SMS</li> <li>8. Les Concerts</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Associations sportives et culturelles : Tournoi de Football</li> <li>10. Centre Conseil pour Adolescents comme véhicule</li> <li>11. Pairs éducateurs formé en IEC,</li> <li>12. Plate-forme Clic Info Ado</li> <li>13. Messagerie de 211000</li> <li>14. Stratégie des paires-éducateurs</li> <li>15. La ligne verte: Mbour</li> <li>16. Association Parler aux Jeunes:</li> </ol>
Sierra Leone	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pairs éducateurs</li> <li>2. Centre pour les jeunes</li> <li>3. Communication interpersonnelle</li> <li>4. Sensibilisation</li> <li>5. Plaidoyer</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Activités ludiques et récréatives</li> <li>7. Cyber café</li> <li>8. Education</li> <li>9. Utilisation des réseaux sociaux</li> </ol>

### 3.2.1.3 Coordination de la santé des adolescents et jeunes dans le pays

La coordination de la santé des adolescents et jeunes constitue un grand défi dans l'ensemble des pays comme le montre tableau 3.15. Comme l'a souligné un des partenaires : « toutes les structures font un travail extraordinaire, mais chacun le fait dans son coin ; mieux vaudrait se mettre ensemble ; mais pour cela, il faut de la part du Ministère de la santé, un bon leadership, coordination, volonté des acteurs, une bonne implication des jeunes ».

Les principaux problèmes de coordination soulevés sont :

- Le Ministère de la Santé ne connaît pas tous les acteurs œuvrant dans la santé des adolescents et jeunes
- La coordination des acteurs
- La coordination des interventions des acteurs
- La non fonctionnalité des cadres de concertation ou de coordination
- La multiplicité des groupes des jeunes générés par les financements et leur coordination

Tableau 3.15 : Coordination de la SAJ dans les pays

Pays	Coordination SAJ
Benin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faible coordination à tous les niveaux du système du MS</li> <li>2. Très faible coordination interministériel</li> <li>3. Coordination inter- agence pour les questions de la SAJ</li> <li>4. Efficacité des expériences en cours : Centre Amour et Vie....</li> <li>5. Mais maintenant quelque chose se fait mais ce n'est pas encore cela</li> <li>6. La Santé n'est pas une priorité du Gouvernement</li> <li>7. Le document de stratégie prévoit clairement un cadre opérationnel mais jusqu'à ce jour le cadre de coordination n'est pas fonctionnel voire inexistant</li> <li>8. Multitude des groupes de jeunes : On dirait que chaque partenaire à son groupe de jeune</li> <li>9. Ce sont les groupes qui naissent avec les financements, et peuvent mourir à la fin des financements</li> <li>10. Le ministère ne connaît pas tous les acteurs œuvrant dans le domaine des adolescents et jeunes</li> </ol>
Cap-Vert	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. « On a quelques problèmes de coordinations entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Education</li> <li>2. Il n'y a pas beaucoup d'articulation entre les secteurs Jeunesse, Santé et autres »</li> <li>3. Bon leadership du Ministère de la santé</li> </ol>
Nigeria	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordination à renforcer</li> </ol>
Sénégal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La coordination doit être renforcée</li> <li>2. Rendre fonctionnel le cadre de collaboration multisectoriel contenu dans le Plan Stratégique SRAJ de la DRSSE</li> <li>3. Toutes les structures font un travail extraordinaire, mais chacun le fait dans son coin Mieux vaudrait se mettre ensemble ; pour cela, il faut un bon leadership, coordination, volonté des acteurs, impliqué aussi les jeunes : Multisectorialité</li> <li>4. Coordination des acteurs</li> <li>5. Coordination des bailleurs</li> <li>6. Coordination des offres</li> </ol>
Sierra Leone	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faible coordination « La Multisectorialité nécessite une forte coordination »</li> </ol>

### 3.2.1.4 Principales forces et faiblesses de l'organisation et de la mise œuvre des activités de la santé des adolescents et jeunes dans ce pays

Les principales forces et faiblesses de l'organisation et de la mise en œuvre de la santé des adolescents et jeunes sont résumés dans le tableau 3.16.

Les principales forces relevées dans la plupart des pays sont : l'existence d'un cadre de concertation ou de coordination, la disponibilité d'un grand nombre d'acteurs, la disponibilité des documents stratégiques et l'existence des centres de jeunes.

Les faiblesses sont similaires dans l'ensemble des pays : faible coordination des acteurs, non disponibilité ou insuffisance de prestataires formés, mauvais accueil par les prestataires, chevauchement des interventions des différents partenaires, non intégration des interventions, compétition entre les acteurs, le manque de dissémination des documents stratégiques, le manque de recherche, manque de plaidoyer auprès des religieux etc..

Tableau 3.16 : Principales forces et faiblesses de la santé des adolescents et jeunes dans les pays

Pays	Forces	Faiblesses
Benin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existence d'un service Adolescent et jeune</li> <li>2. Existence des documents de standards</li> <li>3. Existence de document de Stratégie de santé sexuelle</li> <li>4. Existence des partenaires motivés</li> <li>5. Existence des ONG qui peuvent travailler avec le Ministère</li> <li>6. Existence d'un Groupe Technique de Travail Adolescents et jeune</li> <li>7. Existe une coalition pour améliorer la loi sur les avortements</li> <li>8. « Il y a beaucoup d'acteurs c'est un atout mais aussi peut constituer un handicap si pas de bonne coordination, comme cela est le cas à l'heure actuelle</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paquets de service Santé Ado n'est pas encore pris en compte</li> <li>2. Personnel non formé</li> <li>3. Education sexuelle non intégrée dans le curricula de formation</li> <li>4. Dialogue parent-adolescent pas fonctionnel</li> <li>5. Il y a des ONG qui veulent travailler avec les Ministère mais le cadre de coordination n'est pas encore fonctionnel</li> <li>6. Défaut d'une bonne implication des privés</li> <li>7. Le Ministère de la Santé doit revoir sa vision, son rôle et sa philosophie: c'est comme si les privées n'existent pas dans le pays</li> <li>8. Prestataires non compétents dans le domaine de la santé des adolescents et jeunes</li> <li>9. Pas de cadre de suivi et d'évaluation</li> <li>10. Pas de données sur les adolescents et jeunes</li> <li>11. La diversité des acteurs si elle est mal coordonnée</li> <li>12. Il y a beaucoup de chevauchement dans les interventions des ONG</li> <li>13. La plupart des ONG ont axé leurs interventions sur les comportements et ne se préoccupent pas de ce qui cause ces comportements</li> <li>14. Les ONG sont centrées sur des domaines précis, mais il y a beaucoup de chevauchement</li> </ol>
Cap-Vert	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Très bon système de santé</li> <li>2. « Les jeunes sont très scolarisés au Cap Vert »</li> <li>3. Existence des centres pour les jeunes</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. On a quelques problèmes de coordinations entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Education</li> <li>2. les structures publiques de santé ne sont pas préparées pour recevoir les jeunes</li> <li>3. Il n'y a pas beaucoup d'articulation entre les secteurs Jeunesse, Santé et autres</li> <li>4. Les agents n'ont pas les capacités pour prendre en charge les jeunes</li> <li>5. Il y a des structures de santé mais sans vocation d'atteindre les jeunes est encore faible :</li> <li>6. Il faut renforcer la capacité des structures</li> <li>7. Manque de structure spécifique pour les jeunes</li> <li>8. Les jeunes n'aiment pas aller dans les centres parce que tout le monde connaît tout le monde, pas de confidentialité</li> </ol>
Nigeria	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existence d'un Groupe Technique National pour les adolescents et jeunes</li> <li>2. Existence de forums national pour les adolescents et jeunes</li> <li>3. existence de documents de stratégie</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Compétition entre les acteurs</li> <li>2. Pas de recherche</li> <li>3. Pas de dissemination</li> </ol>
Senegal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existence des Espaces Jeunes</li> <li>2. Mobilisation sociale</li> <li>3. Disponibilité des données</li> <li>4. Suivi régulier et Evaluation de ce qui se fait</li> <li>5. Existence des Centres conseil pour adolescents(CCA)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Impression que les jeunes sont stigmatisés</li> <li>2. Toutes les structures font un travail extraordinaire, mais chacun le fait dans son coin Mieux vaudrait se mettre ensemble : Pour cela il faut un bon leadership, coordination, volonté des acteurs, impliqué aussi les jeunes : Multisectorialité</li> <li>3. Le milieu extra-scolaire n'est pas organisé : apprentis, couturières, coiffeuse etc.</li> <li>4. Mauvais accueil par les prestataires : freinent la fréquentation des jeunes</li> <li>5. Le manque de moyens : La plupart des jeunes sont des chômeurs qui dépendent des parents : Jusqu'à 30 ans les jeunes dépendent encore des parents</li> <li>6. Manque de bon Plaidoyer religieux</li> </ol>
Sierra Leone	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grand nombre de partenaires en SAJ</li> <li>2. Volonté politique au plus haut niveau du pays</li> <li>3. Environnement favorable pour revoir les politiques, les lois et règlements</li> <li>4. Amélioration du niveau de connaissance des adolescents et jeunes</li> <li>5. Implication des communautés</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faible coordination</li> <li>2. Manque et faible application des lois</li> </ol>

### 3.2.1.5 Suggestions de stratégies pour améliorer la santé des adolescents et jeunes

Les partenaires rencontrés dans les différents pays ont fait des suggestions pertinentes pour l'améliorer de la santé des adolescents et jeunes. Les principales suggestions listées par les partenaires sont résumées ci-dessous :



- Benin
  - Rendre fonctionnel de cadre de coordination intra et intersectoriel
  - Former tous les acteurs sur les services adaptés aux jeunes et adolescents : « Tout le monde parle des jeunes mais est-ce que vraiment tout le monde sait de quoi il s'agit ? »
  - Veiller à ce que les adolescents soit dans le plan annuel de travail de chaque Zone sanitaire
  - Renforcer la connaissance des jeunes en reproduction et sexualité,
  - Promouvoir les services conviviaux
  - Promouvoir le Suivi-Evaluation
- Cap Vert
  - Faire des espaces où les jeunes peuvent trouver tous les services : beaucoup de services concentrés dans le même espace : Intégrés les services
  - Faut respecter les contextes de chaque pays
  - Coordination des partenaires (c'est fondamental)
  - Il faut passer par l'éducation des parents (Educations des adultes)
  - Il faut une bonne articulation entre l'Education et la Santé
- Nigeria
  - Dissémination des documents
  - Suivi et évaluation
- Sénégal
  - Renforcer la stratégie de pairs éducateurs
  - Promouvoir les CCA
  - Promotion des lignes vertes
  - Il faut une culture de la documentation et des évidences
  - Espace Ado-Jeunes dans les structures sanitaires
  - Prise en compte les besoins des jeunes défavorisés
  - Impliquer les jeunes dans les instances de prises de décision
- Sierra Leone
  - Implication effective des jeunes
  - Commencer par la famille puis l'école

### **3.2.2 Opinion des responsables de centres adolescents et jeunes**

Les principaux thèmes des entretiens avec les responsables des centres des adolescents et jeunes :

1. Caractéristiques des centres et des adolescents et de jeunes utilisateurs
2. Services offerts
3. Stratégies utilisées
4. Difficultés rencontrées
5. Statistiques d'activités de la structure
6. Suggestions de stratégies pour améliorer l'offre des services de santé aux adolescents et jeunes

#### **3.2.2.1 Caractéristiques des centres et des adolescents et jeunes utilisateurs**

Les caractéristiques des centres visités sont résumées dans le tableau 3.17.

- Le Centre Amour et Vie de Suru Léré du Benin est un centre mis en place par une organisation non gouvernementale internationale, destiné à recevoir les jeunes non scolarisés installé dans l'enceinte d'un Centre de Promotion social. Les caractéristiques des jeunes utilisateurs sont résumées dans le tableau.

- Le « Women friendly Initiative » d'Abuja au Nigeria est une ONG nationale, destinée à recevoir tous les jeunes. Les caractéristiques des jeunes utilisateurs sont résumées dans le tableau.
- « Adolescent Friendly Clinic » de Kuje à Abuja est un centre public installé au sein de l'Hôpital Général de Kuje, destiné à recevoir tous les jeunes. Les caractéristiques des jeunes utilisateurs sont résumées dans le tableau.
- « Broderick School health adolescence health clinic » est un centre public installé au sein d'une école à Freetown, destiné à recevoir tous les jeunes. Les caractéristiques des jeunes utilisateurs sont résumées dans le tableau.

Ajoutons que nous avons aussi visités (en coups de vent) quatre centres des jeunes au Cap Vert. Il s'agit : Centro de Saude Reproductive de FAZENDA, Centro de Juvene (Ministère de la Jeunesse), Centro Saudo TIRA CHAPEU du centre Verde Fam. Bien que par contrainte de temps nous n'ayons pas tenu des entretiens formels avec les responsables de centres, nous avons été marqué par l'organisation, le type de prestataires (on y trouve des psychologues et des physiothérapeutes).

