



---

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

---

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





## Pourquoi est-il nécessaire d'avoir des services adaptés pour les adolescents et les jeunes ?

En Afrique de l'Ouest et du Centre, 64 % de la population<sup>1</sup> est âgée de moins de 24 ans. **Lorsque cette population est éduquée, en bonne santé, et bénéficie d'emplois décents, la région peut alors tirer profit du Dividende Démographique (DD).** Un des obstacles majeurs à l'accomplissement du DD est la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) de ces Adolescents et ces Jeunes (A&J)<sup>2</sup>, caractérisée entre autres par des taux de grossesses précoces élevés et une forte proportion de besoins non satisfaits en planification familiale.

Le plus souvent les A&J ne savent pas où et comment accéder aux services et dans la plupart des pays, il n'existe que très peu de Points de Prestation de Services (PPS) qui offrent des Services de Santé Sexuelle et Reproductive adaptés aux Adolescents et aux Jeunes (SSRAJ) dont la qualité n'est pas garantie lorsqu'ils sont accessibles. Dans certains contextes, les lois et politiques nationales entravent l'utilisation et la prestation de services de SSRAJ. De plus, les normes socioculturelles telles que la pression d'avoir des enfants, les inégalités de genre, la stigmatisation par les prestataires, entre autres, sont autant d'obstacles à l'utilisation des services de SSR par les A&J.

Le faible niveau de connaissances des A&J sur les droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR) ainsi que l'accès et les taux limités d'utilisation de services SSR et des méthodes contraceptives rendent donc nécessaire l'établissement d'une Éducation Complète à la Sexualité (ECS) ainsi qu'un accès à des services de SSRAJ de qualité.

Cette brochure documente les éléments clés d'une mise en œuvre des Services de SSRAJ. La brochure documente les données probantes, les pratiques prometteuses, et les composantes essentielles à l'aide d'une étude documentaire et d'exemples concrets de quatre pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre : la Guinée, le Sénégal, le Tchad et le Togo.

### Que sont les services SSRAJ ?

Pour améliorer l'utilisation des services de SSR, les A&J ont besoin de services adaptés à leurs besoins. Pour ce faire l'OMS a développé des critères à mettre en œuvre dans tous

les centres de santé qui accueillent des A&J. Les services de SSRAJ devraient entre autres être : accessibles, acceptables, équitables, appropriés et efficaces.

## Comment mettre en place des services efficaces ?

### Interventions efficaces en SSRAJ

La SSR des A&J est l'un des domaines les mieux étudiés sur la santé des adolescents et des jeunes. De plus en plus de preuves existent pour démontrer ce qui fonctionne ou pas<sup>3</sup>

- ↪ La formation ponctuelle des prestataires en services de SSRAJ **sans concomitance avec une supervision formative accompagnée d'un soutien aux prestataires** pour la mise en œuvre, n'augmentera pas l'utilisation des services. Un ensemble d'actions ciblant les Ressources Humaines en Santé (RHS) est nécessaire (formation initiale et continue, supervision formative, soutien aux prestataires, descriptions précises des responsabilités, outils de référence etc.).
- ↪ La sensibilisation des Adolescents et des Jeunes (A&J) **sans autres interventions**, n'augmentera pas l'utilisation des services. Elle doit être accompagnée d'interventions pour améliorer l'accès à, et la qualité des services.
- ↪ Les A&J ne sont pas un groupe hétérogène. Les **besoins différent et les services doivent être adaptés aux circonstances** telles que l'âge, le sexe, l'état civil, etc. (par exemple les besoins d'une adolescente de 15 à 19 ans non mariée sont très différents de ceux d'une adolescente mariée). De plus, les **besoins des A&J** changent rendant un modèle unique inefficace.
- ↪ **Les services de SSRAJ doivent être liés à une Éducation Complète à la Sexualité (ECS) de qualité.**
- ↪ L'**intégration des services** de VIH, de SSR y compris de contraception / Planification Familiale (PF) peut accroître l'efficacité.
- ↪ La **sensibilisation, l'approbation et le soutien** pour les services de SSRAJ doivent être renforcés chez les A&J, les prestataires, les parents, les tuteurs et les leaders religieux et communautaires.
- ↪ La santé des A&J est affectée par des déterminants sociaux à tous les niveaux (personnel, familial, communautaire et national). Les facteurs structurels tels que la pauvreté, l'accès à l'éducation, et les inégalités de genre ; ainsi que les facteurs tels que les relations interfamiliales et la violence affectent négativement la santé des A&J.<sup>4</sup>
- ↪ L'efficacité d'une intervention est d'autant plus forte quand les **A&J participent à l'élaboration, la mise œuvre, l'évaluation et le plaidoyer** en faveur d'interventions en matière de DSSR.
- ↪ Des approches/stratégies **coordonnées et complémentaires** sont nécessaires.

