USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

E2A EVIDENCE TO ACTION for Strengthened Reproductive Health

Pathfinder INTERNATIONAL

DÉCEMBRE 2019

Sénégal: Évaluation des services de santé reproductive adaptés aux adolescent(e)s/jeunes dans six régions

RAPPORT | E2A PROJECT

À propos de E2A

Le projet E2A (Evidence to Action Project) est un programme phare mondial de l'USAID qui vise à renforcer kes services de planification familiale et les prestations de services de santé reproductive de façon globale. Le projet vise à répondre aux besoins de soins de santé reproductive des filles, des femmes et des communautés mal desservies du monde entier en augmentant le soutien, en mettant à disposition des évidences et en accompagant le passage à l'échelle des meilleures pratiques qui améliorent les services de planification familiale. A travers un accord de coopération attribué en septembre 2011 par l'USAID, le projet E2A poursuivra ses activités jusqu'en septembre 2019. Le project E2A est coordonné par Pathfinder International en partenariat avec d'autres instutions telles qu'ExpandNet, IntraHealth International, et PATH.

Coordonnées

E2A Project
1015 15th Street NW
Suite 1100
Washington, DC 20005

Tel. 202-775-1977
Fax 202-775-1988
www.e2aproject.org

Cette publication a été rendue possible grâce au soutien du Bureau de la population et de la santé reproductive, du Bureau de la santé mondiale, de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), dans le cadre de l'accord N°AID-OAA-A-11-00024. Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence des États-Unis pour le Développement International.

Remerciements :

Le Projet Evidence to Action (E2A) tient à exprimer sa profonde reconnaissance à l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) pour avoir financé cette étude qui fait l'objet du présent rapport. Nous tenons également à remercier :

- Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale-MSAS, à travers la Division de la Santé de la Reproduction des Adolescents(e)s/Jeunes de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME),
- Les membres du Cadre de Concertation Multisectoriel-CCM,
- Les autorités régionales et ainsi que les représentants des services décentralisés (Inspections Médicales des Ecoles-IME,
- Les Equipes Cadres de région et District).

Le soutien important et la gestion apportés par la DSME et le CCM ont été essentiels pour mener à bien ce travail. A cet effet, les auteurs leur sont reconnaissants de leur contribution continue à toutes les étapes de cette évaluation. Nous reconnaissons et remercions aussi les directeurs et le personnel de Marie Stopes International (MSI) et de l'Association Sénégalaise pour le Bien-être Familial(ASBEF) pour leurs contributions importantes et ainsi que leur participation à l'étude. Nous voudrions aussi remercier le personnel de santé, les volontaires, les coordinateurs de programme, et les participants de la communauté pour leur temps et leurs efforts consentis lors de la phase de collecte des données, ce qui a permis de recueillir des informations capitales qui nous ont aidé à comprendre les défis et opportunités liés à l'offre de services de santé reproductive aux adolescent(e)s et aux jeunes au niveau des districts sélectionnés dans le cadre de cette étude menée au Sénégal.

Les auteurs du rapport d'évaluation des Services Adaptés aux Jeunes du Sénégal comprenaient: Dr. Gwendolyn Morgan, Directrice adjointe d' E2A, de Management Sciences for Health ; Mme Liliane Winograd, Conseillère technique en suivi, évaluation et apprentissage, Pathfinder International ; Mme Jessica Wallach, consultante indépendante ; Mme Kpedetin Oke, consultante indépendante ; M. Amadou Moreau, co-fondateur et vice-président de Global Research and Advocacy Group (Sénégal), Mme Katie Chau, consultante indépendante, et Mme Sarah Lewinger, Spécialiste en gestion des connaissances, de Pathfinder International.

Les auteurs et le projet E2A reconnaissent les contributions et les efforts de nos collègues du Global Action Research Group (GRAG), basé à Dakar, au Sénégal, dont M. Amadou Moreau, M. Moustapha Diagne, Mme. Mariétou Ndiaye, Dr Awa Coulibaly, M. Salif Camara et M. Serigne Abasse Ndiaye. L'équipe d'E2A adressent également sa profonde gratitude aux équipes de terrain qui ont collecté et transcrit les données. Ils ont travaillé avec diligence avec le GRAG pour explorer le statut de la SRAJ dans les districts sélectionnés.

Les auteurs sont également extrêmement reconnaissants à Mr. Babacar Mane, consultant indépendant, pour sa coordination, son expérience et ses contributions essentielles à l'évaluation des services de santé en matière de procréation adaptés aux adolescent(e)s / jeunes des six régions du Sénégal, et pour la rédaction du rapport final.

Par ailleurs, au sein de l'équipe du projet E2A, plusieurs personnes méritent une mention spéciale pour leur soutien aux différentes étapes de la recherche en ayant fourni un soutien technique ou administratif de taille lors de la mise en œuvre de l'étude. A cet effet, nos remerciements vont à l'endroit de : Mme Rita Badiani, directrice du projet E2A, de Pathfinder International ; Mr. Papa Fall, Directeur principal, chargé des finances et de l'administration, de Pathfinder International ; Dr. Eric Ramírez-Ferrero, Directeur Technique, Pathfinder International; et Dr Ginette Hounkanrin, Conseillère technique principal, chargée de la jeunesse, de Pathfinder International. Nous remercions également Mme Elizabeth

Williams, spécialiste en communication à E2A, de Pathfinder International, et Mme Ilayda Orankoy, de Pathfinder International. Leur soutien dans l'édition et la mise en forme du rapport final a été très appréciée.

Enfin, nous adressons nos remerciements à Mme Patricia MacDonald, conseillère technique principale PF / SR, et à Mme Cory Wornell, conseillère senior pour la jeunesse et la Santé Sexuelle et Reproductive, à l'USAID/Washington, pour leur soutien et leurs commentaires critiques lors de la conception et de l'élaboration du rapport final.

Citation suggérée :

Gwendolyn Morgan, Liliane Winograd, Jessica Wallach, Kpedetin Oke, Amadou Moreau, Katie Chau, et Sarah Lewinger, Sénégal : Evaluation des services de santé reproductive adaptés aux Adolescent(e)s/jeunes dans six régions. (Washington, DC : Evidence to Action Project, Avril 2019).

Table des matières

Table des matières 4

Acronymes 5

Résumé exécutif 6

Introduction 16

A. Contexte et justification 16

B. Contexte 17

C. Approches efficaces dans les programmes de SRAJ 21

D. L'approche du gouvernement sénégalais en matière de services de SR adaptés aux jeunes 22

Méthodologie 26

A. Buts et objectifs de l'évaluation 26

B. Régions sélectionnées pour l'évaluation et la justification 27

C. Composante de l'évaluation 28

D. Outils de collecte des données 36

E. Méthodes de collecte des données 37

F. Gestion et analyse des données 39

H. Limites de l'évaluation 40

Resultats de l'évaluation 43

A. Caractéristiques des PPS et des répondants 43

B. Identification des besoins en SR des adolescents et des jeunes dans les six régions 62

C. Mesure dans laquelle les centres de santé évalués dans les 6 régions répondent aux normes spécifiées dans le Plan stratégique national du Sénégal pour la SSRAJ (2014-2018) 117

Recommandations 203

Références 208

Annex 1. Bilan de la collecte dans les PPS des 12 districts 211

Acronymes

ASBEF	Association sénégalaise pour le bienêtre familial
ASC	Agent de santé communautaire
CDV	Dépistage et conseils voluntaire sur le VIH
CPN	Consultation prénatale
CPoN	Consultation postanale
CS	Centre de santé
CU	Contraception d'urgence
DD	Dividende démographique
DG	Discussion de groupe
DIU	Dispositif Intra-Utérin
E2A	Projet Evidence to Action
EA	Entretien approfondi
FS	Formation sanitaire
GS	Gouvernement du Sénégal
IEC	Information, Education and Communication
IST	Infections sexuellement transmissibles
LARC	Contraception réversible à longue durée d'action
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MSI	Marie Stopes International
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organization non-gouvernemental
PF	Planification familiale
PF/SR	Planification familiale et santé reproductive
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPS	Point de prestation de service
SAA	Soins après avortement
SAJ	Services adaptés aux jeunes
SMNI	Santé maternelle, néonatale, et infantile
SR	Santé reproductive
SRAJ	Santé reproductive des adolescent(e)s/ jeunes
SSAJ	Services de santé adaptés aux jeunes
TPC	Taux de prévalence contraceptive
UNFPA	Fonds des Nations unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus d'Immunodéficience humain
VBG	Violences basées sur le genre

Résumé exécutif

Au Sénégal, où plus de 60 % de la population a moins de 25 ans17, le gouvernement et la société civile ont mis en œuvre depuis le milieu des années 90 divers projets et programmes liés à la Santé Reproductive des Adolescent(e)/s et des jeunes (SRAJ) de 10-24 ans. Depuis les années 1990, la SRAJ est de plus en plus reconnue comme une priorité par le gouvernement sénégalais et la société civile. L'engagement politique en faveur de la SRAJ est attesté par la loi sénégalaise de 2005 sur la santé de la reproductive2, l'actuel Plan National de Développement Sanitaire-PNDS (2009-2018)3, les Politiques, Normes et Protocoles (PNP) nationaux en matière de santé reproductive4, le Plan stratégique national pour la santé reproductive (2011-2015)5, le Plan d'action national pour la planification familiale (2012-2015)6 et le Plan stratégique national pour la SSRAJ (2014-2018)7. Ces documents de politique mettent en exergue l'importance d'assurer l'accès à l'information et aux services de santé reproductive (SR) pour les adolescent(e)/s et les jeunes à travers une approche multisectorielle.

Si l'engagement politique a contribué à réaliser certains progrès, les adolescent(e)s/jeunes sénégalais rencontrent encore de nombreux problèmes liés à la SR. Par exemple :

- Au Sénégal, un tiers (33%) des femmes âgées de 20 à 24 ans étaient mariées avant l'âge de 18 ans, et plus d'une sur dix (12%) l'étaient avant l'âge de 15 ans.7
- Le taux de grossesse chez les adolescentes (15-19 ans) est de 78 pour 1000, avec un nombre particulièrement élevé de naissances chez les adolescentes des zones rurales. 1
- Seulement 3% des adolescentes mariées (15-19 ans) et 12% des jeunes femmes mariées (20-24 ans) utilisent une méthode de contraception moderne. 1
- Les besoin non satisfaits de contraception chez les jeunes femmes célibataires est de 70% et de 31% chez les jeunes femmes mariées. 8

L'actuel Plan stratégique national du Sénégal pour la SRAJ (2014-2018) énonce cinq normes de qualité de la performance reconnues comme essentielles pour répondre aux besoins des adolescents et des jeunes en matière de SR (décrites dans la section suivante). Cette évaluation met en évidence les forces et les faiblesses des services de SRAJ actuellement offerts, en évaluant dans quelle mesure les cinq normes de qualité des services de santé reproductive adaptés aux jeunes sont mises en œuvre sous différents angles (prestataires de services, pairs éducateurs, parents, jeunes qui utilisent la contraception, etc.). Cette étude a été menée dans six régions présentant les indicateurs de SRAJ les plus faibles au Sénégal, où des services adaptés aux jeunes sont ou ont été mis en place. En outre, cinq des six régions font également partie des régions de concentration prioritaires de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) (à l'exception de Kaolack), ce qui lui offre l'occasion de concentrer ses investissements pour avoir un impact significatif sur les facteurs clés de la mortalité infantile et maternelle, à savoir la PF/SR des adolescent(e)/s et des jeunes.

Bien que tous les services de santé reproductive soient inclus dans cette évaluation, elle se concentre davantage sur la planification familiale (PF), y compris les services de contraception et d'information pour les adolescents et les jeunes, car il s'agit du domaine d'expertise spécifique d'E2A et d'un domaine d'intérêt spécifique du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal (MSAS) et de l'USAID.

Les objectifs spécifiques de l'évaluation qui a été menée par le MSAS du Sénégal, le projet Evidence to Action for Strengthened Family Planning and Reproductive Health Services for Women and Girls (E2A)et le Global Research Action and Advocay Group (GRAG) basé à Dakar, à travers un financement de de l'USAID/Sénégal, étaient de :

1. identifier les facteurs qui facilitent ou entravent la qualité des services de santé adaptés aux jeunes (SSAJ) dans certains sites au Sénégal, y compris la mesure dans laquelle les normes nationales pour les SSAJ sont appliquées ;
2. évaluer les facteurs qui influencent l'adoption et l'utilisation des SSAJ par les adolescents et les jeunes, y compris l'accessibilité, l'acceptabilité et l'équité des services
3. examiner les caractéristiques des modèles SSAJ existants qui ont une influence sur une potentielle mise à l'échelle ; et
4. formuler des recommandations et des orientations pratiques pour l'opérationnalisation des composantes de la prestation de services du Plan stratégique national du Sénégal pour la SSRAJ (2014 – 2018)

Méthodologie

L'évaluation comportait deux volets : (1) une composante quantitative axée sur la couverture géographique des services de santé reproductive adaptés aux jeunes (SSAJ), y compris l'utilisation des SSAJ, le respect des normes et la satisfaction à l'égard des SSAJ fournis ; et (2) une composante qualitative axée sur une meilleure compréhension des facteurs facilitatant ou constituant des obstacles à l'adoption des SSAJ au Sénégal. La composante quantitative a été réalisée dans le cadre d'un recensement de tous les Points de Prestatation de Services (PPS) offrant des services de SRAJ dans 12 districts sanitaires, sélectionnés au hasard dans les six régions du Sénégal qui ont les indicateurs de SRAJ les plus faibles : le district sanitaire de Kédougou dans la région de Kédougou, les districts sanitaires de Dagana, Richard-Toll et Saint-Louis dans la région de Saint-Louis, les districts sanitaires de Kaolack et Nioro dans la région de Kaolack, les districts sanitaires de Kolda et Médina Yoro Foula dans la région de Kolda, ceux de Matam et Kanel dans la région de Matam, et les districts sanitaires de Sédhiou et Bounkiling dans la région de Sédhiou.