Tableau 3.17 : Caractéristiques des centres et des adolescents et jeunes utilisateurs

Centres	Caractéristiques des centres et des utilisateurs
Benin (Anmour et Vie Suru Leré)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type de Centre : ONG International/national</li> <li>- Classe d'âge : 10à-24 ans mais des plus grands arrivent aussi</li> <li>- Sexe : Les garçons sont plus fréquents parce que attirés par les jeux, « les filles sont timides, et puis les parents n'aiment pas laisser leurs enfants filles arriver. « Pour certains parents c'est un Centre qui favoriserait la dépravation ».</li> <li>- Religion : Toutes religions</li> <li>- Education : Centre prévu pour les non scolaires mais en fait les scolaires qui arrivent le plus à cause des jeux et le cyber</li> <li>- Classe socio-économique : Toutes les classes</li> </ul>
Nigeria (WFI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type de centre : ONG National</li> <li>- Classe d'âge: 4 à 10 ans et 10-24 ans</li> <li>- Sexe: Les garçons sont les plus nombreux ; les barrières culturelles (religion) empêchent les filles d'y arriver.</li> <li>- Religion: Les chrétiens sont plus nombreux que les musulmans</li> <li>- Education: Beaucoup plus les scolaires, les non scolaires sont rares</li> <li>- Niveau socio-économique : surtout la classe moyenne</li> </ul>
Nigeria (AFC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type de centre : Public, installé au sein de l'hôpital régional</li> <li>- Classe d'âge: 10-24 ans</li> <li>- Sexe: Les garçons sont les plus nombreux ; les barrières culturelles (religion) empêchent les filles d'y arriver.</li> <li>- Religion: Les chrétiens sont plus nombreux que les musulmans (Notons que c'est une zone à prédominance musulmane)</li> <li>- Education: Seulement les scolaires arrivent, les non scolaires n'arrivent pas</li> <li>- Niveau socio-économique : surtout les pauvres</li> </ul>
Broderick School health adolescence health clinic Sierra Leone	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type de centre : Public, installé au sein dans un établissement scolaire</li> <li>- Classe d'âge: 10-35 ans</li> <li>- Sexe: Les filles les plus nombreuses</li> <li>- Religion: Toutes religions</li> <li>- Education: Tout le monde mais les scolaires sont plus nombreux n'arrivent pas</li> <li>- Niveau socio-économique : Toutes les classes</li> </ul>

### 3.2.2.2 Services offerts

Le tableau 3.17 montre les services offerts par les centres visités.

Il ressort de l'examen du tableau 3.18 que les services suivants sont offerts dans les 4 centres :

- Santé sexuelle et reproductive y compris la prévention des grossesses chez les adolescentes
- Infections Sexuellement transmissibles/HIV
- Alcool

- Substances nocives

L'analyse du nombre de services offert par les différents centres montre que :

- Le WFI offre 10 sur 11
- AFC offre 9 sur 11
- Broderick School health adolescence health clinic offre 8 sur les 11
- Le centre Amour et Vie du Benin offre 7 sur les 11

Tableau 3.18 : Services offerts par les centres de jeunes

Service	Centre Amour et Vie Suru Léré Benin Suru Léré	Women Friendly Initiative (WFI) Du Nigeria)	Nigeria (AFC)	Sierra Leone School health adolescence health clinic
1. Santé sexuelle et reproductive y compris la prévention des grossesses chez les adolescentes ?	OUI	OUI	OUI	OUI
2. Infections Sexuellement transmissibles/HIV	OUI	OUI	OUI	OUI
3. Nutrition	OUI	OUI	NON	OUI
4. Diète et Activité physique	NON	OUI	NON	NON
5. Tabac	NON	OUI	OUI	OUI
6. Alcool	OUI	OUI	OUI	OUI
7. Substances nocives	OUI	OUI	OUI	OUI
8. Santé mentale	OUI	NON	OUI	OUI
9. Prévention des Traumatismes par accidents de la circulation	NON	OUI	OUI	NON
10. Violence	NON	OUI	OUI	OUI
11. Crise de communication parent-Adolescents et jeunes	OUI	OUI	<b>OUI</b>	NON

### 3.2.2.3 Horaire d'ouverture

Comme le montre le tableau 3.19, la majorité des centres ouvrent à heures où les jeunes sont soit à l'école soit dans les ateliers d'apprentissage. Ce fait peut constituer un obstacle à leur utilisation par les adolescents et jeunes. Seul le Centre Amour Vie de Suru Léré ouvre une partie du weekend, le samedi.

Tableau 3.19 : Horaire d'ouverture

Centres	Jour et Horaire d'ouverture
Centre Amour et Vie Suru Léré Benin	Du Mardi au Samedi de 10 h à 19h mais les Jeudis fermeture à 17h
Women Friendly Initiative (WFI) Du Nigeria	Du Lundi à Vendredi de 8h à 17h
Adolescent Friendly Clinic Nigeria (AFC)	Du Lundi à Vendredi de 9h à 16h
Broderick School health adolescence health clinic Sierra Leone	Du Lundi à Vendredi du 8 h à 17h

### 3.2.2.4 Stratégies utilisées

Les stratégies utilisées sont presque les mêmes dans les 4 centres visités (Tableau 3.20). Il s'agit : Pairs éducateurs, conseils, communication interpersonnelle, sensibilisation, plaidoyer, activités ludiques et récréatives, cyber-café, utilisation des réseaux sociaux

Tableau 3.20 : Stratégies utilisées

Centres	Stratégies utilisées
Centre Amour et Vie Suru Léré Benin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jeux qu'ils aiment pour les attirer: Internet, Jeux de Play Station, Babyfoot, Scrabble, Jeux de domino, Jeux de Carte, photocopie et impressions</li> <li>2. Sensibilisation dans les collèges</li> <li>3. Soirées récréatives : on en profite pour sensibiliser</li> <li>4. Offre de service</li> </ol>
Women Friendly Initiative (WFI) Du Nigeria	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pairs éducateurs</li> <li>2. Communication interpersonnelle</li> <li>3. Sensibilisation</li> <li>4. Plaidoyer</li> <li>5. Activités ludiques et récréatives</li> <li>6. Cyber café</li> <li>7. Education</li> <li>8. Utilisation des réseaux sociaux</li> <li>9. Micro-finance</li> </ol>
Adolescent Friendly Clinic Nigeria (AFC)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stratégie avancée dans les écoles</li> <li>2. Stratégie avancée dans les communautés</li> <li>3. School Talk</li> </ol>
Broderick School health adolescence health clinic Sierra Leone	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnostic et traitement des maladies (Paludisme, infections respiratoires, IST etc.</li> <li>2. Conseils en prévention des grossesse, violence, nutrition, consommation d'alcool, le tabac et les drogues, VIH, santé mentale, viol, etc.</li> </ol>

### 3.2.2.5 Difficultés/défis rencontrés

Comme l'indique le tableau 3.21, les centres visités sont confrontés à des difficultés relatives à la fréquentation par certaines franges des jeunes, les filles et les non scolaires en particulier. Les centres publics semblent avoir beaucoup de difficultés financières et matérielles.

Tableau 3.21 : Difficultés rencontrées

Centres	Difficultés rencontrés
Centre Amour et Vie Suru Léré Benin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Non fréquentation par les non scolaires</li> <li>2. Les patrons n'aiment pas laisser les jeunes sortir des</li> </ol>

	Ateliers
Women Friendly Initiative (WFI) Du Nigeria	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Barrières socio-culturelles qui empêchent la fréquentation par les filles</li> <li>2. Rémunération des volontaires face aux difficultés financières croissantes</li> </ol>
Adolescent Friendly Clinic Nigeria (AFC)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manque du support du Ministère de la santé (pas nécessairement support financiers mais aussi les supervisions, la documentation, l'équipement, participation à des conférences etc..)</li> <li>2. Manque de ressources humaines</li> <li>3. Les jeunes ont peur de fréquenter le centre bien que nous ayons aménagé une entrée à l'arrière de l'hôpital</li> <li>4. La localisation du centre entrave la fréquentation par les jeunes: un lieu plus isolé serait meilleur : Peur d'être vu par un parent ou un connaissance.</li> </ol>
Broderick School health adolescence health clinic Sierra Leone	<p>Manque de médicaments, Manque d'électricité Pas de KIT VIH Pas de de kit Paludisme</p>

### 3.2.2.6 Statistiques d'activités du centre

Les statistiques d'activités constituent un gros problème dans les centres visités. La plupart dispose de supports de données mais il n'existe pas un système fiable de recueil des données. La situation est de loin meilleure dans le WFI, mais de gros efforts restent encore à faire.

### 3.2.2.7 Suggestions de stratégies pour améliorer l'offre des services de santé

Les suggestions faites par les responsables des centres pour améliorer l'offre des services sont résumées dans le tableau 3.22. Elles vont de l'élargissement de la gamme des services offerts, la gratuité des produits contraceptifs, la gratuité de l'école à la lutte contre l'oisiveté des jeunes.

Tableau 3.22 : Suggestions pour améliorer l'offre des services

Centres	Suggestions
Centre Amour et Vie Suru Léré Benin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Les jeunes demandent à connaître leur groupe sanguin, le test électrophorèse</li> <li>2 Vaccination contre l'hépatite C</li> <li>3 Connexion permanente dans le centre</li> <li>4 Téléfilm sur les Adolescents et jeunes</li> </ol>
Women Friendly Initiative (WFI) Du Nigeria	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aller dans les communautés</li> <li>2. Plaidoyer au niveau communautaire</li> <li>3. Génération de revenus</li> </ol>
Adolescent Friendly Clinic Nigeria (AFC)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lutte contre l'oisiveté des jeunes: les occuper par les loisirs, les jeux et l'emploi</li> <li>2. Encourager l'éducation primaire, secondaire et universitaire</li> <li>3. Gratuité de l'école</li> <li>4. L'éducation des filles</li> </ol>
Broderick School health adolescence health clinic Sierra- Leone	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensibilisation</li> <li>2. Poster</li> <li>3. Stratégie avancée</li> <li>4. Gratuité des médicaments</li> <li>5. Gratuité des produits contraceptifs</li> <li>6. Distribution de préservatifs</li> </ol>

### **3.2.3 Opinions et perspectives des adolescents et jeunes**

Au cours de cette analyse de situation nous avons pu nous entretenir avec 2 jeunes et un groupe d'adolescentes non scolarisées. Il s'agit de :

Un béninois qui fait partie des Présidents des Jeunes Ambassadeurs pour la SR/PF au Benin

Une sierra-léonaise « Président of Coalition of Young Intelligent Quotient »

Un groupe filles non scolarisées

Les principaux thèmes des entretiens avec les adolescents et jeunes ont été :

1. Problèmes de santé et comportements à risque sanitaire observés chez les adolescents et jeunes
2. Recours en cas de problèmes de santé
3. Besoins sanitaires des adolescents et jeunes
4. Sources d'information sur la santé des adolescents et jeunes
5. Réseaux sociaux et santé des adolescents et jeunes
6. Participation des adolescents et jeunes dans la résolution de leurs problèmes de santé
7. Suggestions de stratégies pour améliorer la santé des adolescents et jeunes dans votre pays

#### **3.2.3.1 Problèmes de santé et comportements à risque sanitaire observés chez les adolescents et jeunes et déterminants**

Selon les jeunes avec lesquels nous nous sommes entretenus les principaux problèmes de santé des adolescents et jeunes tournent autour de la sexualité et de ses conséquences néfastes, du manque d'information, du manque de loisirs ou d'occupations saines.(Tableau 3.23).

Les comportements à risques listés sont les rapports sexuels précoces, les rapports sexuels non protégés, le multi-partenariat sexuel et même les infanticides.

Les déterminants de ces problèmes et comportements sont :

- Pauvreté est l'un des problèmes majeurs des jeunes et manque de soutien
- Manque du dialogue parent-enfant,
- Les TIC
- Pression des pairs : Imitation ; envie d'avoir le téléphone portable « dernier cri », les habits chers, la mode
- Consommation d'alcool qui expose au viol et à des comportements à risque et à des accidents de circulation
- Manque de soutien

Tableau 3.23 : Problèmes de santé

Adolescents et jeunes	Problèmes	Comportements	Causes potentielles
Benin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rapport sexuel précoce</li> <li>2. Grossesse précoce</li> <li>3. Les jeunes n'ont pas d'information fiable : Ils n'ont que les ont dit : Les jeunes doivent être au cœur de l'information</li> <li>4. Les jeunes sont laissés à eux-mêmes : Ils manquent de loisirs : l'oisiveté est la mère de tous les vices : Il faut des loisirs : Le loisir permet au jeune de s'occuper sainement : Il n'a pas de temps de penser à d'autres choses : Le manque de loisirs amènent les jeunes à avoir des idées : Donc les acteurs culturels doivent être associés à la promotion de la santé des adolescents et jeunes.</li> <li>5. Les jeunes manquent d'occupations saines</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Multipartenaire sexuel</li> <li>2. Sexe est partout : Nos chaînes TV,</li> <li>3. réseau sociaux</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manque du dialogue parent-enfant, or le sexe est partout aujourd'hui : Net, Téléphone, TV, Vidéo de Pornographie</li> <li>3. Le Sexe est vraiment partout : des images pas possibles : Cela tourne la tête aux jeunes.</li> <li>4. C'est vrai la technologie on ne peut rien contre mais il faut régler.</li> </ol>
Sénégal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cycle menstruel</li> <li>2. Hygiène intime</li> <li>3. Tabous</li> <li>4. Relations sexuel</li> <li>5. Informations</li> <li>6. Grossesse non désirée</li> <li>7. Accouchement</li> <li>8. Mariage précoce</li> <li>9. Information sur les méthodes contraceptives</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avortements clandestins</li> <li>2. Rapports non protégés</li> <li>3. Infanticides</li> <li>4. Grossesse précoce</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les flirts</li> <li>2. La mode</li> <li>3. Avoir des copains s'amuser</li> <li>4. Pauvreté</li> <li>5. Manque de soutien</li> <li>6. Manque d'éducation</li> <li>7. Ignorance</li> <li>8. Les parents chassent de la maison les filles qui ont une grossesse</li> </ol>
Sierra Leone	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grossesse précoce</li> <li>2. Fistule vésico-vaginal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Précocité des rapports sexuels</li> <li>2. Consommation abusive de l'alcool et des stupéfiants</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pauvreté est l'un des problèmes majeurs des jeunes</li> <li>2. Pression des pairs: Imitation; envie d'avoir le dernier téléphone portable, les habits chers etc.</li> <li>3. Consommation d'alcool qui expose au viol et à des comportements à risque</li> </ol>

### 3.2.3.2 Recours en cas de problèmes de santé

Selon les jeunes interviewés, les adolescents et jeunes ont peur d'aller directement dans un centre de santé de peur d'être vus ou d'y rencontrer un parent ou de se faire réprimander par les agents de santé. En général le premier réflexe des jeunes en cas de problème est d'en parler à un ami, qui parfois peut les induire en erreur en leur donnant des conseils non appropriés. Les jeunes utilisent aussi les numéros verts gratuits et anonymes et les Forums et réseaux de jeunes existants. Ils soutiennent que les centres de santé ne sont pas accueillant et ne sont d'aucun soutien (Tableau 3.24).