L'expérience globale démontre que les centres de jeunes, l'éducation par les pairs et les réunions publiques ponctuelles n'ont généralement pas été efficaces pour : faciliter l'accès des A&J aux services de SSR ; modifier leurs comportements ; ou influencer les comportements sociaux/normes concernant la SSR<sup>5</sup>.

Néanmoins certaines interventions considérées comme étant moins efficaces continuent d'être mises en œuvre et bénéficient de ressources. Celles qui ont fait leurs preuves ont tendance à ne pas être mises à l'échelle (par exemple l'ECS et les services intégrés) souvent dû aux coûts élevés et au temps nécessaire à la mise à l'échelle<sup>6</sup>. La mise à l'échelle d'interventions efficaces comme la qualité de leur mise en œuvre à long terme, souffrent d'un manque d'attention et d'allocation de ressources.

Les approches qui n'ont pas fait leurs preuves devraient être abandonnées et les autres devraient être mises en œuvre et à l'échelle avec fidélité pour garantir leur efficacité. De nouvelles approches doivent être identifiées et une plus grande attention portée à la prévention, l'engagement du secteur privé et un meilleur accès à une gamme plus large de méthodes contraceptives qui répondent aux besoins des A&J.<sup>7</sup>

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

L'expérience globale ayant identifié les stratégies inefficaces, une discussion dans chaque pays est nécessaire pour décider de l'avenir de ces stratégies. Certaines peuvent être simplement abandonnées, telles que les réunions publiques ponctuelles, d'autres telles que les centres de jeunes ont reçu des investissements humains et financiers de taille et ont sans doute déjà été mises à échelle. Plutôt que de les abandonner, une discussion sur les possibilités de réaménagement à d'autres fins s'avère nécessaire.

## Éléments clés pour la mise en œuvre de services de SSRAJ

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

Une mise en œuvre et à l'échelle de services SSRAJ requiert l'élaboration non seulement d'une stratégie sur la SSRAJ mais aussi d'un plan national d'action chiffré qui définit les éléments clés du processus. Ce plan peut être autonome ou faire partie d'un plan national de SSR, de santé des adolescents et jeunes (SAJ), ou ce qui devient de plus en plus commun : le plan de Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents (SRMNIA).

La première étape de l'élaboration d'un plan d'action est l'évaluation des besoins, l'analyse de la situation et l'établissement des priorités. Une fois ceux-ci établis, des décisions seront nécessaires sur les considérations techniques (telles que la combinaison de PPS à utiliser et le paquet de services) ; et sur comment créer la demande et un contexte propice.

Le plan d'action devrait inclure au minimum une analyse de la situation et l'identification des priorités et objectifs; la méthodologie et/ou stratégie préconisées, y compris pour le Suivi et l'Évaluation (S&E) ; une analyse du processus nécessaire pour une mise en œuvre progressive (la chronologie) ; les rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes et les mécanismes de coordination et collaboration ; les actions requises aux niveaux national, provincial/district et opérationnel; et une estimation des coûts, du financement actuellement disponible, et les stratégies pour une mobilisation des ressources. Un financement national est essentiel pour une pérennité à long terme.

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

### 1.Évaluation des besoins

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

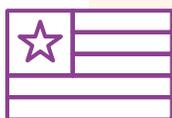
### 2.Analyse de la situation

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

### 3.Établissements des priorités

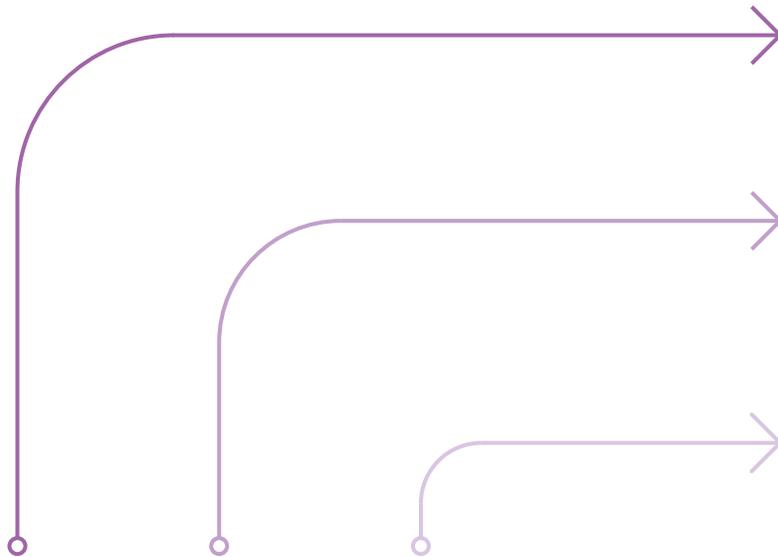
Les priorités dépendent de l'urgence, la fréquence, l'ampleur et les conséquences de certains fardeaux de maladie ; l'existence d'interventions efficaces, appropriées et acceptables pour réduire ces fardeaux ; les besoins des personnes vulnérables ; et la disponibilité de ressources et capacité pour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

WHO, Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!).  
Guidance to support country implementation (Geneva, WHO, 2017).