Le volet quantitatif a consisté en des entretiens avec :

1. 2 400 jeunes âgés de 10 à 24 ans vivant dans les zones desservies par les SAJ afin de déterminer leurs connaissances et leur utilisation des SSAJ ;
2. 180 clients âgés de 10 à 24 ans à leur sortie des PPS qui ont été évalués dans le cadre de l'étude afin de déterminer leur satisfaction à l'égard des services reçus;
3. 50 prestataires de services de santé pour déterminer leur formation professionnelle, la qualité et l'étendue des services qu'ils offrent, ainsi que les défis auxquels ils font face ;
4. 150 agents de santé communautaires (p. ex. agents de santé communautaire, relais ou "Bajenu Gox" – agents bénévoles de proximité parfois considérés comme des « marraines de quartier ») pour déterminer comment ils mènent des activités de proximité et offrent des services ; et
5. 23 membres du personnel de gestion des PPS/prestataires principaux des SSAJ sur les caractéristiques des PPS et la prestation des services, y compris un examen des statistiques de service cdes 12 mois précédant l'évaluation afin d'évaluer l'utilisation des SSAJ.

Pour le volet qualitatif, des discussions de groupe ont été menées avec deux groupes de répondants : les pairs éducateurs dans la communauté (18 DG) et les parents des jeunes (24 DG). Des DG ont été menées dans les six régions, en milieu urbain et en milieu rural, auprès des hommes (pères) et des femmes (mères). Chaque DG était composée de huit à dix personnes et les discussions étaient animées par des personnes formées qui utilisaient des guides d'entretien pré-testés. Les participants aux DG ont été recrutés par des agents de collecte de données sur la base de de critères liés à l'âge et au sexe.

Des entretiens approfondis ont également été menées dans le cadre du volet qualitatif. Les entretiens avec 36 leaders communautaires ont permis de mieux comprendre leur perception des jeunes, en particulier en matière de SR. En outre, des entretiens avec 12 points focaux de SSR de district et 30 membres d'organisations de la société civile ont permis de déterminer le respect des normes des SSAJ, ainsi que les succès et les obstacles à la mise en œuvre des SSAJ. Enfin, 36 jeunes femmes de la communauté, mariées ou non mariées, ont été interrogées sur leurs expériences d'accès aux services de PF et d'utilisation des méthodes contraceptives qu'elles préféraient – celles-ci incluaient la pilule, les implants, les injectables et le DIU.

Principaux résultats

Les principaux résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous, organisés en fonction des normes (Normes 1-5) identifiées dans le Plan stratégique national pour la SRAJ du Sénégal (2014-2018). Ces résultats sont représentent en chiffres globaux, pourcentage ou à travers des constatations qualitatives tirées parmi les populations interrogées au niveau des six régions. Dans la plupart des résultats, il y avait, cependant, quelques variations selon les régions. Ces variations figurent dans le rapport complet.

Norme 1 : Au niveau des PPS, chaque adolescent ou jeune, quelles que soient les circonstances, a accès à des informations et à des conseils adaptés à son état de santé, à son développement et à ses droits.

- Les 23 PPS des six régions avaient au moins un prestataire formé aux services de conseil en SR pour offrir des informations et un soutien aux adolescents et aux jeunes. Environ la moitié des 23 PPS évalués avaient : au moins deux prestataires formés au conseil et à la prestation de services de PF/SR adaptés aux jeunes (16 PPS), avaient au moins deux matériels d'information, d'éducation et de communication (IEC) spécifiques aux jeunes dans les salles d'attente (15), et avaient un panneau publicitaire sur les SSAJ dans les PPS (12).
- Seulement deux PPS ont indiqué qu'ils avaient un programme qui travaillait avec les ASC/relais/ BG/matrones pour mener des activités communautaires de sensibilisation auprès des adolescents et des jeunes. Ces deux PPS ont rapporté avoir travaillé avec un total de 32 agents de santé communautaires (ASC/Relais, etc.) formés à la SRAJ.
- La connaissance et l'utilisation des SSAJ sont faibles dans ces six régions du Sénégal, avec moins d'un cinquième (17%) des jeunes de la communauté ayant répondu à l'enquête et ayant déclaré avoir entendu parler des SSAJ et 12% ayant déclaré avoir déjà utilisé les SSAJ. De nombreux parents et leaders communautaires qui ont participé à l'évaluation qualitative avaient également une connaissance limitée des services de SR offerts aux jeunes.

- Interrogés sur les principaux services recherchés par les adolescents et les jeunes, les responsables des programmes de SSR interrogés (coordinateurs/points focaux de la SSR de district et personnel des organisations communautaires ou internationales) avaient tendance à mentionner la PF, le dépistage des IST, les visites prénatales et la prise en charge des douleurs menstruelles. Dans certaines régions, ces répondants ont indiqué que les adolescents et les jeunes évitaient souvent les services de santé, même en cas de maladie grave, ce qui confirme les constats tirés chez les adultes interrogés dans la communauté.
- Dans les entretiens approfondis (EA), les jeunes femmes n'ont pas toujours compris les protections et les effets secondaires associés à la méthode de PF choisie. Plusieurs personnes qui ont participé aux DG ou aux EA, y compris les parents et les dirigeants communautaires, ont exprimé la conviction que l'utilisation des produits de PF pouvait conduire à l'infertilité.
- Les participants des six régions, essentiellement rurales, qui ont pris part à l'évaluation qualitative ont déclaré qu'il était difficile d'accéder aux PPS offrant les SSAJ en raison de l'éloignement géographique. Le coût du transport, des services en particulier des ordonnances (pour obtenir des méthodes en pharmacie) ont été identifiés comme des obstacles à l'accès aux services de SRAJ.

Norme 2 : Chaque point de prestation de services est organisé de façon à offrir à chaque adolescent et jeune des services de qualité adaptés à ses besoins.

- Presque tous (21 sur les 23 PPS évalués) ont offert des conseils sur les problèmes de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents/jeunes, et la plupart ont offert des diagnostics, des traitements et des conseils pour la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) aux adolescents et aux jeunes. Parmi les PPS évalués, 19 ont indiqué qu'ils disposaient d'un système de référence fonctionnel en coordination avec d'autres PPS offrant des services de SR et d'autres services sociaux, et 18 PPS ont déclaré offrir des services de PF, des conseils et au moins une méthode contraceptive (toute méthode, y compris les préservatifs masculins) pour les adolescents et les jeunes.
- Cependant, les infrastructures nécessaires pour offrir ces services n'étaient présentes que dans un peu plus de la moitié des PPS évalués : 14 PPS disposaient de l'eau, de l'électricité, de toilettes, de boîtes de sécurité pour conserver les objets tranchants et des équipements et fournitures nécessaires à une stérilisation appropriée du matériel. En outre, 14 PPS n'avaient connu aucune rupture de stock de produits de PF au cours des trois derniers mois, quelle que soit la méthode habituellement offerte dans le PPS. Seulement neuf PPS avaient une salle de consultation accueillante et propre, respectant les normes de vie privée et de confidentialité pour la prise en charge des adolescents et des jeunes.
- Moins de la moitié (10 sur 23) des PPS ont déclaré avoir un document sur les politiques, normes et protocoles en matière de SRAJ ou ont déclaré avoir au moins un prestataire formé qui pourrait offrir toutes les méthodes contraceptives (injectables, pose et retrait de DIU, implants, etc.).
- Moins d'un tiers (7) des PPS évalués disposaient d'un espace (coin) jeune équipé pour adolescents/jeunes, et seulement six PPS ont déclaré offrir une gamme complète de méthodes contraceptives (y compris la contraception d'urgence (CU) et les méthodes réversibles à longue durée d'action) pour adolescents/jeunes.

- Peu de PPS (4) offraient des soins prénatals, des services d'accouchement ou de soins post-postnatalsaux adolescentes/jeunes mères et à leurs nouveau-nés.
- Le manque d'intimité est l'un des obstacles les plus sérieux à l'accès des adolescent(e)s et des jeunes aux services de SR. En raison des tabous qui entourent la sexualité précoce et les grossesses hors mariage, les adolescent(e)s et les jeunes avaient peur d'être vus en visite dans un PPS, de peur que les membres de la communauté ne concluent qu'ils cherchaient un service de PF ou des soins pour une grossesse.
- Presque tous les PPS (22) ont indiqué que leurs heures d'ouverture (généralement de 8 h à 18 h, du lundi au vendredi) étaient pratiques pour les adolescents et les jeunes clients. Cependant, les participants à l'évaluation qualitative dans les six régions étaient généralement d'accord pour dire que les heures d'ouverture des PPS offrant des SSAJ n'étaient pas adaptées aux adolescents et aux jeunes ; elles interféraient avec les heures de présence à l'école et exacerbaient les préoccupations des jeunes concernant la protection de leur vie privée.
- Selon les participants à l'évaluation qualitative, les ruptures de stocks de produits de PF et d'autres médicaments ont été signalées comme un problème dans certaines régions, bien qu'il semble qu'un nouveau programme ait fait quelques progrès pour réduire l'incidence des ruptures de stocks.
- Les participants à l'évaluation qualitative ont eu tendance à identifier les jeunes sans éducation formelle, les jeunes non scolarisés et ceux vivant dans des zones particulièrement rurales ou isolées comme ceux ayant le plus de difficultés pour accéder aux services de SR.

Norme 3 : Tous les prestataires ont les connaissances, les compétences et les attitudes positives (requises) pour offrir des services adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes.

- Au cours des entretiens d'audit du PPS, un (1) centre de santé (CS) à Kaolack a rapporté avoir 25 personnels de santé qualifiés (médecins, infirmières-sages-femmes et infirmières) qui ont été formés pour offrir des services de SR et des conseils aux adolescent(e)s/jeunes ; ce même PPS a également rapporté avoir 11 personnels de soutien (sécurité, caissier, personnel de nettoyage, etc.) qui ont été informés de la SRAJ. Les 22 autres PPS ont indiqué qu'ils disposaient d'un total de 32 personnes qualifiées capables de fournir des services de SR et des conseils aux adolescents et aux jeunes ; aucun de ces 22 PPS n'a déclaré avoir du personnel de soutien qui avait été orienté sur la santé reproductive des adolescents.
- Parmi les 50 prestataires interrogés, près des trois quarts d'entre eux (72 %, soit 36) ont déclaré avoir reçu une formation de base ou une formation continue dans les domaines du counseling en matière de SRAJ, du diagnostic/traitement ou de la prévention des IST.
- Environ les deux tiers des prestataires interrogés (64 % ou 32) ont déclaré avoir reçu une formation de base ou continue en matière de conseil et de dépistage confidentiels du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) pour les adolescent(e)s/jeunes, et une formation de base ou continue pour offrir un soutien et des soins complets pour les Violences Basées sur le Genre-VBG (62 %, 31 prestataires).
- Moins de la moitié des prestataires interrogés (24 sur 50, soit 48 %) ont déclaré avoir reçu une formation de base ou continue pour prendre en charge et assurer le counseling des adolescentes/jeunes clientes sur les effets secondaires de la contraception. Seulement un tiers

des prestataires (32 %) ont déclaré avoir reçu une formation de base ou continue pour offrir la gamme complète de méthodes contraceptives, y compris la contraception d'urgence.