Tableau 3.24: Recours en cas de problèmes de santé

Adolescents et jeunes	Recours en cas de problèmes de santé
Benin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ils ont peur d'aller directement dans un centre de santé de peur d'être vu ou de rencontrer un parent ou de se faire gronder par les agents de santé.</li> <li>2. En général leur premier réflexe est d'en parler à un ami : puis ils passent par derrière les parents et vont au centre de santé quand cela devient grave</li> </ol>
Sénégal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Appel Numéro vert : envoi de SMS</li> <li>2. On en parle à notre maman</li> <li>3. J'en parle à mon copain</li> <li>4. Achat de test de grossesse à la pharmacie</li> <li>5. J'évite les structures de santé parce que la bas tu peux trouver qq qui te connaît</li> </ol>
Sierra Leone	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas de dialogue Parent-Enfant</li> <li>2. Les parents n'ont pas le temps de discuter avec les enfants</li> <li>3. Les amis sont les premiers recours</li> <li>4. Ligne verte</li> <li>5. Forums et réseaux de jeunes existants; Les centres de santé ne sont pas accueillant et ne sont d'aucun soutien</li> </ol>

### 3.2.3.3 Besoins sanitaires des adolescents et jeunes

Selon les répondants, les jeunes ont besoin du soutien moral de leurs parents pour une meilleure gestion de leur sexualité, des divertissements et loisirs sains pour s'occuper sainement, les soins, des conseils et des informations sur la prévention des grossesses sans aller dans un centre de santé, le sport les méthodes contraceptives naturelle, de l'éducation, la protection et l'attention des parents et nutrition.

### 3.2.3.4 Sources d'information, Réseaux sociaux sur la santé des adolescents et jeunes

Les sources d'informations sur la santé sont les amis, les réseaux sociaux, rarement les frères ou sœurs, rarement les parents.

Les réseaux sociaux privilégiés par les jeunes sont le Facebook, le WhatsApp et les SMS (le SMS est plus discret). Cependant l'un des répondants a déclaré que les jeunes trouvent les messages relatifs à la santé trop ennuyant elles « zap » le plus souvent.

Les répondants ont déclaré le niveau d'implication des jeunes dans les instances de décisions est encore très faible. Beaucoup d'efforts restent encore à faire par les gouvernants.

### 3.2.3.5 Suggestions de stratégies pour améliorer la santé des adolescents et jeunes dans votre pays

Les principales suggestions faites par les répondants sont :

- Faut vraiment promouvoir l'approche de pairs et éducateur : Les jeunes sont plus réticents à recevoir des informations des personnes adultes
- renforcer les structures et associations de jeunes existants
- Créer des événements culturels pour l'occupation des adolescents et jeunes.
- Il y a déjà des centres véritablement conviviaux et confidentiels
- Support au groupe de plaidoyer
- Implication de la communauté



### **3.2.4 Opinions des parents d'adolescents et jeunes**

Au cours de cette analyse de situation nous avons pu nous entretenir un groupe adhoc de parents d'adolescents au Sénégal.

Les principaux thèmes des entretiens avec les adolescents et jeunes ont été :

1. Problèmes de santé et comportements à risque sanitaire observés chez les adolescents et jeunes et leurs déterminants
2. Communications Parents-jeunes
3. Suggestions de stratégies pour améliorer la santé des adolescents et jeunes dans votre pays

#### **A. Problèmes de santé et comportements à risque sanitaire observés chez les adolescents et jeunes et déterminants**

Les problèmes de santé cités par les parents inclus en dehors des problèmes relatifs à la sexualité, le paludisme, la malnutrition, la consommation de l'alcool et le tabac.

Les principaux comportements à risques évoqués sont les rapports sexuels précoces, la pédophilie, l'inceste, viol, les mauvaises fréquentations et les accidents de la route.

Les facteurs incriminés sont : les TIC et la télévision, la pauvreté, l'urbanisation et le conservatisme des adultes (Tableau 3.26).

Tableau 3.26 : Problèmes de santé et comportements à risque sanitaire observés chez les adolescents et jeunes et déterminants

Problèmes de santé	Comportements à risque	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paludisme</li> <li>2. Malnutrition</li> <li>3. Toxicomanie</li> <li>4. Grossesse non désirée</li> <li>5. Santé mentale</li> <li>6. IST</li> <li>7. Problème de communication parent-enfant</li> <li>8. Accès au TIC</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rapports sexuels précoces</li> <li>2. Rapport sexuel non protégé</li> <li>3. Pédophilie</li> <li>4. Inceste</li> <li>5. Viol</li> <li>6. Mauvaise fréquentation</li> <li>7. L'adolescent veut faire des choses plus que son âge</li> <li>8. Conflit au sein de la famille</li> <li>9. Accidents de la route</li> <li>10. Consommation d'alcool et le tabac</li> <li>11. Communication entre adulte et jeune</li> <li>12. Addiction au TIC</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le développement des TIC</li> <li>2. Imitation le mode</li> <li>3. Urbanisation</li> <li>4. Eclatement de la cellule familiale</li> <li>5. Non contrôle des parents :</li> <li>6. La Télévision</li> <li>7. Niveau de revenu de la famille</li> <li>8. Poids démographique</li> <li>9. Pauvreté : enfant trainant dans la rue,</li> <li>10. Le manque d'éducation</li> <li>11. Non adaptation des adultes face à la situation actuelle : beaucoup de parents sont resté conservateur</li> <li>12. La solitude</li> </ol>

### B. Communication parents et adolescents et jeunes

Les parents ont déclaré qu'il est difficile dans la culture africaine de parler de la sexualité avec ses enfants. Cette tâche était assumée par les tantes et oncles, mais aujourd'hui mais maintenant face à l'éclatement familial et surtout face à l'avènement des TIC pourvoyeur de comportement contraire à vos valeurs africaines, la communication Parent-Enfant est devenue difficile.

### C. Suggestions

Les suggestions formulées par les parents sont :

- Former les parents à comment à communiquer avec leurs enfants: Ecole des parents
- Former les jeunes à communiquer avec leurs parents
- Tenir compte des réalités africaines : Pas la communication moderne
- Renforcer le rôle des mères
- Avant l'éducation était prise en charge par la grande famille mais aujourd'hui c'est la famille nucléaire : parents non préparés et impuissants face à leur adolescent
- L'Etat a le devoir d'aider les parents pour aider à lever les tabous.

### **3.3 REVUE DES DOCUMENTS NATIONAUX DE REFERENCE ET OBSERVATIONS DANS LES CENTRES JEUNES**

#### **3.3.1 Revue des documents nationaux**

Le tableau 3.26 présente les principaux documents normatifs élaborés par les pays. Comme on peut le constater, le Nigeria a été le pays qui a élaboré le plus de documents pour la santé des adolescents et jeunes.

On note qu'il n'existe pas une standardisation des types de documents à élaborer par les pays dans le domaine de SSRAJ/SAJ. Par exemple, alors que le Bénin a élaboré un document de stratégie, le Sénégal, le Nigeria et la Sierra-Léone ont plutôt élaboré des plans stratégiques comportant une rubrique plan d'action et budget. La plupart des pays ont élaboré des standards de service mais seul le Nigeria dispose des modules de formation sur ces standards.

Nous avons procédé à la revue de trois de ces documents : document d'analyse de situation, stratégie/plan stratégique et documents des standards.

- **Document d'analyse de situation**

Bien que certains pays aient affirmé avoir réalisé une analyse de situation, les rapports n'ont pas été disponibles. Mais la description faite par les répondants montre qu'il s'agit plutôt des revues documentaires qu'une analyse de situation formelle.

- **Document de stratégie/plan stratégique**

Dans la forme, les documents sont bien présentés. Dans le fonds, un nombre impressionnant de stratégies sont listées mais sans véritablement une base factuelle. La plupart sont plutôt des interventions caractérisées de « bonnes pratiques ». Cependant, les pratiques qui ont donné de bons résultats dans un contexte peuvent échouer dans d'autres.

- **Document de stratégie/plan stratégique**

Il n'y a pas une standardisation de la démarche d'élaboration des standards. Les documents de standards varient en contenus et en présentations. Le Nigeria et le Bénin ont suivi une approche systématique conçu par l'OMS avec comme guide le document intitulé : « Core competencies in adolescent health and development for primary care providers » qui s'appuie sur des compétences clés à acquérir par les prestataires.

Tableau 3.26 : Documents élaborés par les pays pour la santé des adolescents et jeunes

Pays	Documents normatifs élaborés par les Ministères des pays visités
Benin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes au Bénin 2010-2020.</li> <li>2. Etude portant sur la faisabilité de l'exemption du paiement direct pour améliorer l'accès à l'offre de service PF aux adolescents et jeunes au Bénin</li> <li>3. Standards de services de qualité en santé des adolescents et jeunes au Bénin, 2015.</li> </ol>
Cap vert	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ministério da SAUDE. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016. Volume 1 et 2. Praia :2013</li> </ol>
Nigeria	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. National Guidelines on Promoting Access of Young People to Adolescent &amp; Youth-Friendly Services in Primary Health Care Facilities in Nigeria. Abuja: 2013.</li> <li>2. National Guidelines for the Integration of Adolescent and Youth Friendly Services into Primary Health care Facilities in Nigeria. Abuja: 2013.</li> <li>3. National Policy on the Health &amp; Development of Adolescents &amp; Young People in Nigeria. Abuja: 2007</li> <li>4. National Strategic Framework on the Health &amp; Development of Adolescents &amp; Young People in Nigeria. Abuja: 2007</li> <li>5. Action Plan for Advancing Young People's &amp; Development in Nigeria 2010-2012. Abuja: 2010.</li> <li>6. National Adolescent &amp; Youth Friendly job Aids for Service Providers in Primary Health Care Facilities in Nigeria.. Abuja: 2015.</li> <li>7. Federal Ministry of Health. Frequently Asked Questions (FAQs) Booklet on Adolescent &amp; Youth Health Concerns in Nigeria.. Abuja: 2015</li> <li>8. National Training Manual for the Health &amp; Development of Adolescent &amp; Young People in Nigeria. Abuja: 2011.</li> <li>9. Clinical Protocol for the Health and Development of Adolescent &amp; Young People in Nigeria. Abuja: 2011.</li> <li>10. National Training Manual on Peer-To-Peer Youth Health Education. Abuja: 2014.</li> <li>11. National Policy and Plan of Action for the Elimination of Female Genital Mutilation in Nigeria. Abuja: 2013.</li> </ol>
Sénégal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plan stratégique de santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes AU SENEGAL (2014-2018)</li> <li>2. Standards des services de sante adaptés aux adolescent(e) s/jeunes, (SSAAJ) du Sénégal.</li> </ol>
Sierra Léone	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Strategic Plan for Adolescent and Young People's Health and Development 2010-2015. Freetown: 2010.</li> <li>2. National Standards for Adolescent and Young People's Health and Development. Freetown: 2011.</li> <li>3. Let Girls Be Girls, Not Mothers!: National Strategy for the reduction of Teenage Pregnancy (2013-2015). Freetown: 2013.</li> </ol>

### 3.3.2 Quelques observations faites dans les centres jeunes visités

Les faits saillants observés sont :

- Le désespoir des responsables des centres publics face à leurs multiples problèmes matériels et de financement.
- Les centres tenus par les ONG sont beaucoup plus fonctionnels grâce à leurs multiples sources de financement
- les centres de jeunes (rapidement visités) au Cap-Vert et le centre WFI d'Abuja ont retenus notre attention par l'organisation, les infrastructures dont ils disposent, les types de prestataires et la gamme de services offerts aux jeunes.

## QUATRIEME PARTIE : SYNTHESE

La mission principale des ministères de la santé est d'assurer le leadership du système de santé des pays. Selon le Rapport sur la santé dans le monde 2000 de l'OMS [49], un système de santé comprend toutes les organisations, institutions et ressources engendrant des mesures dont le but principal est d'améliorer la santé. Cette définition large inclut mais dépasse les compétences directes d'un Ministère de la Santé, cependant, ce dernier étant l'acteur principal, il doit en prendre le leadership et la gouvernance. La santé des adolescents et jeunes constituant un sous-système du système de santé, son amélioration dépend de son leadership et sa capacité d'assurer certaines fonctions principales y compris la coordination et collaboration intersectorielle.

Selon le cadre conceptuel proposé dans la première partie ce rapport, les principales composantes d'un sous-système de santé des adolescents et jeunes peuvent se résumer comme suit :

- Etat de mortalité, morbidité et DALY
- Etat des déterminants sociaux structurels
- Etat des déterminants sociaux proximaux
- Etat des connaissances, comportements et mode de vie des adolescents et jeunes
- Réponse du pays : Efforts des Ministères de la Santé
- Réponse pays : Efforts et opinions des autres acteurs du sous-système de la santé des adolescents et jeunes

Les déterminants biologique, psychique et psychologique n'ont plus été explicitement mentionnés dans cette synthèse parce qu'ils opèrent à travers les comportements et les modes de vie des adolescents et jeunes.