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

**Considérations techniques pour une mise en œuvre des services de SSRAJ**

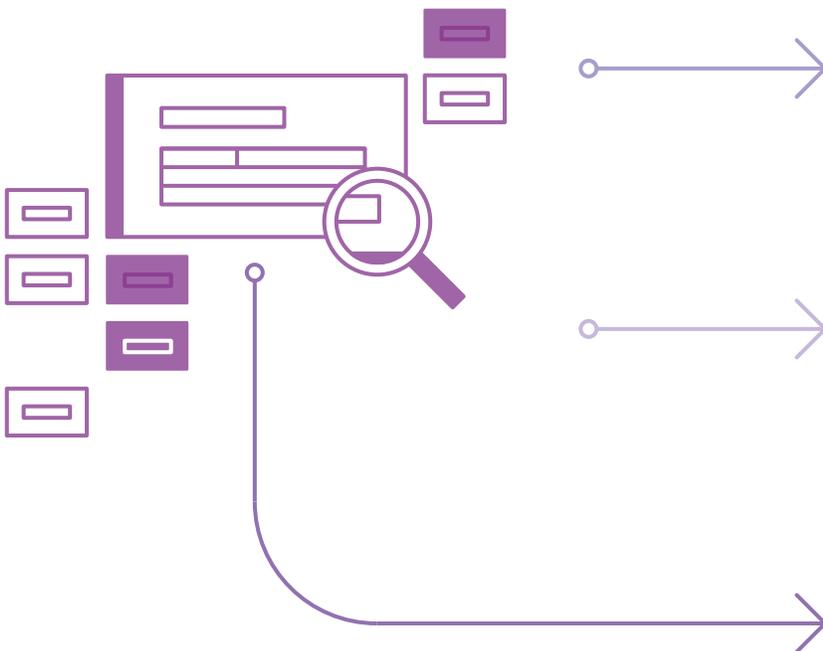


**Points de prestation de services**

**Le paquet de services et son intégration**

**Suivi et évaluation**

**Elaborer les priorités et le plan d'action**



**Intrants**

**Normes & standards**

**Formation, supervision et soutien aux prestataires**

**IEC/CCSC**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



MUSKOKA Tchad © Vincent Tremeau

### **Points de prestation de services**

Différents modèles pour la prestation de services SSRAJ existent et sont mis en œuvre en milieu sanitaire, scolaire et communautaire. Chacun a ses avantages et ses inconvénients. La combinaison de PPS à utiliser variera selon le district, les besoins, les installations existantes et les ressources humaines et financières disponibles. Il est probable que toute mise à l'échelle nécessitera une mise en œuvre progressive, et les modèles à utiliser dépendront des besoins, de la faisabilité de la mise à l'échelle des différents modèles et de leurs pérennisations à long terme. Les différents modèles et les aspects à prendre en compte sont décrits en bref ci-dessous.<sup>8</sup> Ce tableau a été adapté d'un rapport de Evidence to Action Project et Pathfinder International.<sup>9</sup>

## Intégrés dans les services existants



### Type de modèle de PPS

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

**Fortement recommandé et une priorité pour une pérennisation à long terme.**

### Avantages

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

### Désavantages

- Moins de confidentialité.
- Requier une réorganisation des services au sein de l'établissement pour, entre autres, gérer une demande accrue et répondre au besoin des A&J (heures d'ouvertures adaptées...).
- Besoin de **former, superviser et appuyer** tous les prestataires du centre de santé.
- Plus long à mettre en place mais a le plus de potentiel.

### Mise à l'échelle et pérennisation

- **Bonne possibilité de mise à l'échelle** car institutionnalisé dans le système de santé et ne dépend pas d'un endroit séparé et d'un prestataire dédié.
- **Demande de fortes ressources initiales** pour la formation de tous les prestataires. Diminution progressives des coûts.
- **Probabilité élevée de pérennisation si institutionnalisé et mis en œuvre fidèlement.**



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

### Type de modèle de PPS

Un prestataire dédié aux A&J. Multiple services tel contraceptions/PF, dépistages VIH/IST grossesses, traitement, santé maternelle. Possibilité d'avoir une salle d'attente avec des supports d'IEC et des PE.