- Seulement quelques prestataires (14 %) ont déclaré avoir reçu une formation de base ou continue pour offrir des services pour la Consultation prénatale (CPN), l'accouchement ou de Consultation Postanale (CPoN) postnataux aux mères.
- Dans les six régions, les responsables des programmes de SSR qui ont participé à l'évaluation qualitative étaient à peu près également divisés sur la question de savoir s'ils avaient reçu une formation spécifique sur les questions de SSR liées à la prestation de services aux adolescent(e)s et aux jeunes. Cependant, la plupart de ces responsables de programmes de SSR ont démontré une bonne compréhension des besoins et préoccupations spécifiques des adolescent(e)s et des jeunes en matière de SSR.
- Les clients interrogés avant leur sortie des PPS visités ont évalué presque tous positivement les indicateurs liés aux interactions avec les prestataires de services urs, à l'information reçue, au traitement, à la protection de leur vie privée et à le respect de la confidentialité à plus de 90 %. Presque tous les clients (99,4 %) ont estimé avoir été « bien » ou « très bien » traités par le prestataire durant la visite.
- Tous les prestataires interrogés au niveau des PPS ainsi que la plupart des gestionnaires de programmes de SSR qui ont participé à l'évaluation qualitative ont clairement indiqué qu'ils ne demandaient généralement pas l'autorisation des parents pour prendre en charge les adolescent(e)/s et les jeunes. La plupart ont dit qu'il n'y avait pas d'âge minimum pour accéder aux services de SR dans la pratique ; certaines ont vu des filles enceintes âgées de 12 ou 13 ans seulement.
- Bien que bon nombre de responsables de programmes de SSR interrogés avaient généralement des commentaires positifs sur les attitudes, les compétences et les comportements des prestataires de services, certains responsables de programmes de SSR ont noté que les prestataires de services portaient un jugement moralisateur sur les adolescent(e)/s et les jeunes qui s'adressaient à eux pour des services de SR, ou même des ragots à leur sujet. Des préoccupations au sujet du professionnalisme des prestataires à l'égard des adolescent(e)s et des jeunes ont également été exprimées par divers participants non-prestataires dans l'évaluation qualitative, dont la plupart se sont souvent plaints que les prestataires de services étaient lunatiques et capricieux, fatigués, critiques et ne respectaient pas la vie privée et la confidentialité des clients.
- Environ 70 % (28) des prestataires de services interrogés ont mentionné qu'il était important de préserver la confidentialité des clients lorsqu'ils offrent des conseils et des services de PF aux jeunes. Certains participants à l'évaluation qualitative ont indiqué qu'on ne pouvait pas faire toujours confiance aux prestataires de services quant à la préservation de la confidentialité de leurs clients.

Norme 4 : Les membres de la communauté, y compris les adolescents et les jeunes, facilitent la mise en œuvre et l'utilisation des services de santé par les adolescents et les jeunes.

- La plupart des PPS (78 % ou 18) ont déclaré avoir une liste actualisée des organisations partenaires qui fournissent un soutien communautaire pour accroître l'utilisation des services par les adolescent(e)s et les jeunes, et 16 de ces PPS ont déclaré avoir un plan d'actions pour les stratégies avancées au niveau communautaire . Cependant, au cours des trois mois précédant l'évaluation, moins de la moitié des PPS (10) ont mené des stratégies avancées (menées par des prestataires ou par des ASC/Relais/Bajenu gox) pour sensibiliser et informer les jeunes, les parents, les organisations communautaires de base, les écoles, etc. sur l'importance de l'offre de service de santé aux adolescent(e)s et aux jeunes.
- Comme mentionné sous Norme 1, seulement deux (2) PPS ont rapporté avoir travaillé avec 32 ASC/relais/BG/matrones qui avaient été formés pour mener des activités communautaires de sensibilisation en SR pour les adolescent(e)s et les jeunes. Les PPS ont plus souvent déclaré travailler avec des pairs éducateurs : 11 PPS ont déclaré avoir formé et supervisé des pairs éducateurs adolescent(e)s/jeunes. Ces PPS ont déclaré avoir travaillé avec 403 pairs éducateurs formés à la SRAJ dans les six régions.
- L'évaluation a inclus 150 entretiens quantitatifs auprès des ASC/relais, bien que la plupart de ces agents de santé communautaire n'aient pas été rattachés aux PPS évalués et inclus dans cette étude. De ce nombre, 119 ASC/relais ont déclaré avoir réalisé 8 734 activités promotionnelles communautaires sur la SRAJ au cours des 12 derniers mois, touchant 30 283 adolescents/jeunes. Bien que ces chiffres n'aient pas pu être validés dans les PPS qui ont supervisé les ASC/relais interrogés, il est clair qu'il y a un certain de stratégies avancées au niveau communautaire en ce qui concerne la la sensibilisation sur la SRAJ.
- Les participants à l'évaluation qualitative dans les six régions avaient des points de vue partagés sur la question de savoir si les prestataires de services de santé s'engageaient efficacement auprès des communautés. Alors que certains ont mentionné que les prestataires de services coordonnaient leur action avec les organisations locales ou s'engageaient dans des campagnes de sensibilisation (essentiellement autour de questions autres que la santé reproductive, comme les vaccinations), d'autres ont affirmé que les prestataires de services ne parlaient pas correctement avec les jeunes ou les communautés, ni ne les éduquaient correctement, en particulier sur les questions de SR et les endroits vers lesquels les adolescent(e)s et les jeunes pouvaient se rendre pour obtenir des services.
- Les Bajenu gox était souvent parmi les premières (et parfois les seules) ressources non-prestataires citées par les participants lors de l'évaluation qualitative lorsqu'on leur a demandé si la communauté bénéficiait d'activités de sensibilisation liées à la SRAJ ou de services fournis par des acteurs autres que ceux directement liés aux PPS. Bien que leur travail ait été reconnu comme contribuant à l'éducation des communautés, à l'offre de services de base et à la référence, et surtout comme une source importante d'information, de nombreux bajenu gox n'ont pas reçu de formation, et certains des conseils et services qu'elles offraient ne répondaient pas aux normes auxquelles l'on devrait s'attendre d'un prestataire de service qualifié (en référence aux connaissances acquises).
- Dans les six régions, les participants à l'évaluation qualitative ont cité de nombreuses OSC locales, ainsi que plusieurs organisations non gouvernementales (ONG) et projets

internationaux qui étaient engagés dans le domaine de la SRAJ – beaucoup d'entre eux en coordination avec d'autres organisations, les autorités au niveau décentralisé (district) ou national, et/ou avec le système de santé. Les organisations les plus souvent mentionnées par les participants sont Enda (dont Enda Santé), Marie Stopes International (MSI), TOSTAN, la Croix-Rouge et le projet Neema.

- Les répondants des OSC connaissaient bien le paquet de services offerts aux adolescent(e)s et aux jeunes.
- Les pairs éducateurs ont servi de ressource pour l'éducation et l'orientation en SR des adolescents et des jeunes, tandis que la radio était une source importante d'information sur la SRAJ.

Norme 5 : Le système de gestion des services de santé prend en compte de manière appropriée les aspects liés à la SR des adolescents et des jeunes.

- Tous les (23) les PPS évalués ont déclaré avoir des registres ou d'autres systèmes en place pour collecter les données sur l'utilisation des services. Toutefois, seuls 13 PPS ont déclaré envoyer des rapports réguliers (trimestriels ou mensuels) aux districts sanitaires, y compris des données sur l'utilisation de services spécifiques par les adolescent(e)s/jeunes. Douze de ces PPS ont déclaré utiliser les données sur la prestation de services pour planifier les services et mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité de ces services.
- Les responsables des programmes de SSR ont signalé qu'ils recueillaient systématiquement des données sur l'offre de services et qu'ils procédaient à des revues régulières des données pour améliorer la qualité de l'offre de services.
- Environ les deux tiers (15) des PPS évalués ont déclaré disposer d'un système de supervision fonctionnel ou d'un autre système d'assurance-qualité pour améliorer la performance des prestataires.
- Les participants à l'évaluation qualitative de la SRAJ ont noté que des structures formelles de supervision étaient en place dans les six régions, bien que cela n'ait pas toujours été décrit comme efficace.

Recommandations

- Élaborer des stratégies appropriées **pour faire connaître les SSAJ**, en particulier dans les zones géographiques desservies, prenant en compte le paquet de services offerts, les avantages de ces services et les bénéficiaires ciblés.
- Promouvoir un **changement dans les normes sociales concernant la communication sur la santé et les droits reproductifs** en créant des opportunités pour stimuler la communication en SR parmi les familles, les groupes de jeunes pairs, les écoles, les mosquées et les milieux communautaires. L'éducation des parents à la PF/SR et l'éducation à la vie familiale dans les écoles et les mosquées sont des stratégies efficaces pour promouvoir la communication familiale et accroître les connaissances.
- Promouvoir **le maintien des filles à l'école**. Non seulement cela peut améliorer leur sécurité et leur capacité d'agir sur le plan financier, mais cela peut aussi contribuer à réduire les mariages et les grossesses précoces, qui mettent en danger la santé et l'avenir des jeunes femmes au Sénégal.

- **Accroître l'accès des jeunes à toute la gamme des options contraceptives**, tant dans le cadre des PPS que dans la communauté.
    - Le défi de la distance peut être relevé en partie en amenant les services là où vivent les jeunes. Les adolescents devraient participer activement aux efforts de programmation et de sensibilisation, notamment à la distribution de préservatifs et d'autres contraceptifs autorisés par les politiques publiques.
    - Il est possible d'accroître la capacité et la volonté des prestataires de services d'offrir des conseils sur un plus large éventail de méthodes par une formation et une sensibilisation périodiques visant à dissiper les idées fausses concernant l'utilisation de diverses méthodes contraceptives par les adolescents mariés et célibataires.
    - Utiliser les pairs éducateurs, les ASC/relais, les ONG et les médias (radio) existants pour faire la promotion de la santé afin de sensibiliser les gens aux différentes options contraceptives et de réduire les mythes et les idées fausses qu'ont les adolescent(e)s et leurs parents. Diverses stratégies peuvent être utilisées, y compris les visites à domicile, WhatsApp, Click Info Ado, les sketches et les discussions.
    - Offrir une formation aux pairs éducateurs et aux Bajenu gox pour contrecarrer les idées fausses, améliorer leurs compétences en counseling et sur la référence et, en général, pour mieux répondre aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes.
    - Continuer à soutenir les efforts visant à renforcer la disponibilité des contraceptifs et d'autres produits relatifs aux SSAJ.
- Les PPS **devraient tirer profit des opportunités pour étendre les SSAJ et l'éducation des communautés** en faisant un usage cohérent des ASC/relais, des pairs éducateurs, des leaders communautaires et des ONG. Ces relations ne doivent pas être laissées au hasard ; elles doivent être planifiées, mises en œuvre, suivies et adaptées en fonction de l'évolution des circonstances. Étant donné que la plupart des activités de sensibilisation de la SRAJ sont menées au niveau communautaire par des prestataires qui ne sont pas affiliés à des PPS définis, il est important que les coordinateurs de district veillent à la cohérence des messages, à la qualité de la formation (et du recyclage) et à la supervision régulière du personnel de sensibilisation. Cela est particulièrement important dans les zones desservies par le PPS et les communautés où il y a un deficit de personnel de santé pour assurer la sensibilisation.
- Prendre des mesures, en tenant compte des ressources disponibles, pour organiser les services afin de promouvoir la protection de la vie privée des jeunes tout au long de leur visite sur un site de SSAJ – depuis les files d'attente jusqu'à l'offre de services elle-même. Veiller à ce que les campagnes de sensibilisation sur les services mettent l'accent sur la confidentialité et le respect de la vie privée. Lorsque les services ne peuvent pas être réorganisés pour offrir aux adolescent(e)s et aux jeunes un accès plus privé aux services, envisager d'autres approches créatives, comme des heures d'ouverture pendant lesquelles les services ne sont offerts qu'aux adolescents et aux jeunes, offrir une salle d'attente ou une entrée/sortie séparée, faciliter le respect de la vie privée et l'accès par téléphone et/ou veiller à ce que les noms ou détails des rendez-vous chez le médecin ne soient pas révélés dans les salles d'attente ou dans un endroit où des personnes pourraient entendre par hasard.
- **Sensibiliser les jeunes sur leur droit à des services de santé de qualité**. Impliquer les jeunes dans les mécanismes de suivi et d'amélioration des PPS et des services de santé communautaires.

- **Assurer la cohérence de la formation que reçoivent les prestataires de SSAJ** et veiller à ce qu'elle soit complète et couvre tous les services essentiels décrits dans le Plan stratégique national pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et des jeunes. Une partie de la formation devrait également comprendre des exercices de clarification des valeurs afin de promouvoir des soins non biaisés et respectueux.
- **Mettre en œuvre de manière cohérente un système d'assurance de la qualité en PF et en SSAJ** pour améliorer la qualité et l'adéquation des services cliniques et communautaires aux besoins des adolescents et des jeunes. Dans ce contexte, appuyer les prestataires de services les ASC/relais à travers une supervision régulière et prévisible axée spécifiquement sur les adolescents et les jeunes.