### 4.1 ETAT DE MORTALITE, MORBIDITE ET DALY DES ADOLESCENTS ET JEUNES

#### A. Mortalité des adolescents et jeunes

Avec un taux de mortalité chez les adolescents âgés de 10-19 ans de 282,5 pour 100 000 adolescents contre pour une moyenne mondiale de 110,7 pour 100 000, l'Afrique est le continent dans lequel beaucoup d'adolescents n'atteignent pas l'âge adulte. On constate aussi qu'au plan mondial, la mortalité est plus élevée chez les garçons que chez les filles et chez les adolescents plus âgés (15-19 ans) que chez les plus jeunes (10-14 ans). Ce fait

Les cinq premières causes de décès au plan mondial sont par ordre d'ampleur : les accidents de la route, le VIH, le suicide, les infections des voies respiratoires inférieures, la violence interpersonnelle. On note aussi que les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de mortalité au monde chez les jeunes filles de 15 à 19 ans. La Région Afrique a enregistré le taux plus élevé de décès dus aux complications de la grossesse et de l'accouchement : 34 pour 100 000. Selon le même rapport, la Région Afrique a de loin les taux les plus élevés de mortalité chez les adolescents, le VIH contribue pour 16% de ces décès.

En ce qui concerne l'espace CEDEAO, les quelques données retrouvées au cours de la revue documentaire ont montré que le taux de décès dus aux accidents de la route varie de 20,5 pour 100 000 population (Nigeria) à 33,7 pour 100 000 (Liberia). Les sujets jeunes sont généralement les plus affectés. Bien que le rapport mondial sur la santé des adolescents n'a pas rendu disponible les données désagrégées par pays, nous suspectons que les causes de décès dans l'espace CEDEAO seraient similaires à celles de la Région Afrique, à savoir, les complications de la grossesse et de l'accouchement, le VIH, les accidents de la route, le suicide, les infections des voies respiratoires inférieures et la violence interpersonnelle avec des ampleurs variables selon le pays. Les entretiens dans les pays visités ont révélé la fréquence élevée des décès dus aux complications de la grossesse et l'accouchement dans la plupart des pays et singulièrement en Sierra Leone.

## **B. DALY chez les adolescents**

Avec un taux de DALY chez les adolescents âgés de 10-19 ans de 300 pour 1000 adolescents contre pour une moyenne mondiale de 152 pour 1000, l'Afrique est le continent dans lequel beaucoup d'adolescents perdent le plus, des années de vie saine en raison de la maladie, l'incapacité ou une mortalité prématuré Les causes DALY les plus fréquentes dans la Région Afrique sont le VIH, les accidents de la route et les complications de la grossesse et l'accouchement.

Bien que le rapport mondial sur la santé des adolescents n'a pas rendu disponible les données désagrégées par pays, nous suspectons que la situation dans l'espace CEDEAO serait similaire à celles dans la Région Afrique. Les entretiens dans les pays visités ont révélé la fréquence élevée des problèmes de santé liés aux complications de la grossesse et l'accouchement, les accidents de la route, la consommation abusive de l'alcool, le tabac et les autres drogues dans la plupart des pays de l'espace CEDEAO avec des ampleurs variables selon les pays. L'alcoolisme chez les jeunes a été qualifié de problème de santé publique au cap Vert.

## **C. Morbidité**

Les informations recueillies dans les EDS des 15 pays et les entretiens avec les acteurs des pays ont clairement montré que les problèmes de santé liés à la sexualité (grossesse précoces, IST et VIH), les accidents de la route, la consommation des substances nocives (alcool, tabac et drogues), les violences, l'anémie et la malnutrition sont fréquents chez les adolescents et jeunes de l'espace CEDEAO.

## **D. Conclusion**

Du point de vue de l'approche AFOM, tous ces constats montrent que la mortalité, les DALY et les morbidités constituent une grande faiblesse du sous-système de santé des adolescents et jeunes des pays de l'espace CEDEAO dont les Ministères de la Santé constituent les acteurs de premier plan. Cette situation a des implications au plan politique, stratégique et programmatique. Cependant, une bonne connaissance et compréhension des principaux déterminants est indispensable à l'élaboration d'une réponse appropriée par les pays. Il importe aussi de prendre en compte les spécificités des risques des adolescents et jeunes de mortalité, DALY et morbidité selon le sexe et les groupes doivent être prises en compte lors des discussions nationales des choix politiques et lors de l'élaboration des stratégies et des programmes et projets de promotion de la santé des adolescents et jeunes. Cette faiblesse interpelle d'abord et surtout les Ministères de la Santé des pays de l'espace CEDEAO dont la mission principale est de restaurer, de protéger et de promouvoir la santé des populations en général et celle des adolescents et jeunes en particulier.

## **4.2 ETAT DES DETERMINANTS SOCIAUX STRUCTURELS**

Quand bien même les Ministères de la Santé ne contrôlent pas directement les déterminants sociaux, leur leadership et « stewardship », coordination et collaboration vis-à-vis des secteurs à charge de ces déterminants sont capitaux pour la bonne performance du système de santé en général et du sous-système de santé des adolescents et jeunes en particulier. Dans la déclaration d'Alma Alta il a été clairement mis en exergue que « les soins de santé primaires font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications » [74]. Nous ajouterons à cette liste la législation, la justice et la sécurité publique. Les Ministères de la santé à l'instar des managers en charge de l'entreprise de production et de promotion de

la santé des populations en général et des adolescents et jeunes en particulier doivent saisir les opportunités et amoindrir les menaces provenant de ces secteurs et domaines connexes. Nous allons nous focaliser ici sur les déterminants sociaux structurels suivant : la démographie, l'économie, le système de soins de santé, l'éducation, l'emploi, la culture et l'équité en santé.

Nous allons nous focaliser ici sur les déterminants suivant : la démographie, l'économie, le système de santé, l'éducation, l'emploi, la culture et l'équité en santé.

### **A. Démographie**

Dans l'ensemble des pays l'espace CEDEAO, les adolescents et jeunes âgés de 10 à 24 ans varie de 31% (Ghana, Niger et Nigeria) à 33% (Burkina Faso), donc plus du tiers de la population totale de chacun de ces pays. Cette tendance démographique constitue à la fois un atout mais aussi une menace pour la santé des adolescents et jeunes et pour le développement des pays ainsi que de la région.

En effet cette tendance a des répercussions sur le développement actuel et futur des adolescents et des jeunes. Les très jeunes adolescents (âgés de 10 à 14 ans) sont encore considérés comme des personnes à charge qui ont besoin d'accéder au système éducatif, à la santé et aux autres services sociaux, mais pourtant, ils sont rendus invisibles dans les politiques et les programmes. D'une part, ce groupe n'est pas pris en compte par les programmes axés sur les enfants, comme les campagnes de vaccination et les efforts d'enregistrer les enfants à l'école. D'autre part, Les programmes d'éducation par les pairs et les centres jeunesse ont tendance à attirer des jeunes plus âgés et ont rarement pour objectif de répondre aux besoins spécifiques des adolescents très jeunes. Etant donné que la taille de cette cohorte d'âge est susceptible de continuer à croître au cours des prochaines décennies en dans les pays de l'espace CEDEAO, elle continuera à exercer des pressions sur les systèmes d'éducation (secondaire et universitaire, et même l'éducation professionnelle non formelle) et de santé pour la demande et l'offre de services.

Mais cette démographie galopante des adolescents et jeunes peut aussi constituer une opportunité. En effet, un pays dans lequel la part des jeunes dans la population augmente et le taux de fécondité diminue peut récolter les fruits d'un « dividende démographique », un phénomène de hausse de la productivité économique qui se produit lorsque le ratio de la population active par rapport au nombre de personnes à charge s'accroît.

La direction que prendra cette sous composante dépendra des politiques et stratégies qui seront rationnellement conçues et effectivement mises en œuvre par les gouvernants de chacun de ces pays.

### **B. Contexte économique**

Tous les indicateurs économiques à savoir niveau de revenu, PIB par Habitant et l'Indice de Développement humain (IDH) pointent dans la même direction et indiquent que les adolescents et jeunes vivent dans un environnement pauvreté dans la plupart des pays de l'espace CEDEAO, à l'exception du Cap Vert et du Ghana et dans une certaine mesure le Nigeria (IDH faible). Les problèmes économiques et la pauvreté notamment sont clairement indexés comme cause des comportements à risques lors des entretiens avec les acteurs. Cependant, comme le démontre les exemples de Sri Lanka et du Cuba, plus que le niveau du PIB, c'est en fait la répartition de la richesse et la nature des investissements qui sont déterminantes. De plus, le Cap Vert peut aussi servir d'étude de cas pour les pays de l'espace CEDEAO pour la performance de la plupart des indicateurs sociales et sanitaires.

### **C. Système de soins de santé**

Tous les indicateurs de santé à savoir : le ratio de mortalité maternelle, le taux de mortalité néonatale, le taux de Mortalité des enfants de moins de 5 ans, l'accès aux soins de qualité, la quantité et la qualité des ressources humaines pour la santé et les dépenses de santé, démontrent que les adolescents et jeunes vivent dans un environnement d'insécurité sanitaire dans la plupart des pays de l'espace CEDEAO, à l'exception du Cap Vert. Cependant, le Cap Vert se démarque du reste des 14 autres pays de la CEDEAO par le niveau de performance des indicateurs de santé. Selon un récent rapport de l'OMS, le Cap Vert est le seul pays de l'espace CEDEAO à avoir atteint l'OMD 5 [50]. Mais il faut signaler que la plupart des pays de l'espace CEDEAO ont fait des progrès vers l'atteinte de l'OMD 4 relatif à la santé des enfants de moins de 5 ans. Cette sous composante constitue à l'heure une faiblesse pour la santé des adolescents et jeunes dans tous les pays de l'espace CEDEAO, à l'exception du Cap Vert où elle constitue un atout.

### **D. Education**

Si le taux net de scolarisation dans le primaire s'est considérablement amélioré grâce aux efforts faits par les pays dans le cadre de l'OMD 2, il n'est pas de même pour la scolarisation dans le secondaire. Seul le Cap-Vert et dans une certaine mesure le Ghana ont réalisé une bonne performance pour la scolarisation dans le secondaire devant offrir une opportunité pour l'amélioration de santé des adolescents. Le manque d'éducation est ressorti lors des entretiens comme source de problème de santé et de comportements à risque chez les adolescents et jeunes. L'amélioration du niveau de scolarisation (et de maintien à l'école) dans le primaire constitue une opportunité pour la promotion de la santé des adolescents et jeunes. Cependant cette opportunité doit être consolidée au niveau secondaire. Le faible niveau de scolarisation secondaire constitue une menace pour la santé des adolescents et jeunes.



## **E. Emploi des jeunes**

Les données fiables sur le sous-emploi et le chômage des jeunes dans l'espace CEDEAO sont difficiles à obtenir. Il est évident que le chômage des jeunes reste un problème majeur en Afrique subsaharienne, en particulier compte tenu des taux de pauvreté très élevés. Comparativement aux adultes, les jeunes semblent être surreprésentés parmi ceux qui vivent dans la pauvreté. Les données issues du Sénégal, montrent que plus de la moitié de tous les jeunes de ce pays font partie des travailleurs les plus pauvres. Les taux les plus élevés de pauvreté peuvent être observés chez les jeunes femmes ainsi que les jeunes qui vivent dans des zones rurales [4]. Le chômage des jeunes accentuant la pauvreté constitue une véritable menace pour la santé des jeunes. Dans les 5 pays visités, la pauvreté a été citée par tous les acteurs comme l'un des facteurs facilitant des comportements à risque sanitaires chez les adolescents et jeunes.

## **F. Culture**

Les facteurs culturels constituent des déterminants de la santé des adolescents et des jeunes souvent banalisés dans les stratégies et programmes de santé des adolescents et des jeunes. Dans les cinq pays visités tous les acteurs ont reconnu l'influence des tabous sur la santé des adolescents et jeunes. Le cadre de normes sociales et culturelles liées à la religion ainsi qu'aux croyances et pratiques traditionnelles est apparu comme un des principaux éléments exerçant une influence sur la santé des jeunes, notamment sur leur santé sexuelle et reproductive (SSR)[62].

## **G. Equité en santé**

Les inégalités de santé affectent souvent de manière particulièrement aiguë les personnes les plus vulnérables qui ont le moins accès non seulement aux services de santé, mais aussi aux ressources nécessaires pour jouir d'une bonne santé.

## **H. Conclusion**

Du point de vue de l'approche FFOM, il ressort de ces principaux constats les conclusions suivantes :

- la démographie galopante des adolescents et jeunes des pays de l'espace CEDEAO peut constituer à la fois une opportunité et une menace pour le sous-système de santé des adolescents et jeunes. Comme l'indique un rapport récent de la Banque Mondiale l'explosion de la démographie des jeunes en Afrique peut constituer un dividende ou un désastre [75]. Comme l'ont indiqué les auteurs de cette publication intitulée « Africa's Demographic Transition: Dividend or Disaster? », le tout dépendra des politiques que les différents pays adopteront et mettront en œuvre.
- La situation économique des pays de l'espace CEDEAO constitue à l'heure actuelle une menace pour la santé des adolescents et jeunes, à l'exception du Cap Vert, du Ghana et dans une certaine mesure le Nigeria où elle pourrait être considérée comme une opportunité. Une option à considérer par les pays est de transformer la démographie des jeunes en un véritable dividende.
- Le système de soins de santé constitue à l'heure actuelle une faiblesse pour la santé des adolescents et jeunes dans tous les pays de l'espace CEDEAO, à l'exception du Cap Vert où elle constitue une force un atout.
- L'amélioration du niveau de scolarisation dans le primaire constitue une opportunité pour la promotion de la santé des adolescents et jeunes. Cependant, le faible niveau de scolarisation secondaire constitue une menace pour la santé des adolescents et jeunes.

- Le chômage constitue une véritable menace pour la santé des adolescents et jeunes à moins que des politiques bien pensées, cohérentes découlant d'une véritable volonté politique puissent faire des jeunes un dividende démographique.
- Les approches intégrées dites « sensibles à la culture » peuvent permettre d'amoinrir les menaces et transformer les facteurs culturels en une opportunité de promotion de la santé chez les adolescents. Les facteurs culturels sont perçus comme des menaces à la santé des adolescents et jeunes.
- Les inégalités en santé constituent donc une menace pour la santé des adolescents et jeunes.