### Option pour élargir l'accès, selon le contexte.

<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Moins de stigmatisation, plus de confidentialité.</b></li> <li>→ Moins de prestataires à former, superviser et appuyer.</li> <li>→ S'il n'y a pas de gratuité, possibilité de subventionner les services pour les A&amp;J.</li> </ul>
<b>Désavantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Besoin d'un espace/infrastructure séparé.</b></li> <li>→ <b>Besoin d'un effectif dédié</b> et formé.</li> <li>→ <b>Le roulement élevé des RHS exige une formation constante des nouveaux effectifs</b> (si la SSRAJ n'est pas incluse dans la formation initiale).</li> <li>→ Risque de cessation des services lorsque les prestataires formés partent ou quand le projet se termine.</li> </ul>
<b>Mise à l'échelle et pérennisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Mise à l'échelle possible mais demande des ressources importantes</b> (RHS réservés et espace dans l'infrastructure).</li> <li>→ <b>Pérennisation possible seulement si institutionnalisé dans le système de santé et s'il y a suffisamment de RHS.</b></li> </ul>

## Services à base communautaire



### Type de modèle de PPS

Ces services sont administrés par des agents de santé communautaire (ASC)/relais communautaires.

**Option pour élargir l'accès mais le paquet de service offert sera incomplet.**

<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Accessible à un grand nombre d'A&amp;J.</li> <li>→ Distribution de préservatifs et conseil/IEC.</li> <li>→ Certains pays permettent aux ASC de distribuer des contraceptifs.</li> <li>→ Cette option peut être complémentaire au modèle d'intégration des services de SSRAJ dans les services existants.</li> </ul>
<b>Désavantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Peu d'intimité et de garanties de confidentialité.</li> <li>→ Services généralement restreints à l'IEC et à la distribution de préservatifs pour les A&amp;J.</li> </ul>
<b>Mise à l'échelle et pérennisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Mise à l'échelle dépendante d'une allocation budgétaire ou d'un bailleur.</b></li> <li>→ <b>La pérennisation n'est possible que si le modèle est institutionnalisé dans le système de santé</b> (par exemple le poste d'ASC est établi et les effectifs payés par l'état).</li> </ul>



## Services mobiles

### Type de modèle de PPS

Gamme complète de services offerts dans une fourgonnette équipée, dans un centre satellite ou une tente.  
Les services sont offerts par des professionnels de la santé.

### Option pour élargir l'accès au moins à court et moyen terme.

<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Peut atteindre des communautés isolées.</li> <li>→ Peut avoir un <b>impact sur l'utilisation des services de contraception/PF et de dépistage.</b></li> </ul>
<b>Désavantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Peu d'intimité.</li> <li>→ Mélange les A&amp;J avec les adultes.</li> <li>→ Les cliniques mobiles ont souvent lieu durant les horaires scolaires.</li> <li>→ <b>Les cliniques mobiles ne retournent pas régulièrement dans la communauté.</b></li> <li>→ <b>Plus cher à mettre en œuvre.</b></li> </ul>
<b>Mise à l'échelle et pérennisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Peut être mis à échelle <b>si les ressources sont suffisantes et si les services font partie du système de santé existant</b> (ou si la mise à l'échelle est prise en charge par le secteur privé qui est en mesure de recouvrir une partie des coûts). <b>Mais les vastes ressources nécessaires réduisent le potentiel de pérennisation.</b></li> </ul>

## Infirmières scolaires/universitaires



Type de modèle  
de PPS

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

**Option pour élargir l'accès uniquement si un système d'infirmières scolaires/universitaires est déjà en place** (risque de ne pas être efficace du point de vue du coût, si tout est à créer).

<p><b>Avantages</b></p>	<p>→ <b>Moins de stigmatisation, plus de confidentialité.</b></p> <p>→ Gratuité des services.</p> <p>→ Plus facile de relier l'ECS aux services SSRAJ.</p>
<p><b>Désavantages</b></p>	<p>→ <b>Peu d'infirmières scolaires</b> opérationnelles.</p> <p>→ La plupart des programmes de santé scolaire ne sont <b>pas suffisamment financés.</b></p>
<p><b>Mise à l'échelle et pérennisation</b></p>	<p>→ <b>Mise à l'échelle dépendant du nombre et de la qualité des infrastructures et du personnel déjà en place.</b></p> <p>→ Ce modèle peut être pérenne <b>si institutionnalisé dans le système de santé et d'éducation, et si des ressources humaines et financières suffisantes sont allouées.</b></p>

## Service ou centre indépendant



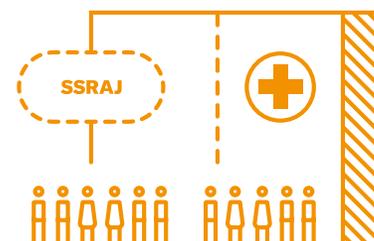
### Type de modèle de PPS

Consacré à la SSRAJ. Ce modèle est souvent utilisé par les ONG. Ce modèle comprend parfois des PE qui sont disponibles sur place, et qui font la promotion des services offerts.