Introduction

A. Contexte et justification

Il persiste encore dans les pays en développement un besoin non satisfait de services de santé reproductive adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes (SRAJ), étant donné que les jeunes sexuellement actifs ont du mal à obtenir des informations sur la santé , sur les contraceptifs, sur les tests, etc. 9-10 Il peut être difficile de mettre en œuvre de façon efficace des services adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes parce que la plupart des sociétés désapprouvent les rapports sexuels avant le mariage, et, aussi du fait que les adolescentes mariées ne sont souvent plus considérées comme des « jeunes » et subissent souvent une pression sociale intense pour prouver leur fertilité en tombant enceintes. Les adolescent(e)s et les jeunes célibataires des pays en développement hésitent souvent à recourir aux services de santé reproductive par crainte d'être identifiés dans une clinique et d'être ensuite exposés à leur communauté comme sexuellement actifs.10,12 En outre, les adolescents et les jeunes mariés, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes, subissent souvent des pressions pour avoir des enfants très tôt et sont donc victimes de discrimination dans l'accès aux services de planification familiale (PF). Il est nécessaire que les prestataires de services de santé soient formés non seulement pour être à l'aise lorsqu'ils parlent aux adolescent(e)s et aux jeunes mariés et célibataires au sujet de leurs besoins spécifiques sans porter de jugement, mais aussi pour qu'ils soient sensibilisés sur l'importance de respecter leur confidentialité.10-12

Outre les préoccupations relatives à leur vie privée, les recherches sur l'accès des adolescent(e)s et des jeunes aux services de SR ont révélé d'autres obstacles. Ces obstacles comprennent les programmes scolaires chargés des adolescents et des jeunes pendant la semaine, le manque de moyen de transport et le manque de revenu pour avoir accès au transport et aux services. Les cliniques qui sont difficiles d'accès, qui n'ont pas d'horaires flexibles et qui offrent des services coûteux peuvent ne pas répondre aux besoins de la plupart des adolescent(e)s et des jeunes.10,12-16 Étant donné que les adolescent(e)s et les jeunes peuvent hésiter à recourir eux-mêmes aux services de SR, les chercheurs soutiennent que les approches intégrées devraient être utilisées ; en plus de rendre les cliniques plus conviviales pour les adolescents et les jeunes, il est bénéfique d'organiser les efforts de sensibilisation au niveau communautaire et de diffuser l'information relative à la SR dans les programmes scolaires et les médias populaires.9,12,14

Au Sénégal où près des deux tiers (63%) de la population a moins de 25 ans17, le gouvernement et la société civile ont mis en œuvre divers projets et programmes de santé reproductive des adolescent(e)s et des jeunes (SRAJ) dès le milieu des années 90 pour les jeunes de 10 à 24 ans. Depuis les années 1990, la santé reproductive des adolescents et des jeunes (SRAJ) est de plus en plus reconnue comme une priorité pour le gouvernement sénégalais et la société civile. L'engagement politique en faveur de la SRAJ est attesté par la loi sénégalaise de 2005 sur la santé reproductive2, par l'actuel Plan National de Développement Sanitatire er Social -PNDSS (2009-2018)3, par les Politiques, Normes et Protocoles nationaux en matière de santé reproductive4, par le Plan stratégique national de santé reproductive (2011-2015)5, par le Plan d'action national pour la planification familiale (2012-2015) 6 et par le Plan stratégique national du Sénégal pour la SSRAJ (2014-2018)7. Ces documents de politique soulignent l'importance d'assurer l'accès des adolescent(e)s et des jeunes à l'information et aux services en matière de SR à travers une approche multisectorielle.

Bien que l'engagement politique ait contribué à certains progrès, les jeunes au Sénégal rencontrent encore de nombreux problèmes liés à la SR. Le Plan stratégique national du Sénégal pour le SSRAJ (2014-2018)7 a défini cinq normes de qualité de la performance reconnues comme essentielles pour répondre aux besoins en SR des adolescent(e)s et des jeunes (décrites dans la section suivante). Cette

évaluation met en évidence les forces et les faiblesses des SSAJ dans les zones mal desservies du Sénégal, en estimant dans quelle mesure ces cinq normes de qualité des services de SR adaptés aux jeunes sont respectées, sous différents angles (prestataires de services, pairs éducateurs, parents, jeunes utilisant la contraception, etc…). Cette étude a été menée dans six régions du Sénégal où les indicateurs relatifs à la SRAJ sont les plus bas et où les services adaptés aux jeunes sont en train d'être mis en œuvre ou l'ont déjà été. En outre, cinq des six régions font également partie des régions prioritaires de concentration de l'USAID (à l'exception de Kaolack), ce qui offre l'opportunité de concentrer ses investissements pour avoir un impact significatif sur les principaux facteurs associés à la mortalité infantile et maternelle, y compris la PF/SR des adolescent(e)s et des jeunes. Bien que tous les services soient généralement inclus dans cette évaluation, celle-ci se concentre plus particulièrement sur la PF, les services contraceptifs et les informations destinées aux adolescent(e)s et aux jeunes, étant donné qu'il s'agit du domaine d'expertise spécifique d'E2A et d'un domaine d'intérêt spécifique du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) du Sénégal et de l'USAID.

Les objectifs spécifiques de l'évaluation, réalisée par le projet E2A à travers un financement de l'USAID/Washington, en collaboration avec le Global Research Action Group (GRAG), basé à Dakar, et la mission de l'USAID au Sénégal, étaient de :

1. Identifier les facteurs qui facilitent ou entravent la qualité des services conviviaux pour les adolescent(e)s/jeunes dans les sites sélectionnés au Sénégal, y compris la mesure dans laquelle les normes nationales relatifs à ces services conviviaux sont respectées ;
2. Évaluer les facteurs qui influencent la fréquentation et l'utilisation de ces services conviviaux par les adolescent(e)s et les jeunes, notamment l'accessibilité, l'acceptabilité et l'équité des services ;
3. Examiner les caractéristiques des modèles existants de services conviviaux pour les adolescent(e)s/jeunes qui ont un potentiel pour un passage à l'échelle; et
4. Formuler des recommandations et des orientations pratiques pour l'opérationnalisation des composantes de la prestation de services du Plan stratégique national du Sénégal pour la SRAJ (2014-2018).[7]

B. Contexte

Au Sénégal, comme dans de nombreux pays à travers le monde ayant des taux de fécondité élevés et connaissant « une augmentation accrue » de la population jeune, les adolescent(e)s et les jeunes représentent la majorité de la population. D'après l'Enquête Démographique et de Santé-EDS de 2016, 63% de la population sénégalaise a moins de 25 ans et 48% a moins de 15 ans.[17] Dans les zones rurales, la proportion de la population âgée de moins de 15 ans est plus élevée que dans les zones urbaines (50% contre 38%). Alors qu'une grande partie de la population du pays est concentrée à Dakar (23,2%) et à Thiès (13,3%), 63,5% de la population vit en dehors de ces deux villes les plus peuplées. Le pays se répartit presque également entre une population rurale (50,9%) et une population urbaine (49,1%).
Le Sénégal est composé de trois groupes ethniques prédominants : les wolof (42,3%), les pular (28%) et les serer (15,6%). Les autres groupes ethniques minoritaires comprennent les mandingues (5,2 %), les jola (3,1 %) et les soninkés (0,7 %). Le Sénégal est un pays majoritairement musulman (96,2%), avec une petite minorité qui s'identifie comme chrétienne (3,4%), et une petite minorité pratiquant des religions traditionnelles indigènes (0,3%). En terme de répartition géographique, 40,2% de la population vit dans la partie Ouest (où se trouvent Dakar et Thiès), 27,7% au Centre, 17,3% au Nord et 14,8% au Sud.[17]

Les sénégalais résidant en zones urbaine sont plus susceptibles d'avoir une éducation formelle que ceux vivant dans les zones rurales. Dans ces zones rurales, 67,4% des femmes âgées de 15 à 49 ans et 60,8%

des hommes du même groupe d'âges n'ont aucune éducation formelle, contre respectivement 36,1% et 27,9% en milieu urbain. En moyenne, les hommes des zones urbaines ont plus bénéficié d'éducation formelle que les femmes résidant dans ces mêmes zones ; de même, les hommes résidant en milieu raural sont plus susceptibles d'avoir un niveau plus élévé dans le système éducatif par rapport aux femmes rurales. Toutefois, le fait de résider en milieu urbain ou rural constitue également un facteur déterminant du niveau d'étude atteint. Dans le groupe d'âges des 15 à 49 ans, seulement 21,5 % des femmes de zones rurales et 24 % des hommes de mêmes zones ont fait des études primaires, et 8,8 % des femmes de zones rurales et 11 % des hommes de mêmes zones ont fait des études secondaires. Les niveaux d'études s'améliorent légèrement dans la population urbaine. Dans ces zones urbaines, 32,3 % de femmes et 30,9 % d'hommes ont fait des études primaires. De plus, 22,7 % de femmes et 24,5 % d'hommes en milieu urbain ont fait des études secondaires. Le nombre moyen d'années d'études achevées est de 2,4 pour les femmes urbaines et de 3,8 pour les hommes urbains.[17]
Parmi les enfants âgés de 3 à 5 ans, 34% sont inscrits dans un programme éducatif. Le modèle éducatif le plus fréquenté par les jeunes enfants est celui des écoles coraniques traditionnelles, ou daaras. 22 % des garçons et 16,7 % des filles de 3 à 5 ans fréquentent les daaras.[17] Human Rights Watch (2017) estime que 50 000 garçons dans l'ensemble du pays fréquentent les daaras.[18] Les élèves des daaras, appelés talibés, apprennent à mémoriser le Coran avec l'aide d'un marabout, ou enseignant coranique. Les daaras sont plus présents dans les centres urbains, mais se trouvent aussi dans les zones rurales, remontant à l'époque coloniale. Dans les champs ruraux des daaras, les talibés apprennent les techniques agricoles, cultivent des cultures comme le mil et les arachides, en plus de mémoriser le Coran. Dans les centres urbains, il existe de multiples types de daaras, à savoir des internats coûteux, qui ont tendance à attirer les talibés de familles à revenu moyen ou élevé, et des daaras « non formels », où de nombreux talibés sont forcés à la mendicité et sont exposés à des conditions difficiles, qui peuvent inclure des abus.[18-19] Ces dernières années, le gouvernement du Sénégal (GS) travaille pour créer des daaras modernes qui n'enseignent pas seulement le Coran, car il y a peu de débouchés pour les talibés après leurs études.[19]

Selon la Banque mondiale (2017), seulement 5,5 % des jeunes sénégalais de 15 à 24 ans ont un emploi[20]. Le chômage chronique dans les zones rurales pousse de nombreux jeunes à émigrer vers les centres urbains. Bien que la plupart des emplois en zones rurales portent sur le domaine agricole, il existe peu d'écoles orientées vers l'agriculture, ce qui entraîne des écarts entre les compétences des jeunes et les besoins du marché du travail.[21] Les femmes rurales, tous âges confondus, travaillent principalement dans le secteur agricole (50,4%), les autres travaillant comme vendeuses (26,7%), ouvrières qualifiées (8,5%), domestiques (7%), dans des postes ayant un profil technique ou manageuriale (de gestion ; 3,7%), et en tant que travailleurs manuels non qualifiés (3,4%). Les hommes ruraux ont également tendance à travailler dans l'agriculture (63,4%), avec une plus faible proportion de travailleurs manuels qualifiés (17%), de vendeurs (8,9%), dans des postes ayant un profil technique ou manageuriale (de gestion ; 5,3%), et comme travailleurs manuels non qualifiés (4,5%). Le chômage est nettement plus élevé chez les femmes que chez les hommes dans les zones rurales : 38,4 % des femmes rurales âgées de 15 à 49 ans avaient un emploi lorsqu'elles ont été interrogées dans le cadre de l'EDS de 2016, tandis que cet indicateur est de 82,2 % des hommes ruraux du même groupe d'âges .[17]

Parmi les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans, très peu (0,9 %) ont déclaré avoir accouché avant l'âge de 15 ans. Chez les femmes âgées de 20 à 24 ans, 1,6 % ont accouché avant l'âge de 15 ans, 17 % avant l'âge

de 18 ans et 31,4 % avant l'âge de 20 ans. L'âge moyen au premier accouchement chez les femmes de 20 à 49 ans est de 20,4 ans pour les femmes rurales et de 23,3 ans pour les femmes urbaines. L'âge moyen au premier accouchement varie également selon les régions : 23,4 ans à l'Ouest, 21,2 ans au Nord, 20,7ans au Centre et 19,6 ans au Sud.[17]

Le mariage des enfants continue d'être un problème au Sénégal, avec 9% des adolescentes mariées avant l'âge de 15 ans et 32% avant l'âge de 18 ans.[22] L'âge moyen au premier mariage est de 19,9 ans pour les femmes et de 28,9 ans pour les hommes.[23] En termes de premier rapport sexuel, 8% à 9% des femmes ont eu leur première relation sexuelle à l'âge de 15 ans, environ un tiers à l'âge de 18 ans et la moitié à l'âge de 20 ans. Seulement 5,7 % des femmes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avant le mariage[24]. Parmi les jeunes femmes de 15 à 19 ans, 86 % ont entendu parler d'une méthode contraceptive. Cette proportion augmente chez les jeunes femmes de 20 à 24 ans : 95 % ont entendu parler d'une méthode contraceptive, et la même proportion a également entendu parler d'une méthode contraceptive moderne. Il n'existe pas de données sur les connaissances en matière de contraception chez les jeunes hommes de 15 à 19 ans. Chez les jeunes hommes de 20 à 24 ans, 91 % ont entendu parler d'une méthode contraceptive, et la même proportion a également entendu parler d'une méthode contraceptive moderne.[17]

Bien que l'usage de contraceptifs ne soit pas légalement restreint par rapport à l'âge ou dà l'état matrimonial, les prestaatires de services refusent souvent de les donner à de jeunes femmes célibataires, encourageant plutôt l'abstinence.[25] Parmi les prestataires du secteur public, 57% imposent des restrictions liées à l'âge pour les contraceptifs oraux, et 44% pour les contraceptifs injectables, l'âge minimum moyen étant fixé à 18 ans pour l'offre des contraceptifs. Les restrictions par rapport au statut matrimonials sont moins fréquentes : 12 à 14 % des prestataires de services du secteur public imposent des restrictions selon le statut matrimonial pour les contraceptifs oraux et injectables.[26] L'avortement est illégal au Sénégal, mais il est autorisé si trois médecins confirment que c'est nécessaire pour sauver la vie de la femme enceinte. Malgré les restrictions légales, il est estimé que 24 % de toutes les grossesses non planifiées entraînent des avortements provoqués.[27] L'interdiction de l'avortement médicalisé a des conséquences désastreuses sur la santé des jeunes femmes. Celles-ci sont les plus susceptibles d'avoir un besoin non satisfait de contraception et les sont les plus susceptibles de subir un avortement à risque.