Au total, les déterminants sociaux structurels constituent l'un des véritables défis à l'action des Ministères de la Santé dans leur rôle d'amélioration de la santé des adolescents et jeunes de l'espace CEDEAO. La CEDEAO en tant qu'institution de développement économique a grande partition à jouer.

#### **4.3 ETAT DES DETERMINANTS SOCIAUX PROXIMAUX**

Comme précisé plus haut, les déterminants proximaux sont les circonstances de la vie quotidienne qui influencent plus directement les attitudes et les comportements d'une personne. Parmi les exemples de déterminants proximaux figurent la qualité et la nature des relations familiales et avec les pairs, la disponibilité de nourriture et de logements, les possibilités de loisirs et l'environnement scolaire. Les entretiens avec les acteurs des pays ont fait clairement ressortir l'influence négative des transformations de cellule familiale, de l'environnement scolaire sur la santé des jeunes, et l'influence positive et négative des pairs. La difficulté de communication entre les parents et les adolescents, allant parfois à des crises parents-adolescents a été évoquée par tous les acteurs y compris les parents et les jeunes eux-mêmes. Les déterminants sociaux proximaux peuvent consister une menace pour la santé des adolescents et jeunes. Cependant, à l'inverse des déterminants sociaux structurels, les déterminants sociaux proximaux peuvent être influencés par les actions des Ministères de la Santé et les autres acteurs, parents, adolescents et jeunes y compris. Mieux que les approches d'information, éducation et communication (IEC) qui ont largement montré leurs limites, les nouvelles approches de communication pour un changement de comportement (CCC) bien conçues et rationnellement mises en œuvre et combinés à d'autres approches seront prometteuses.

Au total bien que les déterminants sociaux proximaux constituent à l'heure actuelle une grande menace pour la santé des adolescents et jeunes, ces menaces peuvent être amoindries et même transformées en des opportunités de promotion et d'amélioration de la santé des adolescents et jeunes. Les approches pairs-éducateurs et centres conseils des adolescents et jeunes bien que fascinants pour les pays et abondamment déployés par les ONG en particulier ont montré leurs limites, à changer les comportements des adolescents et jeunes, comme l'indique une récente revue réalisée par Venkatraman et al [76]. Les auteurs ont fait remarquer pour qu'un programme de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes soit efficace, des efforts substantiels à travers des approches coordonnées et complémentaires.

#### **4.4 CONNAISSANCES, COMPORTEMENTS ET MODE DE VIE DES ADOLESCENTS ET JEUNES**

Les connaissances, les comportements et le mode de vie constituent les déterminants immédiats de la santé des adolescents et jeunes. Toutes les quatre sources d'informations consultées au cours de cette analyse de situation (revue documentaire, partenaires, adolescents et jeunes, et parents) ont révélé l'influence des connaissances, des comportements et des modes de vie sur la santé des adolescents et jeunes.

La sexualité et la reproduction représentent le terreau des risques sanitaires des adolescents et jeunes dans tous les pays de l'espace CEDEAO :

- Une natalité et fécondité d'une ampleur préoccupante chez les adolescentes et jeunes
- Une précocité des rapports sexuels tant chez les filles que chez les garçons, surtout en Sierra Leone, Cap Vert, Liberia et Gambie.
- Persistance d'une grande ampleur des rapports sexuels pré-nuptiaux et non protégés,
- Accentuation de la pratique de partenaires sexuels multiples parmi les jeunes 15-24 ans, plus fréquente chez les garçons comparativement aux filles.
- Les connaissances en planification familiale se sont largement améliorées dans la plupart des pays, cette grande connaissance des méthodes contraceptives contraste cependant avec le taux d'utilisation de ces méthodes. On peut penser que les politiques actuelles d'accès aux méthodes contraceptives aux jeunes soutenues dans beaucoup de pays par les lobbies religieuses pourraient expliquer en partie cette situation.

La connaissance du VIH et des infections sexuellement transmissibles par les adolescents et jeunes s'améliore. Cependant, on observe toujours une discordance entre les connaissances et les pratiques en matière du VIH et des IST. Les IST sont encore très fréquentes chez les adolescents et jeunes de tous les pays de l'espace CEDEAO sans exception.

Les facteurs de risque liés aux violences, accidents de la route, maladies non transmissibles chez les adolescents et jeunes sont en hausse dans tous les pays de l'espace CEDEAO :

- La consommation nocive du tabac, d'alcool et des drogues est en croissance et constitue une préoccupation dans l'espace CEDEAO. Au Cap Vert les autorités ont déclaré que l'alcoolisme constitue un problème de santé publique
- Mises en ensemble, la consommation du tabac, d'alcool, des drogues, la mauvaise alimentation et la sédentarité préparent pour les années à venir l'explosion des maladies non transmissibles : diabète, maladies cardio-vasculaires notamment hypertension artérielle, obésité, etc.
- Les accidents de la route prennent une grande ampleur du fait de l'alcool, des drogues et de l'apologie montante de la vitesse.

Les pratiques traditionnelles néfastes telles les mutilations féminines génitales et les mariages précoces avec toutes leurs conséquences sont toujours persistantes dans les pays :

- Les mariages précoces sont encore prépondérants au Mali, Niger, Guinée et Gambie
- Les mutilations génitales féminines sont encore fréquentes en Guinée, Mali, Guinée et la Sierra Leone.

Au total les connaissances, les comportements et le mode de vie des adolescents et jeunes des pays de l'espace CEDEAO, constituent des menaces pour la santé des adolescents et jeunes. Comme le montre notre cadre conceptuel les comportements et les modes de vie ont dans une grande mesure leurs racines dans les déterminants sociaux tant structurels que proximaux et

extériorisés par les déterminants biologiques, psychologiques et psychiques. C'est dire, la complexité de leur gestion et c'est cela qui explique certainement en partie les discordances constamment observées entre les niveaux de connaissances et les pratiques. Le cas du Cap Vert illustre dans une certaine mesure ce fait. Comme indiqué dans la revue faite par Venkatraman et al [76], stratégies et interventions d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive et mieux la santé des adolescents et jeunes nécessitent de nouvelles réflexions. L'éducation par les pairs, les centres de conseils et autres stratégies actuellement abondamment utilisés dans la plupart des pays africains doivent être revus. En effet, comme l'ont reconnu certains acteurs rencontrés dans les pays visités, l'évaluation sérieuse des stratégies et interventions actuellement utilisées n'est pas une pratique courante dans les pays. Les soi dites « bonnes expériences » exportées et répliquées de pays en pays passent rarement sous les tamis de bases factuelles.

#### **4.5 ACCES ET UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION ET RESEAUX SOCIAUX**

Les technologies de l'information peuvent constituer à la fois opportunités et de menaces à la promotion et l'amélioration de la santé des adolescents et jeunes de l'espace CEDEAO.

Il ressort nettement de cette analyse que les adolescents et jeunes ne sont pour la plupart ni de grands lecteurs de journaux, ni de grands auditeurs de la radio. La situation de la télévision est nettement meilleure surtout au Cap Vert, Sénégal et Ghana.

La pénétration des réseaux sociaux en Afrique en général dans les pays de l'espace CEDEAO est impressionnante. En effet, le nombre de connexions mobiles en Afrique subsaharienne a augmenté de 44 %, alors que la moyenne, pour la même période, est de 34 % dans les régions en voie de développement et de seulement 10 % dans les régions développées

Le Facebook occupe largement le temps des adolescents et jeunes. Au 15 janvier 2015, le nombre d'utilisateurs dans les pays de l'espace CEDEAO varie de 70,000 (Guinée Bissau) à 15 000 000 au Nigeria. On observe de plus en plus d'addiction des adolescents et jeunes aux réseaux sociaux. Cette situation semble constituer plus des menaces que des opportunités pour la santé des adolescents et jeunes. Bien que certains acteurs utilisent les réseaux sociaux comme in véhicule de communication, beaucoup d'autres déplorent l'utilisation abusive, désordonnée et non contrôlée par les adolescents et jeunes et jeunes. Cette situation est décriée autant par les partenaires, les parents et que par les jeunes eux-mêmes. Comme l'a déclaré un des jeunes rencontrés « Le Sexe est vraiment partout : des images pas possibles : Cela tourne la tête aux jeunes. C'est vrai la technologie on ne peut rien contre mais le faut régler ».

Au total, bien que les adolescents et jeunes aient de plus en plus accès aux technologies de l'information et de la communication, l'utilisation qu'ils en font, constitue plus de menaces que d'opportunités. La politique et la réglementation de l'utilisation des réseaux doivent constituer une piste des réflexions pour les autorités de l'espace CEDEAO.

#### **4.6 REPONSE DES PAYS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES**

##### **4.6.1 Réponse des pays : efforts des Ministères de la Santé**

Les Ministères de la santé sont les acteurs de premier ordre de la promotion et de l'amélioration de la santé des adolescents et jeunes. Les entretiens faits avec les responsables de santé des

adolescents et jeunes au niveau des ministères de la santé a permis de cerner les faits saillants de leurs efforts mais aussi de dégager les forces et faiblesses de l'organisation et gestion de la santé des adolescents et jeunes dans les pays.

#### **A. Partenariat pour la santé des adolescents et jeunes**

Parent pauvre de la santé au début des OMD, la santé sexuelle et de reproduction des jeunes puis la santé des adolescents et jeunes a commencé à retenir l'attention et l'intérêt de la communauté internationale. Dans les pays visités diverses catégories d'acteurs (secteurs publiques, institutions bilatérales, institutions des nations unies, ONG internationales, ONG nationales, association des jeunes etc..) s'investissent aux cotés des Ministères de la Santé pour l'amélioration surtout de la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes. Cet engouement naissant des partenaires constitue une opportunité à saisir par les autorités de la Santé. Mais pour ce faire, les Ministères de la Santé doivent faire montre d'un leadership avéré et d'une grande capacité de coordination et de collaboration.

#### **B. Coordination de la santé des adolescents et jeunes**

Tous les pays visités disposent d'une structure nationale de coordination de la santé des adolescents et jeunes. Ces structures peuvent prendre différentes formes et d'ampleur variée : unité, division, service, rarement une direction. De plus, tous les pays ont prévu ou mis en place des mécanismes de concertation ou de coordination des activités de la santé des adolescents et jeunes. Cependant, comme nous verrons plus loin, ces différentes structures et mécanismes sont peu fonctionnels. Somme toute, beaucoup d'efforts restent à faire par les pays dans le domaine de la coordination.

#### **C. Leadership national**

Dans la plupart des pays visités, la santé adolescents et des jeunes constitue une préoccupation au niveau stratégique le plus élevé du pays et une priorité au niveau stratégique le plus élevé du pays, mais avec une certaine réserve du fait du sous, voire le non financement de ce secteur au Nigeria. Tous les pays visités et même ceux non visités dans l'espace CEDEAO disposent pour la plupart d'un document de stratégie nationale ou feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Plus spécifiquement, les pays visités et la plupart de ceux non visités dans l'espace CEDEAO disposent de document de stratégie nationale pour les adolescents et jeunes et ont développé des standards de services conviviaux de qualité en santé des adolescents et jeunes. Mais ces documents apparaissent davantage focalisés sur la SSR avec faible attention accordée aux principaux problèmes de la santé et aux facteurs de risque des adolescents et jeunes. Les plans d'action nationaux budgétisés pour la santé des adolescents et des jeunes ne sont disponibles partout. Les responsables des unités des adolescents ont affirmé qu'en plus d'être des bénéficiaires d'interventions, les adolescents et jeunes sont impliqués dans les processus de décision concernant leurs problèmes de santé. Mais cette dernière affirmation est contestée par les jeunes (voir plus loin).

#### **D. Plaidoyer et Mobilisation des ressources**

Le plaidoyer et la mobilisation des ressources constituent aussi d'autres dimensions du leadership des Ministères de la Santé. Cependant, l'efficacité des approches de plaidoyer et les résultats des mobilisations des ressources restent à être démontrés.

#### **E. Protection des adolescents et jeunes**

Le droit à la santé est reconnu dans les politiques, stratégies et plans sanitaires du pays y compris ceux relatifs à la santé des adolescents et jeunes. Cependant, les grandes faiblesses

relevées à niveau sont : les services de contraception, à l'exception de la stérilisation, la contraception d'urgence et les mesures de protection des mineurs.

#### **F. Politiques, stratégies et directives pour la santé des adolescents et jeunes**

Les politiques, les stratégies et les plans sanitaires font partie d'un processus plus vaste qui vise à aligner les priorités nationales sur les besoins réels de la population en matière de santé. Ils ambitionnent de recueillir l'adhésion du gouvernement, des partenaires de la santé et du développement, de la société civile et du secteur privé. Il s'agit également de faire un meilleur usage de l'ensemble des ressources disponibles pour la santé – de sorte que toute la population, où qu'elle soit, ait accès à des soins sanitaires de qualité et puisse, en conséquence, vivre plus longtemps, en meilleure santé.

- ***Analyse de situation nationale de la santé des adolescents et jeunes***

Une analyse de la situation sanitaire est une évaluation de la situation actuelle; elle est fondamentale pour concevoir et actualiser les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé.

Cette activité ne semble pas avoir reçu l'attention qu'elle mérite dans la plupart des pays visités, alors qu'elle constitue le point de départ de l'élaboration d'un document pertinent de stratégie nationale pour la santé des adolescents et jeunes. L'analyse de situation constitue en effet l'un des quatre critères d'évaluation de la solidité d'une stratégie nationale.

La plupart des pays ont affirmé avoir réalisé sous une forme ou une autre une analyse de situation de la santé des adolescents et jeunes ; cependant les rapports de ces études n'ont pu être rendu disponibles. De plus, dans la plupart des cas, il s'agit d'une analyse de situation très sommaire, en fait plus une revue de la littérature qu'une analyse de situation formelle. De plus, elles ne comportent rarement voire aucune donnée désagrégée sur les adolescents et jeunes. Ce fait constitue une grande faiblesse dans le processus d'élaboration des documents de stratégie dans les pays. Cette absence de réalisation d'une solide analyse de situation peut expliquer la déconnexion souvent notée entre les stratégies et la les réalités de terrain. Les raisons souvent évoquées pour la non réalisation des analyses de situation nationales sont souvent d'ordre financier.