### Option pour élargir l'accès à court et moyen terme.

<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Moins de stigmatisation, plus de confidentialité.</b></li> <li>→ Meilleure attitude et qualité des services offerts.</li> <li>→ Heures d'ouverture peuvent être adaptées.</li> <li>→ Les services sont <b>généralement gratuits</b> pour les A&amp;J.</li> </ul>
<b>Désavantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Rarement présent hors zone urbaine</b>, car il demande un volume élevé de fréquentation pour devenir rentable. Inégalité d'accès.</li> <li>→ <b>Trop cher à mettre en œuvre à l'échelle nationale.</b></li> </ul>
<b>Mise à l'échelle et pérennisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Demande beaucoup de ressources. Une fois le financement retiré, les services s'effondrent (ces installations sont souvent financées par des bailleurs).</li> <li>→ <b>Si le centre obtient des ressources (paiements pour services) et s'il est situé dans des zones urbaines avec une demande élevée, il peut être financièrement auto-suffisant.</b></li> </ul>

## Franchisage social



### Type de modèle de PPS

Une franchise sociale peut être un centre indépendant, un espace séparé et/ou intégré.

### Option pour élargir l'accès à court et moyen terme.

Peut être une option à long terme si financièrement pérenne.

### Avantages

- **Moins de stigmatisation, plus de confidentialité.**
- Heures d'ouverture peuvent être adaptées.
- Peut être relié à des produits de marketing social tels que les préservatifs.

### Désavantages

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

### Mise à l'échelle et pérennisation

- Ce modèle peut être complémentaire car il utilise souvent des infrastructures et des RHS déjà en place. Mais ces PPS sont **rarement dans des zones rurales ou à basse densité de population** et sont donc **difficiles à mettre à l'échelle nationale.**
- **Si le centre obtient des ressources (paiements pour services) et s'il est situé dans des zones urbaines avec une demande élevée, il peut être financièrement auto-suffisant.**

## Pharmacies



### Type de modèle de PPS

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

### Option pour élargir l'accès à court et moyen terme.

<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Services <b>rapides et relativement anonymes</b>.</li> <li>→ Services facilement accessibles (sauf en zone rurale).</li> </ul>
<b>Désavantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Offre de service limitée</b>.</li> <li>→ La <b>qualité est très variable</b> limitant l'efficacité et l'adéquation.</li> </ul>
<b>Mise à l'échelle et pérennisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ La capacité de mise à l'échelle <b>dépend de la couverture et de la solidité du réseau existant</b> et requiert un soutien constant au réseau.</li> <li>→ La rotation élevée et une grande mobilité/informalité dans le secteur pharmaceutique <b>rendant difficile la pérennisation</b>.</li> </ul>

## Centres de jeunes



### Type de modèle de PPS

Les centres de jeunes - des structures avec des espaces qui sont consacrés à des divertissements et/ou formation professionnelle, avec un espace où sont offerts des services cliniques, des conseils ou une référence vers d'autres services.

### A éviter.

<b>Avantages</b>	→ <b>Peuvent contribuer à l'autonomisation des A&amp;J.</b>
<b>Désavantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Peu efficace</b> pour augmenter l'utilisation des services de SSR.</li> <li>→ <b>Utilisation plus faible par les populations à plus haut risque</b> telles que les adolescents et surtout les adolescentes.</li> <li>→ <b>Coût total par service fourni très cher.</b></li> </ul>
<b>Mise à l'échelle et pérennisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Très difficile de mettre à l'échelle nationale.</b></li> <li>→ <b>Inefficace et coûteux.</b></li> <li>→ Si déjà en place, une discussion sur les possibilités de réaménagement pour d'autres fins est nécessaire.</li> </ul>

Une mise à l'échelle des services garantissant une certaine égalité d'accès ne sera possible qu'au travers d'une **combinaison de modèle adapté au contexte**. Étant donné la lenteur de mise en œuvre des différents modèles et la capacité limitée des structures de santé à offrir des services de SSRAJ de qualité dans nombre de pays, le plan d'action doit planifier pour le court, moyen et long terme.