Un quart des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisent une méthode contraceptive, dont 23% utilisent une méthode contraceptive moderne et 2% une méthode traditionnelle. L'utilisation de la contraception moderne est plus répandue dans les zones urbaines que dans celles rurales (31% contre 17%), et de même, elle est plus élevée à l'Ouest que dans les autres régions (33% contre 20%). La prévalence de la contraception moderne augmente également avec le niveau d'études : 30 % des femmes qui ont terminé leurs études primaires ont eu recours à la contraception, contre 19 % des femmes qui n'avaient pas reçu d'éducation formelle. Le taux d'utilisation des contraceptifs chez les jeunes femmes est beaucoup plus faible : 97,8% des femmes sexuellement actives âgées de 15 à 19 ans, mariées et célibataires, ont déclaré ne pas utiliser de méthode contraceptive. Parmi les femmes sexuellement actives âgées de 20 à 24 ans, mariées et célibataires, 86,3 % n'ont utilisé aucune méthode

contraceptive.[17]

Au Sénégal, la circoncision masculine est quasi universelle : 98,2% des hommes âgés de 15 à 49 ans sont circoncis. La circoncision masculine est est une norme sociale chez les populations musulmanes. Dans la culture wolof, le mot pour désigner un homme circoncis est étroitement semblable au mot pour désigner la prière, illustrant comment la circoncision est considérée comme une exigence pour les hommes pieux. La circoncision masculine est une pratique religieuse, mais elle est également associée à la propreté et à la santé dans de nombreux groupes ethniques. En milieu urbain, la circoncision masculine est de plus en plus pratiquée dans les centres médicaux. Dans les zones rurales, la circoncision masculine est généralement pratiquée dans un grand groupe du village, considéré comme un rite de passage collectif pour les jeunes hommes.[30]

Au Sénégal, 23% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont déclaré avoir subi des mutilations génitales féminines (MGF). Elles sont le plus souvent pratiquées par les populations musulmanes du Sud et du Nord, et sont particulièrement répandues au sein des groupes ethniques pulara, Mandingues, Jola et Soninké. Les MGF sont généralement pratiquées avant l'âge de cinq ans.[17] Les MGF présentent des risques importants pour la santé, en particulier l'hémorragie pendant l'accouchement. Les MGF sont généralement pratiquées par des « exciseuses traditionnelles » qui utilisent du matériel non médical, ce qui augmente le risque de transmission du VIH par contamination croisée.[31] La plupart des femmes et des hommes n'ont pas une opinion favorable sur les MGF. À ce sujet, 80% des femmes et des hommes déclarent qu'ils ne souhaitent pas préserver cette coutume.[17]

Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 0,2% des femmes sont séropositives et moins de 0,1% des hommes le sont. Selon une étude de l'ONUSIDA (2017), 27,5% des jeunes femmes et 32,4% des jeunes hommes ont des connaissances sur la prévention du VIH.[29] Les adolescents de moins de 15 ans ne peuvent de façon indépendante consentir au test du VIH.

Il n'existe pas d'autres restrictions légales à l'accès des adolescent(e)s et des jeunes aux services de SR. Néanmoins, peu de jeunes ont accès aux services de SR. L' International Planned Parenthood Federation (2014) a signalé que la grande majorité des jeunes au Sénégal n'ont pas eu accès aux services de SR, malgré le fait que beaucoup d'entre eux sont sexuellement actifs et comprennent l'importance des pratiques sexuelles " sans risque ".[10] Les adolescent(e)s et les jeunes sénégalais ont déclaré que les agents de santé et les pharmaciens leur demandaient souvent une pièce d'identité pour voir s'ils avaient 18 ans et qu'il était courant que les jeunes se voient refuser des préservatifs et d'autres contraceptifs en raison de leur âge. Il y avait une opinion mitigée parmi les adolescent(e)s et les jeunes quant à savoir s'ils étaient légalement autorisés à obtenir des contraceptifs avant l'âge de 18 ans.[10]

Cependant, la définition culturelle de l'âge adulte dépend moins de l'âge que de l'état matrimonial. Par exemple, il est socialement et culturellement plus acceptable pour une jeune fille mariée de 15 ans d'être sexuellement active que pour une femme de 30 ans célibataire. De plus, les jeunes femmes font l'objet de plus d'attention et de jugement pour leurs décisions en matière de sexualité que les jeunes hommes, car elles ont plus de valeur en tant que futures épouses (c'est dire qu'elles peuvent bénéficier d'une dot plus élevée) si elles sont capables de « prouver » leur statut de virginité.[10] Puisque la virginité féminine est valorisée, il est logique que les filles et femmes célibataires, sexuellement actives, hésitent à

demander des services de SR si elles courent le risque de se faire humilier ou exposer à leur communauté par les prestataires de services.

C. Approches efficaces dans les programmes de SRAJ

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2015) recommande que les prestataires de services soient formés pour ne pas porter de jugement et être non discriminatifs envers les adolescent(e)s et les jeunes, pour respecter leur droit à l'information, à la confidentialité et à la vie privée.[32] L'organisation recommande que les PPS aient des heures d'ouverture pratiques, comme des heures en dehors des heures normales de classe et des heures de consultation sans rendez-vous (c'est-à-dire la possibilité de consultations sans rendez-vous). L'OMS recommande également que les PPS soient propres et accueillants, avec des sièges adéquats dans les salles d'attente pour un nombre de patients raisonnable, que les PPS soient conçus pour que les patients puissent communiquer avec le personnel d'accueil d'une manière privée. L'OMS recommande en outre qu'ils soient dotés d'un personnel approprié composé de personnes qui offrent des soins indirects tels que des réceptionnistes ou secrétaires, le personnel d'entretien et de sécurité.[32]

Des études récentes[13,33] démontrent que la communication par SMS facilite les interactions positives entre le patient et le client, éliminant les obstacles tels que les problèmes d'accès, les temps d'attente et la peur d'être stigmatisé et d'être aperçu dans une clinique en tant que jeune célibataire. Parmi les autres caractéristiques clés des services adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes figurent une plus grande implication des parties prenantes[15,16,34] et des services gratuits ou peu coûteux.[12-16] Dans un rapport "Advocates for Youth", Moya (2002) recommande d'impliquer les jeunes dans la conception et la gestion des programmes, ainsi que la disponibilité de prestataires de serrvices masculins pour traiter les clients masculins.[16]
Groenhof et ses collaborateurs (2012) considèrent qu'une plus grande implication des parties prenantes est essentielle pour une prestation efficace des services. Les jeunes sont rarement consultés lors de l'élaboration des programmes destinés à répondre à leurs besoins, ce qui conduit à des programmes qui ne parviennent pas à modifier les comportements des adolescents et des jeunes.[34] Groenhof et ses collègues (2012) approuvent l'inclusion d'experts en SR, de jeunes et d'autres intervenants (ex : enseignants et parents) dans l'élaboration des services adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes. Le Centre international de recherche sur les femmes (The International Center for Research on Women) (2014) rapporte que les services de SR qui impliquent les adolescent(e)s et les jeunes dans le processus de conception des programmes ont tendance à être plus efficaces que les programmes qui ne les consultent pas directement.[15]

Les programmes intégrés (où les services aux jeunes et aux adultes sont offerts ensemble ou, tout au moins, dans le même établissement) sont également importants dans l'élaboration des approches d'offre de services. Les centres polyvalents et autonomes dédiés spécifiquement aux jeunes se sont avérés moins efficaces et plus coûteux que les approches intégrées. Celles-ci peuvent être plus efficaces et plus durables. Les jeunes hommes ont tendance à fréquenter beaucoup plus souvent les centres pour jeunes que les jeunes femmes. Elles peuvent être occupées par des tâches domestiques tout autant que ces centres peuvent leur être interdits par leur famille. Les bénéficiaires ont également tendance à être plus âgés que la population cible.[35-36] Dans une revue systématique de 21 études portant sur 17 centres pour

jeunes dans des pays à revenu faible et intermédiaire, Zuurmond et ses collaborateurs (2012) ont constaté qu'une proportion importante de clients étaient de jeunes hommes âgés de plus de 20 ans.[36]

De plus, le coût par bénéficiaire est plus élevé pour les centres pour jeunes que pour les approches intégrés, telles que les interventions en milieu scolaire.[35-36]

D. L'approche du gouvernement sénégalais en matière de services de SR adaptés aux jeunes

I. Plan stratégique 2014-2018 pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes

Le GS adopte une approche multisectorielle pour la promotion de la SRAJ. Cette approche se justifie par la conceptualisation du bien-être des adolescents comme résultant de divers facteurs venant de diverses sphères de la vie sociale, notamment la santé, l'éducation, l'emploi, le système judiciaire et la participation sociale et civique. Le Plan stratégique indique clairement que seule une collaboration intersectorielle permettra au Sénégal de tirer parti du « dividende démographique » (DD), c'est-à-dire l'impulsion économique qu'un pays peut tirer de l'augmentation du nombre de jeunes dans la population active par rapport au nombre de personnes sans emploi. Pour tirer parti du DD, la jeunesse sénégalaise doit être prête à s'engager de manière productive dans la vie économique et civique de son pays. Cette préparation nécessite une approche multisectorielle.

Malgré une longue expérience en matière d'interventions visant à améliorer la santé reproductive des adolescent(e)s et des jeunes, le Plan stratégique met en exergue un certain nombre de défis qui restent à relever. Il s'agit notamment de :

- l'accès limité à des services de santé adaptés aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes ;
- l'accès limité à une information de qualité grâce aux technologies de plaidoyer et de communication (TIC) ;
- la nécessité d'améliorer l'environnement social, législatif et réglementaire pour mieux soutenir les adolescent(e)s et les jeunes ;
- la nécessité de promouvoir et de renforcer la collaboration et le partenariat multisectoriels.

En réponse à ces défis, le Plan stratégique a envisagé un avenir où « tous les adolescent(e)s et les jeunes du Sénégal, sans distinction ni discrimination, auront, avec leur pleine participation, un accès universel et équitable à des services de SR de qualité, fondés sur des évidences. Ces services toucheront à tous les niveaux de la communauté des adolescent(e)s en utilisant des approches et des technologies appropriées, conformément aux valeurs et aux croyances culturelles du pays ».

Pour matérialiser cette vision, le Plan stratégique a pour principal objectif de promouvoir la SR des adolescent(e)s et des jeunes à travers l'atteinte de trois objectifs stratégiques :

- accroître de 80 % le taux d'utilisation des services sexuels et reproductifs par les adolescent(e)s et les jeunes d'ici 2018 ;
- promouvoir un environnement social, législatif et réglementaire favorable à la santé des adolescent(e)s et des jeunes d'ici 2018 ;

- Renforcer la collaboration multisectorielle et la coordination des interventions en SR d'ici 2018.

En définitive, pour atteindre ces objectifs, le plan stratégique s'appuie sur trois approches stratégiques :

- la communication, le plaidoyer et le renforcement des capacités ;
- la mise en place d'un environnement favorable à la promotion de la SR des adolescent(e)s et des jeunes ;
- Le développement des services de SR offerts conformément aux normes de qualité.

Le Plan stratégique considère l'introduction des normes de qualité de performance comme un outil utile pour accomplir plusieurs tâches. Il s'agit en particulier de : 1) rendre explicite la définition de la norme "qualité" nécessaire pour un service ou un produit, 2) définir des objectifs clairs et 3) assurer le suivi et l'évaluation pour déterminer le niveau de respect des normes et identifier les étapes à franchir pour les réaliser.

Les normes de qualité énoncées dans le Plan stratégique sont fondées sur des normes reconnues à l'échelle mondiale. Elles incluent :

1) Tout adolescent (e) ou jeune, quelles que soient les circonstances, a accès à des informations et à des conseils adaptés à son état de santé, à son développement et à ses droits ;
2) Chaque point de prestation de services est organisé de manière à offrir à chaque adolescent (e) et jeune des services de qualité adaptés à ses besoins ;
3) Tous les prestataires de service ont les connaissances, les compétences et les attitudes positives (requises) pour offrir des services adaptés aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes ;
4) Les membres de la communauté, y compris les adolescent(e)s et les jeunes, facilitent la mise en œuvre et l'utilisation des services de santé par les adolescent(e)s et les jeunes
5) Le système de gestion des services de santé prend en compte de manière appropriée les aspects liés à la SR des adolescent(e)s et des jeunes.