- ***Place des adolescents et jeunes dans les politiques et stratégies des pays***

Dans tous les pays visités, on note que les adolescents et les jeunes figurent en bonne place dans les documents de politiques et de stratégies.

Les grandes faiblesses notées sont relatives aux problèmes de santé suivants pour lesquels les adolescents et jeunes ne reçoivent pas encore toutes les attentions nécessaires : la nutrition, les activités physiques, le tabac, la santé mentale, la prévention des traumatismes par accidents de la circulation, la violence et les crises de communication parent-adolescents et jeunes.

- ***Existence de stratégies spécifiques pour la santé des adolescents et jeunes prenant en compte les principaux problèmes de santé des adolescents et jeunes***

Les pays visités disposent des stratégies spécifiques prenant en compte les principaux problèmes de santé des adolescents et jeunes. Cependant les axes stratégiques phares proposées dans la plupart des documents de stratégies tournent autour de l'éducation par les pairs, l'IEC, les centres conseils jeunes isolées ou imbriqués dans les structures de santé publiques. Mais il convient de rappeler que des publications récentes mettent en cause leur efficacité [76]. De plus le processus d'élaboration des documents de stratégies n'est souvent pas inclusif et exclut certains acteurs. Cependant, l'implication de l'ensemble des acteurs peut contribuer à renforcer

les stratégies et les plans sanitaires nationaux et à accroître la confiance des partenaires, permettant ainsi d'obtenir un financement plus prévisible et mieux aligné.

- ***Disponibilité des standards nationaux pour l'offre des services aux adolescents et jeunes***

Un grand effort d'élaboration de standards d'offre des services aux adolescents et jeunes est notable cependant, ces standards ne prennent pas toujours en compte des principaux problèmes de santé des adolescents et jeunes.

### **G. Interventions et offre de services aux adolescents et jeunes**

La disponibilité et l'offre des interventions à haut impact pour la santé des adolescents et jeunes constitue encore un grand défi sinon une grande insuffisance pour les systèmes de santé des pays de l'espace CEDEAO. Nombre d'interventions actuellement mises en œuvre pour promouvoir et améliorer la santé des adolescents et jeunes ne sont pas encore passées sous les cribles de bases factuelles.

### **H. Santé scolaire**

La santé scolaire constitue un maillon faible de la santé de la santé des adolescents et jeunes. Le milieu scolaire et universitaire constitue des opportunités de promotion et d'amélioration de la santé des adolescents et jeunes. En effet la plupart des pays ne dispose ni de politique ni de programme de santé scolaire, à l'exception du Nigéria.. Mais cependant, ils mènent des activités de santé scolaire. La santé scolaire et université va nécessiter une collaboration étroite entre le Ministère de la santé et les Ministères de l'éducation.

### **I. Système d'information sanitaire, recherche, monitoring et évaluation**

Bien que tous les pays produisent des annuaires statistiques d'une périodicité variable selon les pays, ils ne couvrent nullement les données de santé des adolescents et jeunes.

Les pays visités disposent d'une liste d'indicateurs pour la santé des adolescents et jeunes. Cependant les indicateurs varient d'un pays à un autre et il n'existe encore une liste consensuelle d'indicateurs pour les pays de l'espace CEDEAO. Une autre faiblesse notée est qu'aucun des pays ne conduit un monitoring semestriel/annuel de la couverture en interventions orientées vers les adolescents et jeunes. De plus, la recherche en matière de santé des adolescents et des jeunes sont quasi inexistantes dans les pays de l'espace CEDEAO.

### **J. Financement**

Le financement de la santé des adolescents et jeunes est encore embryonnaire ou nul dans la plupart des pays de l'espace de la CEDEAO.

#### **4.6.2 Réponse des pays : opinions des partenaires stratégiques et ou opérationnels**

Les principales forces relevées dans la plupart des pays sont : l'existence d'un cadre de concertation ou de coordination, la disponibilité d'un grand nombre d'acteurs, la disponibilité des documents stratégiques et l'existence des centres de jeunes.

Les faiblesses sont similaires dans l'ensemble des pays : faible coordination des acteurs, non disponibilité ou insuffisance de prestataires formés, mauvais accueil par les prestataires, chevauchement des interventions des différents partenaires, non intégration des interventions, compétition entre les acteurs, le manque de dissémination des documents stratégiques, le manque de recherche, manque de plaidoyer auprès des religieux etc..

Tous les partenaires interviewés ont soulevé le problème de la faible implication et de la non fonctionnalité des mécanismes de coordination existant dans les pays.

#### **4.6.3 Réponse des pays : opinions des responsables des centres jeunes**

Les centres de conseils aux jeunes constituent l'une des stratégies phares des pays. La mise en œuvre de cette stratégie prend différentes formes et mènent des activités selon les pays. On observe des centres isolés, des centres installés à l'intérieur d'autres structures socio-sanitaires. La tendance actuellement envisagée dans la plupart des pays est l'implantation de ces centres au sein des centres santé. Mais les quelques centres visités n'ont pas tous de succès. Les modèles de centres jeunes vus au Cap-Vert et celui Women Friendly Initiative visité à Abuja ont retenu notre attention à cause de l'organisation, les infrastructures dont ils disposent, les types de prestataires et la gamme de services offerts aux jeunes.

La plupart des centres visités sont confrontés à des difficultés relatives à la fréquentation par certaines franges des jeunes (les filles et les non scolaires en particulier), difficultés financières et matérielles (les centres publics en particulier) et la pérennisation des actions pour les centres relevant des ONG.

De plus, la plupart de ces centres ne disposent pas de statistiques fiables sur leurs activités. Par ailleurs comme signalé plus haut, une revue récente a montré que ces centres n'ont pas la preuve de leur efficacité.

Au total, la stratégie des centres de jeunes bien populaires dans les différents pays présente plus de faiblesses que de forces et mérite d'être repensée tant dans sa conception que sa mise en œuvre sous la lumière des nouvelles évidences.

#### **4.6.4 Réponse des pays : opinions des parents**

On évoque souvent la démission des parents vis à vis des adolescents et jeunes. Bien que cette assertion soit en partie, il importe aussi de prendre en compte le fait qu'il soit difficile pour les parents, dans la culture africaine de parler de la sexualité avec leurs enfants. Cette gêne ou inaptitude ou embarras pour la plupart des parents a été l'un des plus importants faits saillants ressortis des entretiens avec les parents. Cette tâche autrefois assumée par les tantes et oncles, est aujourd'hui en souffrance à cause de l'éclatement familial ou transition vers des familles nucléaires, qui constitue une grande menace pour l'épanouissement des adolescents et jeunes. De plus, la plupart des parents ont avoué leur désarroi et leur impuissance face l'avènement des TIC qui selon eux sont pourvoyeuses de comportements contraires à nos valeurs africaines, la communication Parent-Enfant est devenue difficile.

Il apparaît clairement que les parents ont aussi besoin d'être accompagnés pour faciliter l'accompagnement de leurs enfants.

#### **4.6.5 Réponse des pays : opinions des jeunes**

Quand bien même le nombre de jeunes rencontrés est très réduit, Il ressort cependant de cette analyse que ceux rencontrés connaissent assez bien la situation de leurs pairs.

Manifestement, les adolescents et jeunes hésitent ou sont réticents d'aller directement dans un centre de santé de peur d'être vus ou de rencontrer un parent ou de se faire réprimander par les agents de santé. En général le premier réflexe des jeunes en cas de problème est d'en parler à un ami. Cependant, le recours à des amis peut aussi se transformer en un couteau à double tranchant, car les amis peuvent être aussi la source de mauvais conseils et les exposer à de



gros risques. Les jeunes utilisent aussi les numéros verts gratuits et anonymes et les Forums et réseaux de jeunes existants.

Les jeunes ont besoin du soutien moral de leurs parents pour une meilleure gestion de leur sexualité, des divertissements et loisirs sains pour s'occuper sagement, les soins et des conseils. Ils ont besoin aussi d'informations sur la prévention des grossesses sans se rendre dans un centre de santé. Ils ont enfin besoin du sport, de la protection et l'attention des parents et de l'alimentation saine. Tous ces besoins ne pas adéquatement couverts par le sous-système actuel des pays.

Les sources d'informations sur la santé sont les amis, les réseaux sociaux, rarement les frères ou sœurs, rarement les parents. Les réseaux sociaux privilégiés par les jeunes sont le Facebook, le WhatsApp et les SMS (le SMS est plus discret). Cependant l'un des répondants a déclaré que les jeunes trouvent les messages relatifs à la santé souvent trop ennuyants et les « zappent » le plus souvent.

Enfin, le niveau d'implication des jeunes dans les instances de décisions est encore très faible.

Tableau 4.1: Récapitulatifs des Atouts, Faiblesses, Opportunités et Menaces

Composantes	Atouts/Opportunités	Faiblesses/Menaces
Etat de santé de santé des adolescents et jeunes		Niveau de la mortalité, morbidité et DALY
Déterminants sociaux structurels		
- Démographie	Potentiel dividende démographique	Potentielle menace en absence de politique et stratégies efficaces (risque de désastres)
- Economie	-	Pauvreté pouvant exposer les adolescents et jeunes à des comportements à risque
- système de soins	-	Non performant dans la plupart des pays
- santé,	-	Faible niveau de scolarisation au niveau secondaire
- Education	Amélioration du niveau de scolarisation au niveau primaire	Important chômage des jeunes
- Emploi	-	Tabous et religions
- Culture	Approches intégrées dites « sensibles à la culture »	Inégalités en santé et de revenus
- Equité en santé	-	
Déterminants sociaux proximaux	Potentielle opportunité	Actuellement plus du côté des menaces
Connaissances, comportements et mode de vie	Potentielle opportunité	Actuellement plus du côté des menaces
Accès et utilisation technologies de l'information et de la communication et réseaux sociaux	Intérêt manifeste pour la télévision Impressionnante pénétration de la téléphonie mobile Grands utilisateurs des réseaux sociaux	Adolescents et jeunes ne sont de grands lecteurs de journaux, ni de grands auditeurs de la radio Addiction aux réseaux sociaux

Tableau 4.1: Récapitulatifs des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (Suite et fin)

Composantes	Atouts/Opportunités	Faiblesses/Menaces
<p>Réponse des pays : efforts des Ministères de la Santé</p> <p><b>A.</b> Partenariat pour la santé des adolescents et jeunes</p> <p><b>B.</b> Coordination de la santé des adolescents et jeunes</p> <p><b>C.</b> Leadership national</p> <p><b>D.</b> Plaidoyer et Mobilisation des ressources</p> <p><b>E.</b> Protection des adolescents et jeunes</p> <p><b>F.</b> Politiques, stratégies et directives pour la santé des adolescents et jeunes</p> <p><b>G.</b> Interventions et offre de services aux adolescents et jeunes</p> <p><b>H.</b> Santé scolaire</p> <p><b>I.</b> Système d'information sanitaire, recherche, monitoring et évaluation</p> <p><b>J.</b> Financement</p>	<p>Existence de plus en plus de partenaires stratégiques et ou opérationnels</p> <p>Existence d'une structure de coordination au sein des Ministères de la Santé</p> <p>Préoccupation et priorité au niveau stratégique le plus élevé du pays</p> <p>Existence de document de stratégie nationale ou feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale</p> <p>Existence de document de stratégie nationale pour les adolescents et jeunes</p> <p>Existence de standards de services conviviaux dans certains pays</p> <p>Plaidoyer et la mobilisation des ressources</p> <p>Existence de quelques lois</p> <p>-</p> <p>Existence d'une liste d'indicateurs</p> <p>Production des annuaires statistiques par les pays</p>	<p>Plan d'action national budgétisé inexistant dans la plupart des pays</p> <p>Efficacité relative des approches utilisées</p> <p>Lois de protection des mineures</p> <p>Analyse de situation nationale sommaire ou inexistante</p> <p>Efficacité des interventions</p> <p>Inefficacité dans la plupart des pays</p> <p>Inexistence d'une liste consensuelle d'indicateurs</p> <p>Inexistence de données relatives aux adolescents et jeunes dans les annuaires statistiques</p> <p>Absence de recherche</p> <p>Faiblesse du financement</p>
<p>Forces et Faiblesses identifiées par les partenaires stratégiques et ou opérationnels</p>	<p>Existence d'un grand nombre de partenaires</p> <p>Existence d'un service Adolescent et jeune</p> <p>Existence des documents de standards</p> <p>Existence de documents de stratégie</p> <p>Existence de document de Stratégie de santé sexuelle</p> <p>Existence des partenaires motivés</p> <p>Existence des centres pour les jeunes</p> <p>Volonté politique au plus haut</p>	<p>Non fonctionnalité des cadres de coordination</p> <p>Faible coordination des acteurs et des offres de service</p> <p>Caractère non complet des paquets de service</p> <p>Insuffisance de prestataires compétents</p> <p>Non intégration de l'éducation sexuelle dans le curricula de formation</p> <p>Défaut d'une bonne implication des privés</p> <p>Absence de cadre de suivi et d'évaluation</p> <p>Absence de données sur les adolescents et les jeunes</p> <p>Chevauchement dans les interventions des ONG</p> <p>Non prise en compte des déterminants des comportements</p> <p>Non préparation Les structures publiques de santé pour recevoir les jeunes</p> <p>Manque ou insuffisance de l'articulation entre les ministères de la santé, de la Jeunesse et de l'éducation</p> <p>Compétition entre les acteurs</p> <p>Absence de recherche et d'évaluation</p> <p>Manqué ou faible de dissémination des documents stratégiques</p> <p>Le déficit de dialogue parent-adolescents</p>

## CONCLUSIONS GENERALES

Longtemps négligé par les systèmes de santé, les adolescents et jeunes s'imposent de plus en plus aux pays compte tenu de leur démographie galopante et de leurs besoins socio-sanitaires.