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

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

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

1. Visite d'apprentissage au Mozambique ; développement d'un consensus ; élaboration d'une stratégie nationale de SSRAJ ; sélection de 20 sites pilotes ; et formation et mise en œuvre.
2. Documentation de l'expérience dans les sites pilotes ; élaboration d'un programme national de formation ; échanges d'apprentissage avec les sites pilotes ; essai de nouvelles composantes pour le paquet de services, et renforcement des capacités du gouvernement et d'autres parties prenantes.
3. Élaboration d'une nouvelle stratégie nationale sur la SAJ ; bureaux régionaux de santé responsables des services de SSRAJ.

### Results

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

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

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



## Créer la demande

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

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

### **Éducation Complète à la Sexualité**

L'Éducation Complète à la Sexualité (ECS) est un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur un programme portant sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. L'ECS vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances factuelles, de compétences, d'attitudes et de valeurs qui leur donneront les moyens de: s'épanouir – dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité ; développer des relations sociales et sexuelles respectueuses ; réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être et celui des autres ; et de comprendre leurs droits et les défendre tout au long de leur vie.<sup>10</sup> Une ECS de qualité permet l'acquisition de compétences telles que l'affirmation de soi, la communication, la négociation et le refus, et permet aux A&J de comprendre les normes sociales liées au genre et de ce fait commencer à combattre les violences basées sur le genre (VBG).

L'expérience globale démontre l'insuffisance d'une sensibilisation sur la SSR. Ce n'est qu'avec une ECS de qualité, liée à des services de SSRAJ, qu'un impact est appréciable. Il est donc essentiel d'élaborer et mettre en œuvre une ECS de qualité en et hors milieu scolaire, et d'intégrer une orientation vers les services de SSRAJ dans l'ECS soit durant les cours et les activités d'ECS soit en planifiant des activités conjointes entre les secteurs de la santé et de l'éducation. Pour plus de détails sur l'établissement et la mise à l'échelle d'une ECS de qualité veuillez-vous référer à la brochure et au rapport développés par UNFPA WCARO sur l'ECS.<sup>11</sup>



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

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

Les gouvernements et les Organisation de la Société Civile (OSC) utilisent de plus en plus les TIC pour atteindre les jeunes non seulement « physiquement » mais aussi au travers d'un « langage » qu'ils comprennent et dans lequel ils se reconnaissent. De plus, un grand nombre de pays de la région ont des lignes vertes (gratuites) soit sur la SSRAJ soit pour les enfants en détresse ou pour les VBG. Les lignes sont gérées par des conseillers ou automatisées.

## C'est la vie – un projet à l'échelle régionale



Le projet « C'est la Vie », une initiative de communication pour le changement de comportement portant sur la santé maternelle et infantile, la santé de la reproduction, la qualité des soins et les violences basées sur le genre, a été diffusée dans 44 pays de l'Afrique Sub-Saharienne. L'initiative consiste en une série télévisée d'éducation par le divertis-

sement et d'une campagne cross média sur les radios, les médias sociaux, l'internet et d'actions de communication communautaire. Des guides communautaires, un par épisode, sont ciblés sur des thématiques permettant l'animation de projections-débats communautaires, en milieu scolaire et sanitaire et peuvent également être utilisés dans le cadre d'émissions radio.

Des résultats préliminaires positifs incluent :

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

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

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

Les barrières socioculturelles et le fait que la sexualité soit considérée comme un sujet tabou rendent difficiles toutes discussions et tous débats sur la sexualité et peuvent créer des obstacles à l'accès et à l'utilisation des services de SSRAJ. Par conséquent, les informations véhiculées, entre autres par l'école, les parents, les amis, et les leaders religieux sur la sexualité sont souvent contradictoires. L'expérience globale démontre que la participation des tuteurs, parents, communautés, et leaders religieux dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes sur l'ECS et les services SSRAJ contribue significativement à surmonter les obstacles et à augmenter l'impact du programme.

Surmonter les obstacles socioculturels implique de mener à bien une campagne de communication pour le changement de comportements qui s'adresserait aux normes et attitudes sociétales négatives, ainsi qu'une campagne de sensibilisation des parents et de la communauté sur la SSRAJ. Les campagnes peuvent inclure l'utilisation de médias ainsi que des interventions plus personnelles telles que des activités au sein des écoles avec les parents, des activités pour améliorer la communication parents/enfants ; la formation des membres influents de la communauté en matière de plaidoyer et de communication sur la SSRAJ.