Le Plan stratégique énonce clairement que l'accès à des services complets, intégrés et de qualité, à l'information et à l'éducation est un droit humain fondamental. Le Plan affirme que, pour garantir le droit à des services de qualité, il faut accorder la priorité aux adolescent(e)s les plus vulnérables. Il s'agit notamment des adolescent(e)s très jeunes (10-14 ans), des adolescent(e)s et des jeunes handicapés, des personnes vivant avec le VIH, des enfants de la rue, des travailleurs domestiques, des mères adolescentes et des jeunes en maille avec le système judiciaire. En outre, le plan affirme également que les services devraient être adaptés aux besoins de la diversité des adolescent(e)s et des jeunes.

II. Plan stratégique 2014-2018 pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes

Conformément aux directives et normes relatives aux SSAJ du MSASdécrites ci-dessus, et avec l'appui des bailleurs de fonds et des partenaires de mise en œuvre, les SSAJ sont actuellement mis en œuvre dans au moins 16 des 34 districts sanitaires du Sénégal, le champ d'application variant selon les districts. L'implication de différents bailleurs de fonds et partenaires techniques a entraîné une certaine variation dans la façon dont les services sont fournis. En juillet 2016, le MSAS, avec l'appui de l'USAID, du Fonds

des Nations Unies pour la population (FNUAP), d'E2A et d'autres partenaires d'exécution, a mis à jour les listes existantes et cartographié les points de prestation des SSAJ dans les six régions d'intérêt pour mieux comprendre quels services étaient fournis. Cette cartographie des activités de prestation de services ont de nouveau été confirmées en 2017 par le biais d'appels téléphoniques et d'entretiens avec le personnel du MSAS et les partenaires de mise en œuvre à Dakar, en préparation des travaux de terrain par le partenaire de recherche d'E2A, le Global Research and Advocacy Group (GRAG). Cette cartographie a montré qu'il existe six modèles de prestation de services de base pour les SSAJ (ou une combinaison d'éléments) dans les six régions sélectionnées pour l'étude. L'outil Thinking Outside the Separate Space d'E2A[41] a été utilisé pour guider la catégorisation de ces

modèles de prestation de services. Les six modèles de prestation de services identifiés dans les régions sélectionnées pour cette étude (les descriptions sont tirées de l'outil *Thinking Outside the Separate Space*) sont les suivants :

Clinique autonome pour jeunes : ce modèle de SAJ ait référence à un centre de santé/ clinique complètement distincte qui offre aux adolescent(e)s et aux jeunes toute un éventail de services cliniques, y compris des services de SR. Ce modèle est souvent mis en œuvre par le secteur privé, à savoir les ONG ou d'autres prestataires privés, mais certains pays l'ont fait pour le secteur public. Ce modèle peut également inclure des pairs éducateurs ou conseillers disponibles pour des conseils sur site, ainsi que des mesures pour promouvoir les services auprès des jeunes de la zone desservie.

Un espace séparé pour les SSAJ dans les établissements de santé publique : dans ce modèle, les services de SR pour les jeunes sont offerts dans une salle séparée ou dans un bâtiment séparé (par des prestataires spécialement formés) et/ou à des jours spécifiques dans un établissement public ou privé. Ce modèle peut être mis en œuvre à tous les niveaux des établissements de soins de santé, mais il est plus courant dans les grands centres de santé primaires ou les hôpitaux qui ont suffisamment d'espace pour une zone distincte réservée pour les SAJ, plutôt qu'au niveau le plus bas des établissements de santé (p. ex. un poste sanitaire ou un dispensaire). Comme dans le cas des cliniques autonomes, des pairs éducateurs peuvent être disponibles sur place pour donner des conseils, et ce modèle devrait inclure des mesures axées sur la demande pour promouvoir les services auprès des jeunes de la zone desservie par la structure.

Services d'assistance mobile : les services d'assistance mobile, définis ici comme des services offerts dans des endroits stratégiques plus proches des personnes qui en ont le plus besoin, peuvent être un modèle efficace pour offrir des services de SR aux jeunes. Il existe un éventail de différents types de mécanismes d'assistance mobile, à savoir, les cliniques mobiles (c.-à-d. un éventail complet de services offerts dans une fourgonnette ou un autobus spécialement équipé), les cliniques satellites (c.-à-d. un éventail complet de services offerts dans un espace ou une tente non clinique existant sur une base régulière), les services offerts par une équipe mobile de prestataires de services dans des établissements sanitaires de niveau inférieur qui n'offrent pas régulièrement ces services (p.ex., Le prestataire formé à la pose de DIU se rend dans un établissement de santé (ES) de niveau inférieur où les prestataires n'ont pas cette compétence-là) ; et d'autres activités d'approche non routinières (par exemple, journées de vaccination dans les communautés, journées de santé maternelle et infantile (SMI).

Services communautaires : Dans ce modèle, les pairs éducateurs ou les agents de santé communautaires sont formés et soutenus pour offrir tout un éventail de services de SR, à savoir des conseils, des méthodes contraceptives sélectionnées (par exemple, préservatifs, contraceptifs oraux combinés, selon le cadre juridique en vigueur dans le pays donné), des conseils sur le VIH et un soutien en matière d'adhésion au traitement, des références et bons pour des services dans les écoles, clubs/groupes, foyers et autres lieux de rencontre des jeunes.

Les services de SR dans des environnements non médicaux : Afin d'atteindre les jeunes là où ils se trouvent et de toucher certains des adolescents et des jeunes les plus vulnérables, les SAJ peuvent être offerts dans différents environnements non médicaux où il existe une importante population d'adolescent(e)s et de jeunes, notamment les écoles, les lieux de travail, les prisons, les installations militaires, les zones où se retrouvent les jeunes consommateurs de drogues injectables (CDI) et les zones dans lesquelles vivent ou travaillent les jeunes travailleurs du sexe. Dans ces cas, le modèle de SAJ variera nécessairement d'un endroit à l'autre pour tenir compte des conditions de l'environnement non médical et de la population à atteindre dans cet environnement.

Les centres pour les adolescent(e)s/jeunes : Les centres pour les jeunes sont des centres récréatifs qui peuvent également offrir certains services de SR. Les centres pour les jeunes sont le plus souvent des bâtiments séparés, qui abritent des espaces de loisirs et/ou de formation professionnelle et disposent d'un espace/salle doté d'un personnel de santé offrant des services de SR de base, des services préventifs et curatifs es ou des services de conseil et d'orientation. Parfois, un centre pour les jeunes (un espace offrant des jeux, des ordinateurs, des équipements récréatifs) est situé sur la propriété d'un ES. Les centres pour les jeunes sont un moyen coûteux et moins efficace d'accroître l'utilisation des services de SR et leur extensibilité est limitée. Toutefois, les centres pour les jeunes peuvent rester appropriés pour répondre aux besoins de développement plus élevés des jeunes, notamment l'accès à l'éducation, à la technologie et aux moyens d'existence.

Méthodologie

A. Buts et objectifs de l'évaluation

Le but de cette étude est de fournir des informations pour renforcer l'opérationnalisation des composantes de la prestation de services du Plan stratégique national du Sénégal pour la SRAJ (2014-2018) en tirant les leçons des expériences de mise en œuvre avec différents modèles de services adaptés aux jeunes dans six régions du Sénégal ayant des résultats relativement les plus faibles en matière de PF/SR.

Les objectifs spécifiques de cette évaluation sont les suivants :

1. Identifier les facteurs qui favorisent ou entravent la qualité des SAJ au niveau des sites sélectionnés au Sénégal, y compris la mesure dans laquelle les normes nationales des SAJ sont appliquées ;
2. Évaluer les facteurs qui influencent l'adoption et l'utilisation des SAJ par les adolescent(e)s et les jeunes, notamment l'accessibilité, l'acceptabilité et l'équité des services ;
3. Examiner les caractéristiques des modèles existants de SAJ qui ont une influence sur un éventuel passage à l'échelle[a] ; et
4. formuler des recommandations et des orientations pratiques pour l'opérationnalisation des composantes de la prestation de services du Plan stratégique national du Sénégal pour la SSRAJ (2014-2018)

Conformément à l'objectif final, cette évaluation s'est concentrée sur les cinq normes de qualité de performance reconnues par le GS et a élaboré des conclusions et des recommandations conformes à ces normes. Il s'agit notamment de :

- Norme 1 : Au niveau du PPS, tout adolescent ou jeune, quelles que soient les circonstances, a accès à des informations et à des conseils adaptés à son état de santé, à son développement et à ses droits ;
- Norme 2 : Chaque point de prestation de services est organisé de manière à offrir à chaque adolescent et jeune des services de qualité adaptés à ses besoins ;
- Norme 3 : Tous les prestataires de service ont les connaissances, les compétences et les attitudes positives (requises) pour offrir des services adaptés aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes ;
- Norme 4 : Les membres de la communauté, y compris les adolescent(e)s et les jeunes, facilitent la mise en œuvre et l'utilisation des services de santé par les adolescent(e)s et les jeunes ;
- Norme 5 : Le système de gestion des services de santé prend en compte de manière appropriée les aspects liés à la SSR des adolescent(e)s et des jeunes.

[a]Aux fins de cette évaluation, « l'intensification » sera définie à l'aide de la définition d'ExpandNet : "Des efforts délibérés pour augmenter l'impact des innovations en santé testées avec succès afin d'en faire profiter un plus grand nombre de personnes et de favoriser l'élaboration de politiques et de programmes sur une base durable " (ExpandNet, 2010. « Neuf étapes pour l'élaboration d'une stratégie de mise à l'échelle ». OMS : Genève).

B. Régions sélectionnées pour l'évaluation et la justification

Six régions ont été incluses dans cette évaluation des services adaptés aux jeunes. Il s'agit notamment de : Kaolack, Kédougou, Kolda, Matam, Saint-Louis, et Sédhiou. Un consensus sur la sélection de ces régions a été atteint en concertation avec le MSAS et l'USAID/Sénégal. Deux critères principaux ont été utilisés dans la sélection de ces régions : 1) la performance sur les résultats clés en matière de SR chez les jeunes de 15 à 24 ans et 2) l'existence de services de PF/SR adaptés aux adolescent(e)s.

Les régions sélectionnées figurent parmi celles dont les indicateurs de SRAJ sont les plus bas du Sénégal. Par exemple, bien qu'il y ait une certaine variabilité par régions, celles-ci partagent généralement un lourd fardeau de mariages précoces, de grossesses d'adolescentes, de faibles niveaux de connaissances sur le VIH (filles, 15-19 ans), font partie des régions qui connaissent le taux le plus bas de prévalence de contraceptive chez les jeunes femmes mariées (15-24 ans). De plus, elles connaissent le plus grand niveau de besoins non satisfaits de PF au sein de jeunes femmes mariées et des taux très élevés de femmes et filles (15-24 ans) qui ont un mari ou un partenaire ayant au moins 10 ans de plus qu'elles.[37] Cinq des six régions font également partie des régions prioritaires de concentration de l'USAID (à l'exception de Kaolack), ce qui offre l'opportunité de concentrer ses investissements pour avoir un impact significatif sur les principaux facteurs de la mortalité infantile et maternelle, y compris de la PF/SR des adolescent(e)s. Il s'agit notamment de mettre l'accent sur l'amélioration de la disponibilité et de l'accès à des interventions de qualité et à fort impact sur la santé maternelle, néonatale, et infantile (SMNI) et la nutrition, renforcer l'engagement communautaire dans la gestion du système de santé.[38] Enfin, dans chacune de ces six régions, des services adaptés aux jeunes ont été - ou sont - mis en place.

Une fois les régions identifiées, le MSAS, avec l'aide d'autres partenaires (MSI, Association sénégalaise pour le bien-être familial (ASBEF), UNFPA, etc.), a compilé une liste des formations sanitaires et autres sites de SSAJ (gouvernementaux et non gouvernementaux) dans les districts de santé des régions sélectionnées qui mettaient en œuvre les SSAJ. Une fois les sites de SSAJ sélectionnés, leurs zones desservies ont été identifiées avec l'aide du personnel de chacun de ces sites ou points de prestation de services (PPS). Toutes les entretiens individuels et toutes les discussions de groupe (DG) ont été menées à bien dans les zones desservies des PPS sélectionnés.