Cette analyse de situation, réalisée à travers une revue documentaire et une visite de cinq pays, a permis de rendre compte de l'état des différentes composantes du sous-système de la santé des adolescents et jeunes de l'espace CEDEAO. Les saillants relevés donnent la mesure des principaux défis à relever d'une part, par la CEDEAO à travers l'OOAS et d'autre part, par les autorités sanitaires des pays membres. Nous allons ici résumer ces points saillants et les principaux défis.

### 5.1 POINTS SAILLANTS DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES DE L'ESPACE CEDEAO

Les indicateurs classiques de l'état de santé de la population des adolescents et jeunes de l'espace CEDEAO, à savoir la mortalité, la morbidité et le DALY, se situent à un niveau préoccupant.

La plupart des déterminants sociaux structurels de la santé, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les adolescents et jeunes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent dans l'espace CEDEAO, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, sont loin d'être optimum. Cependant, ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, national et local. Elles peuvent être améliorées à l'aide d'une véritable volonté politique et une meilleure justice sociale. En effet, l'ampleur de la démographie actuelle des adolescents et jeunes peut constituer un dividende pour les pays. Les déterminants spécifiquement examinés dans ce rapport sont : la démographie, l'économie, le système de santé, l'éducation, l'emploi, la culture et l'équité en santé.

Les déterminants sociaux proximaux, c'est à dire les circonstances de la vie quotidienne qui influencent plus directement les attitudes et les comportements d'une personne, exercent à l'heure actuelle une grande menace sur la santé des adolescents et jeunes. Cependant, ces menaces peuvent être amoindries et même transformées en des opportunités de promotion et d'amélioration de la santé des adolescents et jeunes. Les approches pairs-éducateurs et centres conseils des adolescents et jeunes bien que fascinants pour les pays et abondamment déployés par les ONG en particulier ont montré leurs limites. Les déterminants sociaux proximaux spécifiquement examinés dans ce rapport sont : la famille et le milieu scolaire.

Les connaissances, les comportements et le mode de vie des adolescents et jeunes des pays de l'espace CEDEAO, constituent à l'heure actuelle des menaces pour la santé des adolescents et jeunes. En effet, cette analyse a révélé que la plupart des adolescents et jeunes des pays de l'espace CEDEAO souffrent d'un manque crucial d'information saine, et adoptent des comportements et mode de vie néfaste à une bonne santé (rapports sexuels non protégés, sédentarité, consommation d'alcool, de tabac et drogues, une mauvaise alimentation et surtout une addiction au TIC. Ces comportement et modes de vie font le lit à une épidémie des maladies non transmissibles dans les années à venir.

Bien encore peu performant, les Ministères de la Santé avec leurs partenaires stratégiques et opérationnels ont mis en place une réponse qui ira en s'améliorant au fil des années. En effet

dans la plupart des pays il existe un véritable partenariat pour la santé des adolescents et jeunes, avec un mécanisme de coordination plus ou moins fonctionnel. On note un leadership national au plus haut niveau avec des mesures juridiques en faveur des adolescents et jeunes, des plaidoyers et des efforts de mobilisation des ressources pour la santé adolescents et jeunes. Les pays ont mis en place des politiques, stratégies et directives pour la santé des adolescents et jeunes avec des Interventions et offre de services plus ou moins conviviaux. La disponibilité des données surtout des données désagrégées par âge et sexe constitue encore une faiblesse dans l'espace CEDEAO. Le financement de la santé des adolescents et jeunes reste à être amélioré.

Les principales forces relevées par les partenaires stratégiques et ou opérationnels dans la plupart des pays sont : l'existence d'un cadre de concertation ou de coordination, la disponibilité d'un grand nombre d'acteurs, la disponibilité des documents stratégiques et l'existence des centres de jeunes. Les faiblesses relevées par les partenaires sont similaires dans l'ensemble des pays : faible coordination des acteurs, non disponibilité ou insuffisance de prestataires formés, mauvais accueil par les prestataires, chevauchement des interventions des différents partenaires, non intégration des interventions, compétition entre les acteurs, le manque de dissémination des documents stratégiques, le manque de recherche, manque de plaidoyer auprès des religieux etc..

Le problème de la faible implication et de la non fonctionnalité des mécanismes de coordination existant dans les pays est une grande préoccupation pour les partenaires..

La stratégie des centres de jeunes bien populaires dans les différents pays présente plus de faiblesses que de forces et mérite d'être repensée tant dans sa conception que sa mise en œuvre sous la lumière des nouvelles évidences.

Il apparait clairement cette analyse que les parents ont aussi besoin d'être accompagnés pour faciliter l'accompagnement de leurs enfants.

Enfin, les adolescents et jeunes revendiquent leur implication dans les instances de décisions.

## **5.2 PRINCIPAUX DEFIS DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES DE L'ESPACE CEDEAO**

Les 15 défis majeurs à relever par les pays et la CEDEAO à travers l'OOAS sont :

1. Le positionnement de la santé des adolescents comme une haute priorité et y consacré des ressources financières, humaines et matérielles conséquentes
2. La réduction de la mortalité, DALY et morbidité des adolescents et jeunes
3. L'identification des interventions efficaces basées sur les évidences prenant en compte toutes les composantes du sous-système de la santé des adolescents et jeunes
4. La coordination intersectorielle (implication des acteurs des autres secteurs pour l'amélioration de la santé des adolescents et jeunes)
5. La coordination intra-sectorielle au sein même des Ministères de la Santé des pays.
6. L'atténuation de menaces relatives aux déterminants sociaux structurels
7. L'atténuation de menaces relatives aux déterminants sociaux proximaux

8. L'implication réelle des jeunes dans la conception, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des actions en leur faveur
9. L'adoption par les adolescents et jeunes des comportements protecteurs et des modes de vie sains
10. La lutte contre l'addiction des adolescents et jeunes aux TIC
11. Le développement des centres jeunes véritablement conviviaux et intégrés pour les jeunes
12. Le développement des ressources humaines appropriées et compétentes en SAJ y compris la SSRAJ
13. La définition des indicateurs consensuels précis de santé des adolescents et jeunes
14. La promotion de la culture de l'évaluation des stratégies mises en œuvre
15. La disponibilité des données sur les adolescents et les jeunes (données désagrégées par sexe et par âge)
16. L'harmonisation des documents de politique, de stratégie, de planification et de monitoring et évaluation.

## REFERENCES

- 1- UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population). « *Le pouvoir de 1,8 milliard d'adolescents et jeunes et la transformation de l'avenir* » : Etat de la population Mondiale 2014. 136p.
- 2- Lancet 2012; 379: 1630–40, Adolescent Health 1. “*Adolescence: a foundation for future health*”: 2012. 11p.
- 3- World Health Organization. “*Health for the World Adolescents: A second chance in the second generation 2014*”: 2014.
- 4- Fond des Nations Unies pour la population (UNFPA), Population Référence Bureau (PRB). « *Rapport sur le statut des adolescents et jeunes en Afrique subsaharienne ; Possibilités et enjeux* » : 2012.78p.
- 5- AFRICAN UNION. “*State of the AFRICAN YOUTH, Report 2011*”: 2011. 65p.
- 6- OMS (World Health Organization African Regional Office). “*Status of Adolescent Health in the African Region, An Age to create better opportunities for the future, not to die*” : 2013. 65p.
- 7- OOAS. « *Situation de la santé de la reproduction et de la planification familiale dans les pays de la CEDEAO* ». :2014
- 8- OOAS. « *TDR de la mission*
- 9- Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). [En ligne]. OOAS, 2009 [Consultée le 7 juillet 2015]. A propos de l’OOAS, historique et mission. Disponible sur : [http://www.wahooas.org/spip.php?page=rubriqueS&id\\_rubrique=24&lang=fr](http://www.wahooas.org/spip.php?page=rubriqueS&id_rubrique=24&lang=fr)
- 10- Wikipédia. [En ligne]. CEDEAO, 2015 [Consultée le 7 juillet 2015]. Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest. Disponible sur : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Communaut%C3%A9\\_%C3%A9conomique\\_des\\_%C3%89tats\\_de\\_l%27Afrique\\_de\\_l%27Ouest](https://fr.wikipedia.org/wiki/Communaut%C3%A9_%C3%A9conomique_des_%C3%89tats_de_l%27Afrique_de_l%27Ouest)
- 11- Lancet 2012; 379: 1641–52, Adolescent Health 2. “*Adolescence and the social determinants of health* “: 2012. 12p.
- 12- Lancet 2012; 379: 1653–64, Adolescent Health 3. « *Worldwide application of prevention science in adolescent health* »: 2012. 12p.
- 13- Lancet 2012; 379: 1665–75, Adolescent Health 4: Adolescent Health 4: Health of the world’s adolescents: a synthesis of internationally comparable data: 2012. 12p.
- 14- Lancet. Série du Lancet sur la santé des adolescents, fiche d’information n°1. « *L’adolescence : une Base De Santé Pour l’avenir* » : Octobre 2014. 2p.
- 15- Série du Lancet sur la santé des adolescents, fiche d’information n°2. « *L’adolescence et les déterminants sociaux de la santé* » : 2014. 2p.
- 16- Lancet. Série du Lancet sur la santé des adolescents, fiche d’information n°3. « *La science de la prévention dans la santé des adolescents* » : Octobre 2014. 2p
- 17- World Health Organization (OMS). “*Adolescent health in the African region 2015, key trends and challenges*”: 2015. 31p.
- 18- United Nations (UN). Development for Social Policy and Development Youth. [En ligne]. United Nations, 2015 [Consultée le 12 août 2015]. Disponible sur : <https://www.un.org/development/desa/youth/>
- 19- UNICEF. « *L’adolescence, l’âge de tous les possibles* » : Situation des enfants dans le Monde 2011. 148p.
- 20- OMS. La grossesse chez les adolescentes. Aide-mémoire N° 364, mis à jour en septembre 2014
- 21- Les Jeunes et L’avortement Non Médicalisé : Situation Mondiale. [En ligne]. 2015 [Consultée le 12 août 2015]. Disponible sur : <http://ww1.advocateforyouth.org/>

- 22- OMS. Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Genève: OMS, 2005.
- 23- UNAIDS. Global Report: UNAIDS report on the global aids epidemic 2013 Geneva: UNAIDS, 2013.
- 24- WHO. Global Safety Report on Road Safety 2015. Geneva: WHO, 2015.
- 25- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF International, 2013. *Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2011-2012*. Calverton, Maryland, USA : INSAE et ICF International.
- 26- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA : INSD et ICF International.
- 27- Instituto Nacional de Estatística (INE) [Cabo Verde], Ministério da Saúde, e Macro International. 2008. *Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva, Cabo Verde, IDSR-II, 2005*. Calverton, Maryland, USA: INE
- 28- Institut National de la Statistique (INS) et ICF International. 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012*. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.
- 29- The Gambia Bureau of Statistics (GBOS) and ICF International. 2014. *The Gambia Demographic and Health Survey 2013*. Banjul, The Gambia, and Rockville, Maryland, USA: GBOS and ICF International.
- 30- Ghana Statistical Service, 2011. Ghana Multiple Indicator Cluster Survey with an Enhanced Malaria Module and Biomarker, 2011, Final Report. Accra, Ghana.
- 31- Institut National de la Statistique (INS) et ICF International. 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de la Guinée Conakry 2012*. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.
- 32- Ministério da Economia, do Plano e Integração Regional – Direção Geral do Plano, 2011 Inquérito aos Indicadores Múltiplos, Inquérito Demográfico de Saúde Reprodutiva - Guiné-Bissau, 2011, Relatório Final.
- 33- Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services (LISGIS), Ministry of Health and Social Welfare [Liberia], National AIDS Control Program [Liberia], and ICF International. 2014. *Liberia Demographic and Health Survey 2013*. Monrovia, Liberia: Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services (LISGIS) and ICF International.
- 34- Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013*. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International.
- 35- Institut National de la Statistique (INS) et ICF International, 2013. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2012*. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.
- 36- National Population Commission (NPC) [Nigeria] and ICF International. 2014. *Nigeria Demographic and Health Survey 2013*. Abuja, Nigeria, and Rockville, Maryland, USA: NPC and ICF International.
- 37- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], et ICF International. 2012. *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011*. Calverton, Maryland, USA: ANSD et ICF International.
- 38- Statistics Sierra Leone (SSL) and ICF International. 2014. *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2013*. Freetown, Sierra Leone and Rockville, Maryland, USA: SSL and ICF International.