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

## Tchad

### l'Islam comme force positive pour la PF

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

Le projet avec le Conseil Supérieur des Affaires Islamiques continue et met en œuvre des symposiums/ateliers dans les régions pour sensibiliser les imams, les prédicatrices, et autres leaders religieux et communautaires. Le projet espère être mis à l'échelle nationale. Le plaidoyer envers les leaders religieux a eu d'autres impacts tels l'engagement solennel de 21 communautés pour l'abandon des mutilations génitales féminines et la promotion de l'initiation sans excision.

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

Augmenter l'utilisation de services de SSRAJ requiert aussi que l'information sur la gamme des services offerts, et l'accès à ces services, soient communiqués et que les obstacles socioculturels soient éliminés. Au niveau des Ministères de la Santé et de l'Éducation, des activités pour renforcer les liens entre les différents secteurs sont essentielles. L'information sur l'offre de services et la localisation desdits services peut être disséminée à travers différents canaux tels que les clubs scolaires ou via les TIC qui sont un mécanisme efficace et peu coûteux pour transmettre l'information.

L'objectif étant une orientation vers les Points de Prestation de Services adaptés aux A&J, le plus important est d'assurer que **toutes les interventions en SSRAJ identifient et communiquent les PPS les plus proches et les plus adaptés**. De plus des ONG/ OSC œuvrent pour créer des liens et réduire les obstacles, par exemple en mettant en place des systèmes de coupon pour accéder gratuitement à des services de santé ou à la provision d'un système de transport pour faciliter l'accès au centre de santé.

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

#### **Leadership et gestion du programme SSRAJ**

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

Un grand nombre de pays ont une division/unité/section sur la santé de l'adolescent, soit une unité plus spécifiquement axée sur la SSR des A&J. Bien que ces unités existent, elles sont pour la plupart assez faibles, ayant des ressources humaines et financières limitées et un positionnement qui ne leur permet pas de travailler facilement avec les autres sections du ministère, point essentiel pour assurer l'intégration des services de SSRAJ dans les structures de santé publiques.

### Contexte juridique et politique

Un contexte juridique et politique propice est essentiel pour une mise en œuvre et à échelle des services de SSRAJ. Une loi ou une politique nationale qui rend obligatoire la prestation (par les agents de santé) de services de SSRAJ sans restriction permet de justifier la mise en œuvre de ces services auprès des parents et tuteurs, et alloue la responsabilité pour leurs prestations. De plus, **cette loi/politique inscrira le droit des A&J aux services de SSRAJ**. Certaines lois peuvent entraver ou au contraire aider/assister dans la mise en œuvre telles celles sur l'âge légal du mariage ; l'âge de consentement et les exigences relatives à l'état civil pour un accès aux services de SSR ; et les restrictions sur la prestation de services aux jeunes adolescents de 10 à 14 ans.

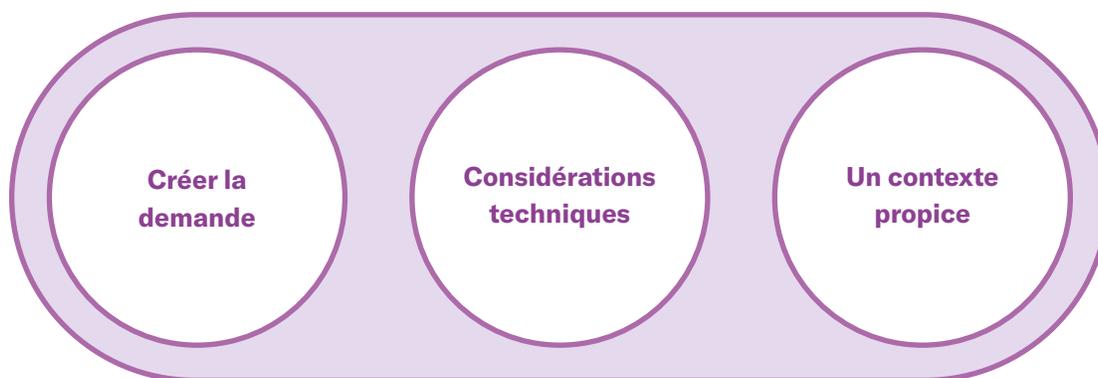
Le cadre juridique est souvent propice à une mise à l'échelle des services SSRAJ. Néanmoins, il existe un manque d'harmonisation entre la législation et la politique et une **insuffisance de la vulgarisation et de l'application des lois et des textes juridiques**. L'analyse de situation pour la mise en œuvre de services de SSRAJ devrait donc inclure un examen de l'environnement politique et juridique pour identifier les obstacles éventuels et les mesures correctives à y apporter, et le plan d'action devrait inclure la diffusion et l'application de lois et de politiques modifiées.