I. Sites Sélectionnés

Au total, 12 districts (initialement deux par région) ont été sélectionnés à dessein pour être inclus dans l'étude, sur la base des critères de disponiblité dau moins un PPS qui offrent des SSAJ dans le district. Au cours du processus de sélection, il a été constaté que dans la région de Kédougou, seul le district de santé de Kédougou offrait les SSAJ. Pour compenser cela, trois districts sanitaires ont été sélectionnés dans la grande région de Saint-Louis. La représentativité des zones urbaines et périurbaines/rurales a également été prise en compte, mais la plupart des PPS de SAJ existaient dans des sites urbains et périurbains. La liste ci-dessous présente les districts qui ont été choisis :

- Région de Kédougou
    - District de Kédougou
- Saint-Louis
    - District de Dagana

    - District de Richard-Toll
    - District de Saint-Louis
- Région de Kaolack
    - District de Kaolack
    - District de Nioro
- Région de Kolda
    - District de Kolda
    - District de Médina Yoro Foula
- Région de Matam
    - District de Matam
    - District de Kanel
- Région de Sédhiou
    - District de Bounkiling
    - District de Sédhiou .

L'étude a utilisé une approche mixte, combinant des méthodes quantitatives et qualitatives. Les méthodes quantitatives visant à recueillir des informations normalisées dans les six régions à partir d'une variété de groupes d'intérêt (détaillées ci-dessous) ont été considérées comme des parties prenantes essentielles dans la prestation des SAJ. Des données sur l'utilisation ont également été recueillies auprès des PPS et des services communautaires. Des informations qualitatives ont été recueillies auprès de ces mêmes groupes d'intérêts afin de fournir une compréhension contextuelle et nuancée de la dynamique et de la complexité de la prestation des SAJ. Globalement, ces méthodes visaient à atteindre les objectifs spécifiques de l'étude.

C. Composante de l'évaluation

Six régions ont été incluses dans cette évaluation des services adaptés aux jeunes. Il s'agit notamment de : Kaolack, Kédougou, Kolda, Matam, Saint-Louis, et Sédhiou. Un consensus sur la sélection de ces régions a été atteint en concertation avec le MSAS et l'USAID/Sénégal. Deux critères principaux ont été utilisés dans la sélection de ces régions : 1) la performance sur les résultats clés en matière de SR chez les jeunes de 15 à 24 ans et 2) l'existence de services de PF/SR adaptés aux adolescent(e)s.

Les régions sélectionnées figurent parmi celles dont les indicateurs de SRAJ sont les plus bas du Sénégal. Par exemple, bien qu'il y ait une certaine variabilité par régions, celles-ci partagent généralement un lourd fardeau de mariages précoces, de grossesses d'adolescentes, de faibles niveaux de connaissances sur le VIH (filles, 15-19 ans), font partie des régions qui connaissent le taux le plus bas de prévalence de contraceptive chez les jeunes femmes mariées (15-24 ans). De plus, elles connaissent le plus grand niveau de besoins non satisfaits de PF au sein de jeunes femmes mariées et des taux très élevés de femmes et filles (15-24 ans) qui ont un mari ou un partenaire ayant au moins 10 ans de plus qu'elles.[37] Cinq des six régions font également partie des régions prioritaires de concentration de l'USAID (à l'exception de Kaolack), ce qui offre l'opportunité de concentrer ses investissements pour avoir un impact significatif sur les principaux facteurs de la mortalité infantile et maternelle, y compris de la PF/SR des adolescent(e)s. Il s'agit notamment de mettre l'accent sur l'amélioration de la disponibilité et de l'accès à des interventions de qualité et à fort impact sur la santé maternelle, néonatale, et infantile (SMNI) et la nutrition, renforcer l'engagement communautaire dans la gestion du système de santé.[38] Enfin, dans chacune de ces six régions, des services adaptés aux jeunes ont été - ou sont - mis en place.

Une fois les régions identifiées, le MSAS, avec l'aide d'autres partenaires (MSI, Association sénégalaise pour le bien-être familial (ASBEF), UNFPA, etc.), a compilé une liste des formations sanitaires et autres sites de SSAJ (gouvernementaux et non gouvernementaux) dans les districts de santé des régions sélectionnées qui mettaient en œuvre les SSAJ. Une fois les sites de SSAJ sélectionnés, leurs zones desservies ont été identifiées avec l'aide du personnel de chacun de ces sites ou points de prestation de services (PPS). Toutes les entretiens individuels et toutes les discussions de groupe (DG) ont été menées à bien dans les zones desservies des PPS sélectionnés.

I. Composante quantitative

1.1 Populations cible

Des enquêtes quantitatives ont été menées auprès du personnel de gestion des points de prestation de services de SRAJ, des prestataires de services et des agents de santé communautaire (ASC/relais/Bajenu Gox). Des interviews de sorie ont été menées auprès des clients (adolescents et jeunes de 10 à 24 ans) recevant des services dans les PPS évalués.

Afin d'examiner la mise en œuvre des SSAJ (et la mesure dans laquelle chacune des cinq normes des SSAJ a été respectée) au niveau des points de prestation des services (PPS), un « audit des infrastructures » a été mené auprès des gestionnaires de PPS. De plus, des statistiques de services par âge, sexe et type de service ont été recueillies au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'évaluation afin d'analyser les données sur la prestation des services par région, type de service, groupe d'âgeq et sexe des clients, ainsi que sur le « modèle » ou l'approche relative à la prestation des services. Étant donné le nombre relativement faible de PPS offrant des SSAJ dans les 12 districts, un recensement de tous les PPS connus (30 au total) offrant des SSAJ a été inclus dans l'étude, bien que seuls 23 d'entre eux aient fonctionné. Une liste de ces PPS figure à l'annexe 1.

Les prestataires de soins de santé impliqués quotidiennement dans la gestion ou la fourniture des SSAJ ont été interrogés afin d'évaluer la mesure dans laquelle les PPS ont respecté chacune des cinq normes, et d'examiner dans quelle mesure les prestataires de soins de santé travaillent avec les communautés et les institutions/organisations au service des jeunes (écoles, ONG, clubs de jeunes) pour promouvoir le recours aux SSAJ. Ces entretiens quantitatifs ont été menés pour déterminer leur niveau de formation en matière de counseling et de prestation de service relatifs à la SSAJ, leurs attitudes à l'égard des jeunes qui ont accès aux SSAJ, comment ils utilisent les données des services pour orienter ces services et s'ils reçoivent ou non une supervision formative et un feed-back réguliers. Des informations sur l'âge, le sexe, l'éducation, la formation en matière de SSAJ, le nombre d'années d'expérience, la position au sein des PPS et la collaboration avec les clubs de jeunes dans la communauté ont également été recueillies. Alors qu'il était prévu d'interroger deux prestataires par PPS (60 prestataires au total), en raison du nombre limité de PPS évalués, tous les prestataires de SSAJ présents dans les PPS le jour de l'entretien ont été inclus dans l'échantillon, soit un total de 50 prestataires de services.

Les agents de santé communautaires (ASC/relais/Bajenu gox) travaillent pour sensibiliser les adolescent(e)s et les jeunes sur la disponibilité des services de SRAJ. Ils éduquent et conseillent sur les

questions de SR et de VIH, distribuent des préservatifs et, depuis 2014, sont en mesure d'offrir des contraceptifs oraux et d'administrer des injectables (à la fois pour l'utilisation initiale et le réapprovisionnement). De plus, ils orientent les clients vers des centres de santé ou d'autres PPS SSAJ pour des services qu'ils ne peuvent offrir[b]. Les agents de santé communautaire (ASC) réalisant des activités dans les zones desservies des 30 sites des SSAJ cibles ont été sélectionnés pour participer à une enquête visant à mieux comprendre le niveau de mise en œuvre des activités communautaires de sensibilisation à la SRAJ, y compris le nombre d'agents de santé communautaires travaillant dans les districts sanitaures dans le cadre de SRAJ, ainsi que le nombre annuel d'activités menées et de jeunes touchés. Des informations sur l'âge, le sexe, l'éducation, le statut matrimonial, le nombre d'enfants, la formation à l'offre de services de SSAJ, le temps passé pour travailler comme ASC, et la durée de leur implanataion dans les communautés où ils travaillent ont également été recueillies. En raison du nombre limité d'ASC rattachés aux 30 PPS, 150 ASC/relais travaillant dans le cadre de SRAJ dans les zones desservies, indépendamment de l'organisation ou du PPS rattaché, ont été ciblés et inclus dans l'enquête d'évaluation des ASC/relais.

Les clients âgés de 10 à 24 ans ont été interrogés afin de déterminer la satisfaction des jeunes à l'égard des SSAJ. Des entretiens ont été menés avec les clients au moment de leur sortie du PPS Là où il y avait beaucoup de clients, ceux interrogés ont été systématiquement sélectionnés jusqu'à ce qu'un maximum de 10 personnes soit atteint. Compye tenu du faible nombre de clients dans certains PPS (faible taux de fréquentation des PPS) , tous les clients qui se sont présentés aux PPS le(s) jour(s) de l'entretien ont été approchés pour être inclus dans l'échantillon. Dans quelques PPS, nous n'avons pas été en mesure d'atteindre le nombre maximum de 10 clients, donc, d'autres établissements ont été suréchantillonnés pour compenser ce gap. Sur les 180 clients ciblés, nous en avons interviewé 180. En plus de recueillir des informations sur quelques caractéristiques de base - l'âge, le sexe, l'éducation, l'état matrimonial et le nombre d'enfants – il a été demandé à chaque client de fournir des informations sur les SSAJ reçus dans les PPS, sa familiarité avec les différents services de SSAJ offerts dans les PPS, comment il a entendu parler de ces services, son niveau de satisfaction en ce qui concerne les services reçus, et le caractère adéquat des services pour répondre à leurs besoins de santé. Des efforts conséquents ont été consentis pour s'entretenir avec les jeunes des deux sexes et des différents groupes d'âge.

Afin de déterminer, au niveau de la communauté, les connaissances, l'acceptabilité, l'accessibilité et le recours aux SSAJ, les adolescent(e)s/jeunes ont été sélectionnés pour des entretiens lors d'une enquête auprès des ménages. Les adolescent(e)s/jeunes des deux sexes, âgés de 10 à 24 ans, résidant dans les communautés/zones desservies par les PPS offrant des SAJ. Ont été inclus basé sur le sexe et le groupe d'âge de cinq ans.

[b] En 2008, le Ministère de la Santé a soutenu une initiative pilote permettant aux matrones et ASC des cases de santé de fournir des pilules contraceptives. En 2012, le Ministère a les autorisé à offrir les méthodes injectables au titre d'étude pilote et a soutenu l'introduction du « Sayana press ». En 2013, une Politique Nationale de Santé Communautaire a été élaborée, et en 2014, le Ministère a émis une Circulaire autorisant l'offre initiale de contraceptifs injectables au niveau communautaire.

1.2 Échantillonnage

Enquêtes au niveau des PPS : Le tableau 1 ci-dessous présente la taille des échantillons par cible pour les entretiens réalisés au niveau des PPS. Les prestataires des services de SSAJ, les agents de santé communautaires et les clients associés aux 30 PPS répertoriés ont été inclus. Pour cette étude, l'échantillon cible était constitué de tous les PPS irépertoriés (recensement de 30 PPS), de deux prestataires des SSAJ par PPS, de cinq agents de santé communautaire par PPS, et de six clients des SSAJ par PPS. Les tailles totales de l'échantillon sont indiquées dans la colonne de droite du tableau 1.

Tableau 1 : Récapitulatif des données de l'enquête au niveau des PPS

Désignation	*Échantillon par catégorie*	*Nombre total de PPS*	*Total des échantillons cibles*	*Échantillon total atteint*
Audits des PPS + matrice de collecte des statistiques	Tous existant (recensement)	30	30	23
Prestataires des SAJ	2	30	60	50
Agent de santé communautaire (ASC/relais/Bajenu Gox)	5	30	150	150
Clients des SAJ	6	30	180	180
Échantillon total au niveau des PPS			**420**	**403**

Enquêtes communautaires : Pour déterminer la taille de l'échantillon de l'enquête communautaire auprès des adolescent(e)s et jeunes menée dans le cadre de la présente évaluation, le principal indicateur d'intérêt était le pourcentage de jeunes ayant accès aux SSAJ. Pour cette enquête, la valeur de référence de cet indicateur a été fixée à 15 %, sur la base d'une étude antérieure sur les SAJ (Services Adaptés aux Jeunes) au Malawi.[39] Parce qu'un plan d'échantillonnage en deux étapes a été utilisé (plutôt qu'un échantillonnage simple), un ajustement d'échantillonnage de 2.0 a été appliqué. Le niveau de précision a été fixé à 95 %. L'application de la formule d'échantillon a donné une taille d'échantillon minimale de 413 jeunes pour chacun des six groupes d'âges-sexe de jeunes. Toutefois, comme tous les jeunes contactés n'acceptent pas d'être interviewés, la taille de l'échantillon a été ajustée en fonction d'un facteur qui représente le taux de refus prévu. En fixant le taux de refus à cinq (5) pour cent, la taille désirée de l'échantillon de 413 a été revue à la hausse, à la taille effective de 420 pour les jeunes hommes et femmes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans. La taille de l'échantillon est à la baisse à 360 pour les jeunes hommes et femmes de 10 à 14 ans, étant donné que ce groupe plus jeune était moins enclin à être sexuellement actif et à avoir recours à des services. Par conséquent, dans chaque région, on a tenté d'interviewer un total de 200 jeunes âgés de 10 à 24 ans. Une répartition de cet échantillon est présentée ci-dessous dans le tableau 2.