- 39- Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (MPDAT), Ministère de la Santé (MS) et ICF International, 2015. *Enquête Démographique et de Santé au Togo 2013-2014*. Rockville, Maryland, USA : MPDAT, MS et ICF International.
40. Robert. Le Nouveau Petit Robert 2010. Paris :2010.
41. OMS). « *Comblant le fossé en une génération, Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* » : Genève, 2009.260p.
42. Emmanuelli M. L'Adolescence. Coll «Que sais-je ?» 2eme Ed.Paris : Presse Universitaires de France, 2009, 127 p.
43. Banque mondiale. « *Les jeunes non scolarisés et déscolarisés d'Afrique subsaharienne, Politiques pour le changement* » Washinton DC: 2015.163p.
44. DOUMBIA, Mohamed, KAM, Oleh, GACHA, Franck. Search for Common Ground (SFCG) [En ligne]. SFCG, 2015, [Consultée le 1er octobre 2015]. Etude de base du projet promouvoir une culture de la paix en milieu scolaire en côte d'ivoire. Disponible sur : [https://www.sfcg.org/wpcontent/uploads/2014/08/CIV\\_BL\\_Janv2014\\_Promouvoir\\_un\\_e\\_culture\\_de\\_la\\_paix1.pdf](https://www.sfcg.org/wpcontent/uploads/2014/08/CIV_BL_Janv2014_Promouvoir_un_e_culture_de_la_paix1.pdf)
45. Somé m. approche éthique de la responsabilité de l'éducateur en Afrique de l'ouest. proposition du modèle chrétien vécu par j.b. de la salle, revue numérique de recherche lassallienne (4) 2012: 39-63
46. UNFPA. State of the African Youth report 2011.
47. Nations Unies. Département des affaires économiques et sociales. Division de la population. Perspectives de la population mondiale, révision de 2015. New York 2015.
48. PNUD (*Programme des Nations Unies pour le développement*). « Rapport sur le développement humain 2014 ; Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience » : 2014. 259p.
49. OMS. Pour un système de santé plus performant. Rapport sur la santé dans le monde, 2000. Genève :2000.
50. WHO. Trends in Maternal Mortality 1990 to 2015: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank .WHO 2015.
51. OMS. « *La santé des populations, Les mesures efficaces ; Le Rapport sur la santé dans la Région africaine. Brazzaville : 2014* » : 232p.
52. OMS. Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2000. Genève : 2006.
53. Leive A., Xu K. Comment les ménages font-ils face aux dépenses de santé à leur charge : données empiriques provenant de 15 pays d'Afrique. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049403-ab/fr/>
54. BM. Emplois. Rapport sur le développement du monde, 2013. Washington ::2013.
55. BM. Emplois des jeunes en Afrique subsaharienne. Forum pour le développement de l'Afrique, 2014. Washington : 2014.
56. PRB. Le Défi d'atteindre le dividende démographique. Communiqué de politique de gestion. 2012.
57. L'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE). OCDE [En ligne]. SFCG, 2015, [Consultée le 10 octobre 2015]. Atlas de l'intégration régionale de l'Afrique de l'Ouest : Les dynamiques démographiques. Disponible sur : <http://www.oecd.org/fr/csao/publications/39803778.pdf>
58. WHO. Adolescent health in the African Region 2015 : key trends and challenges. Brazzaville:2015.



59. SCHOUMAKER B. Urbanisation et migrations internes en Afrique subsaharienne <http://www.platformpopdev.be/pdf/presschoumaker250208.pdf> consulté le 12/11/2015
60. UNICEF. Afrique Génération 2030. New York :2014.
61. Golfin J. Les 50 mots-clés de la sociologie. Privat,, Toulouse :1972.
62. Inter Arts. [En ligne]. Inter Arts, 2015 [Consultée le 2 novembre 2015]. Religion et santé sexuelle et reproductive des jeunes : Analyse d'une relation aux enjeux multiples. Disponible sur : <http://www.interarts.net/descargas/interarts758.pdf>
63. Réseau Français des Instituts d'Etudes Avancées (RFIE). RFIE [En ligne]. RFIE, 2015, [Consultée le 12 novembre 2015]. L'équité en santé : un défi du XXIe siècle. Disponible sur : <http://rfiea.fr/articles/l-quit-en-sant-un-d-fi-du-xxie-si-cle>
64. UNICEF. Inégalité mondiale. New-York :2012
65. Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Eliminer les inégalités en matière de santé : Chaque femme, chaque enfant compte. Genève : 2011.
66. Gazette du Golfe. La famille africaine et les défis du 21eme siècle. Hebdomadaire No 1538 du 02 au 08 Novembre 2015. Cotonou, Bénin
67. Wikipédia. [En ligne]. Wikipédia, 2014 [Consultée le 12 novembre 2015]. Famille recomposée. Disponible sur : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Famille\\_recompos%C3%A9e](https://fr.wikipedia.org/wiki/Famille_recompos%C3%A9e)
68. Population Référence Bureau (PRB). Communiqué de politique de gestion. Maladies non transmissibles en Afrique : les jeunes jouent un rôle déterminant dès lors qu'il s'agit d'enrayer l'épidémie et d'assurer un développement durable. [En ligne]. PRB, 2015, [Consultée le 12 novembre 2015]. Disponible sur : <http://www.prb.org/>
69. WHO. Global Adolescent Global status report on noncommunicablediseases2014. Geneva: 2014.
70. Walker JA. **Cartographie du mariage précoce en Afrique de l'ouest**. Une étude des tendances, des interventions, des méthodes efficaces, des bonnes pratiques et la voie à suivre. Ford Foundation, Lagos :2013.
71. Deloitte, GSMA. Rapport 2012 de l'Observatoire de la téléphonie mobile en Afrique subsaharienne. Observatoire 2012 de la téléphonie mobile en Afrique subsaharienne. 2012.
72. PNUD (*Programme des Nations Unies pour le développement*). « Rapport sur le développement humain 2010 ; La vraie richesse des nations :Les chemins du développement humain. New-York : 2010.
73. Internet World Stats - Web Site Directory [En ligne]. RFIE, 2015, [Consultée le 15 décembre 2015]. Utilisateurs en Afrique subsaharienne. Disponible sur : <http://www.internetworldstats.com/stats1.htm>
74. OMS. Les soins de santé primaires de santé .Alma-Ata 1978 OMS, Genève : 1978.
75. Canning D., Raja S., Yazbeck AS. Africa's Demographic Transition: Dividend or Disaster? Disponible à <http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-1-4648-0489-2> Consulté 11 décembre 2015.
76. Venkatraman CM.; Lane C., Wong Sylvia. What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices. Global Health Science and Practice. August 31, 2015 doi: 10.9745/GHSP-D-15-00126.
77. Ministère de la Santé et l'Action Sociale. Plan stratégique de santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes AU SENEGAL (2014-2018). Dakar : 2014
78. Ministère de la Santé et l'Action Sociale. Standards des services de sante adaptes aux adolescent(e) s/jeunes, (SSAAJ) du Sénégal. Dakar : 2012.

79. Ministère de la santé. Stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes au Bénin 2010-2020. Cotonou : 2010.
80. Ministère de la santé. Etude portant sur la faisabilité de l'exemption du paiement direct pour améliorer l'accès à l'offre de service PF aux adolescents et jeunes au Bénin. Cotonou : Draft en progrès.
81. Ministry of Health and sanitation. Strategic Plan for Adolescent and Young People's Health and Development 2010-2015. Freetown: 2010.
82. Ministry of Health and sanitation. National Standards for Adolescent and Young People's Health and Development. Freetown: 2011.
83. Ministry of Health and sanitation. Let Girls Be Girls, Not Mothers!: National Strategy for the reduction of Teenage Pregnancy (2013-2015). Freetown: 2013.
84. Ministério da SAUDE. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016. Volume 1 et 2. Praia :2013
85. Federal Ministry of Health. National Guidelines on Promoting Access of Young People to Adolescent & Youth-Friendly Services in Primary Health Care Facilities in Nigeria. Abuja: 2013.
86. Federal Ministry of Health. National Guidelines for the Integration of Adolescent and Youth Friendly Services into Primary Health care Facilities in Nigeria. Abuja: 2013.
87. Federal Ministry of Health. National Policy on the Health & Development of Adolescents & Young People in Nigeria. Abuja: 2007
88. Federal Ministry of Health. National Strategic Framework on the Health & Development of Adolescents & Young People in Nigeria. Abuja: 2007
89. Federal Ministry of Health. Action Plan for Advancing Young People's & Development in Nigeria 2010-2012. Abuja: 2010.
90. Federal Ministry of Health. National Adolescent & Youth Friendly job Aids for Service Providers in Primary Health Care Facilities in Nigeria.. Abuja: 2015.
91. Federal Ministry of Health. Frequently Asked Questions (FAQs) Booklet on Adolescent & Youth Health Concerns in Nigeria.. Abuja: 2015
92. Federal Ministry of Health. National Training Manual for the Health & Development of Adolescent & Young People in Nigeria. Abuja: 2011.
93. Federal Ministry of Health. Clinical Protocol for the Health and Development of Adolescent & Young People in Nigeria. Abuja: 2011.
94. Federal Ministry of Health. National Training Manual on Peer-To-Peer Youth Health Education. Abuja: 2014.
95. Federal Ministry of Health. National Policy and Plan of Action for the Elimination of Female Genital Mutilation in Nigeria. Abuja: 2013.
96. Wikipédia. [En ligne]. Wikipédia, 2014 [Consultée le 12 novembre 2015]. Culture. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Culture>
97. RUFO M., et al. Les Nouveaux ados : Comment vivre avec ? Ed Bayard. Paris :2006.
98. Nations Unies. Objectifs du millénaire pour le développement-Rapport 2015. New York : 2015.
99. Ministère de la santé. Standards de services de qualité en santé des adolescents et jeunes au Bénin, 2015. Cotonou : 2015.

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : Liste des partenaires stratégiques/opérationnels dans les pays

#### Benin

Institutions	Type
1. Ministère de la Santé (Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant	Public
2. Ministère en charge de la jeunesse	Public
3. Ministère en charge de l'enseignement supérieur	Public
4. Ministère en charge de l'enseignement secondaire	Public
5. Ministère en charge de la famille	Public
6. UNFPA	Nations Unies
7. OMS	Nations Unies
8. ONUSIDA	Nations Unies
9. USAID	Bilatérale
10. Pays Bas	Bilatérale
11. AFD	Bilatérale
12. CTB	Bilatérale
13. ABMS/PSI	ONGI
14. Plan Benin	ONGI
15. Care Benin Togo	ONGI
16. ABPF/PPF	ONGN
17. Céradis ONG	ONGN
18. Grafed ONG	ONGN
19. OSV Jordan	ONGN
20. CERD ONG	ONGN
21. MJCD ONG	ONGN
22. CNLS /MS	Public
23. PNLS	Public
24. DPP	Public
25. COUS/UAC	Public
26. Parlement des Jeunes	Société civile
27. Parlement des Enfants	Société civile
28. Jeunes Ambassadeurs pour la PF	Société civile
29. Mouvement d'action des Jeunes de l'ABPF	Société civile
30. Organe Consultatif de la Jeunesse	Société civile

#### Cap Vert

Institutions	Type
31. Ministério da Saúde	Public
32. Ministério da Juventude	Public
33. Ministério da Educação e Ensino Superior	Public
34. Ministério da Justiça e ICIEG	Public
35. Ministério da Cultura e Desporto	Public
36. UNFPA	Nations Unies
37. OMS	Nations Unies
38. UNICEF	Nations Unies
39. PNUD	Nations Unies
40. Cooperação Luxemburguesa	Bilatérale
41. Cooperação Portuguesa	Bilatérale
42. IPPF	ONGI
43. VerdeFam	ONGN
44. Morabi	ONGN
45. OMCV	ONGN
46. CV Telecom	Privé
47. Cavibel	Privé
48. Cavibel	Privé
49. Piaget	Public
50. UNICV	Institution Universitaire
51. UNIMindelo	Société civile
52. Plataforma das ONG's	Société civile

## Sénégal

Institutions	Type
1. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale: Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE)	Public
2. Division de Lutte contre le sida (DLSI)	Public
3. Districts sanitaires	Public
4. Ministère de l'Education Nationale : Division du Contrôle Médical Scolaire (DCMS)	Public
5. Ministère de la Jeunesse, de l'Emploi et de la construction Citoyenne: Projet Promotion des Jeunes (PPJ)	Public
6. Ministère de la Jeunesse, de l'Emploi et de la construction Citoyenne: Direction de la Jeunesse et de la Vie associative (DJASE)	Public
7. UNFPA	Nations Unies
8. OMS	Nations Unies
9. UNESCO Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture	Nations Unies
10. AFD	Institution bilatérale
11. AMREF	ONG internationale
12. MSI	ONG internationale
13. Association de Bien-être Familial	Organisations de la Société civile (ONG)
14. Réseau, Jeunesse, Population et Développement du Sénégal (RESOPOPDEV)	ONG
15. INTERMONDES	ONG
16. Action et Développement ACDEV	ONG National
17. Groupe pour l'étude et l'enseignement de la population GEEP	ONG
18. Service Médical du COUD	Institution Universitaires

## Sierra Leone

Institutions	Type
1. Ministry of Health and Sanitation	Public
2. Ministry of Education, Science and Technology	Public
3. Ministry of Youth Affairs	
4. Ministry of Social Welfare, Gender and Childrens	Public
5. Ministry of Local Government and Rural Development	Public
6. World Health Organization	Nations Unies
7. United Nations Population Funds	Nations Unies
8. United Nations Childrens Fund	Nations Unies
9. UNAIDS	Nations Unies
10. USAID	Institution bilatérale
11. Save the Children International	ONG internationale
12. Plan Sierra Leone	ONG internationale
13. CARE Sierra Leone	ONG internationale
14. Plan Parenthood Association, Sierra Leone	ONG National
15. Marie Stoopes Society, Sierra Leone	ONG internationale
16. Restless Development	ONG internationale
17. BRAC	ONG internationale
18. Fine Men Engage	ONG internationale
19. Girls to Girls Empowerment	ONG internationale
20. Helen Keller International	ONG internationale

## Nigeria

Actor/Partner Name	Type
1 UNFPA	
2 WHO	
3 UNICEF	
4 Planned Parenthood Federation of America PPFA	International NGOs
5 AHI Action Health Incorporated	Nat NGO
6 WHI Women friendly International	Nat NGO
7 ARF Association of Reproductive and family Health	Nat NGO
8 Education as A Vaccine (EVA)	Civil Society
9 Brave heart International	
10 Adolescent Health and Information Programmes AHIP in Kano	Civil society O
11 FMIN of EDUCATION	
12 F MIN of WOMEN AFFAIRS AND SOCIAL DEVELOPMENT	
13 F MIN OF YOUTH DEVELOPMENT	
14 Girls Power Initiative (GPI)	
15 TSHIP	
16 Kuje Youth Clinic	
17 Association of Reproductive and Family Health (ARFH)	
18 Education	
19 Youth and Sports	
20 Women Affairs and Social Development	
21 Information	
22 NPopC	
23 Nigerian Urban Reproductive Health Initiative (NURHI)	