### Coordination et collaboration

La coordination et la collaboration intra et intersectorielles et avec les partenaires non gouvernementaux sont nécessaires à tous les niveaux : national, régional/district et opérationnel.

- ↪ Une intégration des services de SSRAJ requiert une collaboration et coordination au sein du Ministère de la Santé.
- ↪ Faciliter l'accès et l'utilisation des services de SSRAJ requiert une réponse multisectorielle, et donc une coordination et une collaboration entre les secteurs concernés tels que l'éducation, la jeunesse, le genre, l'action sociale, la justice, et avec diverses parties prenantes non gouvernementales.
- ↪ La coordination et la collaboration sont souvent les maillons faibles d'une mise à l'échelle, du fait de la complexité et du nombre de parties prenantes travaillant dans l'ECS et la SSRAJ. Le rôle spécifique de chaque intervenant doit donc être compris, et chacun tenu responsable pour son rôle. Cette situation peut être aggravée par le peu de compréhension du rôle de la coordination et le peu de capacité de coordination. De plus, **l'unité responsable n'a souvent ni l'autorité, le mandat, les ressources, la capacité ou les compétences requises pour mener la coordination**.

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



---

## Un rôle pour chaque acteur

La mise en œuvre et à échelle de services de SSRAJ n'est pas seulement la responsabilité des Ministères et des Organisations Non-Gouvernementales et des partenaires technique et financier qui les soutiennent. Les responsables politiques ; les leaders religieux et traditionnels ; les journalistes et autres médias ; les individus, les familles et les communautés ; et les A&J eux-mêmes ont un rôle important à jouer pour améliorer la qualité et l'accès aux services et créer la demande et un contexte propice.

Une mise à l'échelle de services de SSRAJ de qualité est un projet à long terme qui implique des changements institutionnels à tous les niveaux ainsi que des changements sociétaux. Tout plan de mise à l'échelle doit donc prendre en compte le court et le long terme. La difficulté de mise en œuvre ainsi que le temps nécessaire à une mise à l'échelle sont compensés par l'impact positif sur la santé et l'éducation de chaque adolescent et jeune, et de fait sur le développement de son pays.

## Notes

- 1 Bureau Régional Afrique de l'Ouest et du Centre (UNFPA WCARO). Transformer et Améliorer les Vies. Une Région Une Mission. Rapport Annuel 2015. UNFPA WCARO (2015).
- 2 Le présent rapport utilise la définition de l'ONU, pour qui la jeunesse correspond à la tranche d'âge de 10 à 24 ans ; les jeunes sont âgés de 15 à 24 ans et les adolescents de 10 à 19 ans.
- 3 Venkatraman Chandra-Mouli *et al.*, "Twenty years after International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights?", *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, S1eS6 (2015); Venkatraman Chandra-Mouli *et al.*, "What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices", *Global Health: Science and Practice*, vol. 3, No. 3 (2015), pp. 333-340; World Health Organization (WHO) and Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS), Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents (Geneva, WHO, 2015).
- 4 Russell M. Viner *et al.*, "Adolescence and the social determinants of health", *The Lancet*, vol. 379 (2012), pp. 1641-1652.
- 5 Chandra-Mouli *et al.* 2015. Venkatraman Chandra-Mouli and others, "Twenty years after International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights?", *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, S1eS6 (2015); Venkatraman Chandra-Mouli *et al.*, "What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices", *Global Health: Science and Practice*, vol.3, No. 3 (2015), pp. 333-340.
- 6 Venkatraman Chandra-Mouli and others, "What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices", *Global Health: Science and Practice*, vol.3, No. 3 (2015), pp. 333-340.
- 7 Venkatraman Chandra-Mouli and others, "What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices", *Global Health: Science and Practice*, vol.3, No. 3 (2015), pp. 333-340.
- 8 Services de Santé Sexuelle et Reproductive adaptés aux Adolescents et aux Jeunes. Éléments clés pour une mise en œuvre et mise à l'échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre. UNFPA WCARO, 2019.
- 9 Callie Simon *et al.*, *Sortir des sentiers battus : un outil décisionnel pour concevoir des services adaptés aux jeunes*. Washington, D.C., Evidence to Action Project and Pathfinder International, 2017.
- 10 Pour plus de détails sur les composantes essentielles d'une ECS veuillez-vous référer aux *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité. Une approche factuelle*. Édition révisée. UNESCO, 2018.
- 11 UNFPA WCARO 2018. L'Éducation Complète à la Sexualité - Données probantes et pratiques prometteuses en Afrique de l'Ouest et du Centre <https://wcaro.unfpa.org/en/publications/comprehensive-sexuality-educationkey-considerations-implementation-and-scaling-west-and>





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

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

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