Tableau 2 : Récapitualatif des données de l'enquête au niveau des communautés

Composante quantitative / Cibles liées aux ménages	*Échantillon par région*	*Nombre de régions*	*Total des échantillons cible*	*Échantillon total atteint*
Adolescents (10 à 14 ans)	60	6	360	355
Adolescent (15 à 19 ans)	70	6	420	434
Jeune homme (20 à 24 ans)	70	6	420	415
Sous-total hommes	**200**	**6**	**1200**	**1204**
Adolescentes (10 à 14 ans)	60	6	360	363
Adolescentes/Jeune femme (15 à 19 ans)	70	6	420	416
Jeunes femme (20 à 24 ans)	70	6	420	417
Sous-total femme	**200**	**6**	**1200**	**1196**
Nombre total d'adolescents/Jeunes (10-24 ans)			**2400**	**2400**

Dans chaque district, cinq localités (p. ex. villages/hameaux dans les régions rurales et quartiers dans les régions urbaines) ont été sélectionnées pour être incluses dans l'étude. Le cadre d'échantillonnage a été obtenue à partir du Recensement général de la population, de l'habitat et de l'Agriculture de 2013 (GCPDA/2013) et organisé dans un fichier informatique, incluant 8 081 localités situées dans les six régions à l'étude. Les localités ont été tirées à l'aide d'un algorithme pour générer automatiquement un nombre aléatoire correspondant à une localité. Dans le processus de sélection, chaque localité a été pondérée en fonction de sa taille (c.-à-d. le nombre de ménages dans la localité).

Dans chaque localité, les ménages ont été sélectionnés en utilisant les méthodes du point d'origine et du code du jour. En bref, le superviseur a recueilli des informations sur les limites de la localité auprès des autorités locales (chef de village et/ou délégué de quartier), y compris le nombre de ménages. Un point d'origine dans la localité - un endroit connu de presque tout le monde - a ensuite été choisi au hasard parmi trois candidats. En commençant par un ménage au point d'origine, les ménages ont ensuite été sélectionnés à l'aide de la méthode du code du jour. Le code du jour est déterminé en ajoutant les chiffres de la date jusqu'à l'obtention d'un seul chiffre (Exemple : si vous êtes le 17 juillet, alors le code du jour est 1 + 7 = 8, si vous êtes le 29 novembre, le code du le jour est 2 + 9 = 11 = 1 + 1 = 2). À partir du point d'origine, l'agent de collecte des données se déplace dans une seule direction (nord, sud, est ou ouest) et saute le nombre de ménages égal au code du jour.

Au niveau des ménages, si plus d'un jeune répondait aux critères d'inclusion, une liste des jeunes éligibles ayant leur date de naissance était dressée. Le jeune dont l'anniversaire était le plus proche dans le futur a été sélectionné pour participer.

II. Composante qualitative

2.1 Populations cibles

Parents de jeunes : Les discussions de groupe (DG) avec les parents se sont concentrées sur ce que les parents perçoivent comme étant les principaux problèmes de santé chez les jeunes de leur communauté, ce qu'ils font pour régler ces problèmes de santé, leur connaissance et leur acceptabilité des programmes liés aux SSAJ, comment les SSAJ complètent/contredisent ce qu'ils (les parents) font normalement pour régler les problèmes de santé des adolescent(e)s/jeunes, et leurs attitudes envers leurs enfants qui ont accès aux SSAJ. Deux groupes distincts de parents ont été identifiés selon le sexe (hommes et femmes). Dans chaque région, quatre DG ont été menées (une avec des mères d'au moins un adolescent ou jeune marié, une avec des mères d'adolescents ou jeunes non célibataire, une avec des pères d'au moins un adolescent ou jeune marié, et une avec des pères d'adolescents ou jeunes célibataire). Chaque DG se composait de 8 à 10 membres et les discussions étaient animées par des agents de collecte de données qualitatives formés.

DG avec des pairs éducateurs : Les pairs éducateurs constituent le lien entre la communauté et les PPS offrant des SSAJ. Dans bien des cas, ils travaillent dans le cadre des PPS pour fournir des services d'éducation et de counselling. De plus, ils orientent les clients vers les endroits appropriés pour obtenir

des services cliniques. Les DG avec les pairs éducateurs se sont concentrées sur la détermination de ce qu'ils font (les types de services offerts), comment ils localisent/recrutent les jeunes pour les SSAJ, où et quand ils offrent des services, comment ils enregistrent et rapportent leurs activités, si et comment ils utilisent les données qu'ils collectent pour donner des informations sur leurs activités, ce qu'ils perçoivent comme ayant un bon fonctionnement dans le cadre des SSAJ, les défis auxquels ils font face dans la mise en œuvre de leurs activités, et les mesures qu'ils pensent que l'on pourrait prendre pour surmonter ces défis. Des informations sur l'âge, le sexe, l'éducation, le statut matrimonial, le nombre d'enfants, la formation en SSAJ, la façon dont ils ont été recrutés, le nombre d'annés de travail comme pairs éducateurs, par qui ils sont supervisés, comment ils sont rémunérés, et si leur charge de travail a également été recueillies. Trois (03) DG de pairs éducateurs par région ont également été ciblés pour des entretiens, soit un total de 18 DG.

Entretiens avec des jeunes femmes de la communauté qui utilisent une méthode moderne de PF : Les jeunes femmes mariées et célibataires de la communauté qui ont déclaré utiliser une méthode moderne de PF au moment de l'entretien, à savoir la pilule, l'implant, l'injectable ou le DIU, ont été identifiées lors de l'enquête quantitative au niveau communautaire et ciblées pour un entretien approfondie (EA). Le guide d'entretien a été conçu pour mieux comprendre leur niveau de connaissance, en particulier leurs connaissances actuelles sur l'utilisation des méthodes, leur expérience (première ou récente) de la méthode actuellement utilisée, la perception de l'efficacité de la méthode préférée, les attitudes envers les méthodes contraceptives (en général), le soutien social pour l'utilisation d'une méthode donnée, la satisfaction et les intentions d'utiliser la PF dans le futur, les convictions sur la PF, la détermination / autonomie pour utiliser la PF et les sources de renseignements sur la PF. Au total, l'objectif de réaliser trente-six (36) entretiens, soit six (6) entretiens par région.

Entretiens avec des leaders de communauté : Des entretiens ont été menés avec des leaders communautaires afin d'évaluer leurs perceptions des principaux problèmes et besoins de santé des jeunes, leur connaissance et leur acceptabilité des SSAJ, la façon dont les SSAJ complètent ou contredisent ce que la communauté fait habituellement pour assurer la santé des jeunes, et enfin leurs attitudes envers les jeunes qui ont recours aux SSAJ. Six leaders communautaires par région (un total de 36 leaders communautaires) ont été ciblés pour ces entretiens.

Entretiens avec les responsables des programmes de SR, y compris les points focaux de district pour la SSR, et le personnel des ONGs : Des entretiens avec le personnel des ONGs ont été menés pour déterminer leurs activités relatives aux SSAJ dans le district où ils travaillent, les personnes qu'ils soutiennent pour mettre en oeuvre les SSAJ, l'approche de prestation de services qu'ils utilisent, leur niveau d'investissement dans les SSAJ, leurs liens avec le secteur de la santé publique et les défis auxquels ils sont confrontés dans l'exécution de leurs activités. Douze (12) coordonateurs/points focaux de PF au niveau des districts et 30 responsables de programmes des organisations de la société civile (OSC) basées dans les districts ont constitué des cibles pour des entretiens.

2.2 Échantillonnage/Recrutement

Les tableaux suivants (tableaux 3 et 4) donnent un résumé sur les groupes de parties prenantes essentiels ciblés pour leur participation et les critères de sélection qui ont été utilisés pour recruter les répondants aux discussions de groupe (DG) et aux entretiens approfondis (EA).

Tableau 3 : Populations cibles et approche de recrutement

Cibles	Types d'entretien	Approche et critères de recrutement
Parents	DG	1) Parent : tout adulte ayant au moins un fils/une fille âgé(e) de 15 à 24 ans et subvenant aux besoins de cet enfant 2) Cohabitation avec un ou plusieurs enfants mariés ou célibataire, 15-24 ans 3) Leur recrutement (mères et pères participants) s'est fait au niveau des groupes, suivant le même processus que celui défini pour les adolescents. 4) Afin d'éviter d'éventuels biais et d'assurer une meilleure gestion de la confidentialité, les participants (mères et pères) ne devraient pas venir du même ménage.
Pairs éducateurs	DG	Identifié à l'aide des coordinatrices de district, de l'Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial (ASBEF), et de Marie-Stopes International, parmi d'autres partenaires sur le terrain.
Jeunes femmes de la communauté utilisant une méthode de PF moderne (pilule, implant, injectable ou DIU)	Entretien approfondi	Jeunes femmes mariées ou célibataires identifiées lors de l'enquête communautaire qui ont consenti à participer à un EA
Leaders communautaires	Entretien approfondi	Choisis en fonction de leur connaissance des facteurs qui influent sur l'utilisation des services liés au jeunes, tels qu'identifiés par les leaaders communautaires.
Responsables des s districts sanitaires / points focaux SSR	Entretien approfondi	La coordonnatrice SR (Santé reproductive) ou le superviseur des soins de santé primaires (SSSP) ont facilité leur identification.
Organisations de la société civile	Entretien approfondi	Les organisations ont été sélectionnées en fonction de l'étendue du travail et des activités liées à la SRAJ.

Tableau 4 : Réca^pitulatif des entretiens approfondis et des groupes de discussion dans les régions de l'étude

Cibles	Échantillon/ Région	Nombre total des régions	Total des échantillons cibles	Échantillon total atteint
DG avec les pairs éducateurs	3	6	18	18
DG avec les parents	4	6	24	22
Entretiens approfondis avec de jeunes femmes mariées et célibataires utilisant une méthode moderne de PF (pilule, implant, injectable ou DIU)	6	6	36	34
Entretien approfondi avec les leaders communautaires	6	6	36	35
Entretien approfondi avec les responsables des districts de santé / Points focaux de SSR	2	6	12	11
Entretiens semi-structurés avec les organisations de la société civile	5	6	30	29
Total	**26**		**156**	**149**

D. Outils de collecte des données

Des questionnaires et guides d'entretien adaptés aux cibles énumérées ci-dessus ont été conçus dans le cadre d'un processus participatif impliquant l'équipe du projet E2A et l'agence de recherche basée au Sénégal, Global Research and Advocacy Group (GRAG). L'élaboration de ces outils a tenu compte des objectifs et des questions de l'étude, des indicateurs et des principales leçons tirées de l'analyse des documents et des données relatifs aux SSAJ.

Instruments quantitatifs

- Un **questionnaire** d'audit pour les points de prestation de services, couplé à la **matrice de collecte** des statistiques des services de SRAJ ;
- **Un questionnaire** pour les prestataires de services de santé qui offrent les SAJ ;
- Un **questionnaire** pour les ASC et/ou des relaisimpliqués dans la prestation des SAJ ;
- Un **questionnaire** pour **adolescent(e)s / Jeunes âgés de 15 à 24 ans**. Un entretien de départ avec les bénéficiaires/clients des SSAJ
- Un **questionnaire** pour **adolescent(e)s / Jeunes âgés de 15 à 24 ans**. Un entretien de sortie avec les bénéficiaires/clients des SSAJ
- Un **questionnaire** pour **adolescentes/jeunes femmes âgées de 10 à 24 ans** dans les communautés situées dans les zones desservies par les PPS dans différentes régions

Instruments qualitatifs

- Un **guide de DG** pour les pairs éducateurs (femmes et hommes) dans les différentes régions de l'étude
- **Un guide de DG** pour les parents (mères et pères) d'adolescent(e)s/jeunes. Il tient compte des parents vivant avec des enfants mariés et célibataires.
- Un **guide d'entretien** ciblant les adolescentes mariées et célibataires de la communauté qui ont utilisé ou utilisent la pilule, l'implant, l'injectable ou le DIU ;
- Un **guide d'entretien** approfondi pour les leaders communautaires qui seront retenus dans toutes les régions ciblées par l'étude.
- Un **guide d'entretien** pour les points focaux de district et les agents de santé en charge des SAJ. Cet outil aidera à recueillir des données sur la disponibilité et la qualité des services de PF/SR ; et
- A Un **guide d'entretien** approfondi ciblant les partenaires, y compris les organisations nationales de la société civile et les partenaires internationaux.

E. Méthodes de collecte des données

Recrutement de l'équipe de collecte des données : Au total, 42 agents de collecte de données et superviseurs ont été recrutés pour participer à cette étude. Ce groupe était divisé en six équipes - une par région. Ces équipes étaient composées de quatre agents de collecte de données quantitatives et de deux responsables de la recherche qualitative. Chaque équipe comprenait également une sage-femme chargée de recueillir des données sur les SAJ, à savoir l'audit des points de prestation de services sélectionnés (y compris la collecte de données statistiques sur les services), des entretiens avec les prestataires de services des PPS et les entretiens de sortie avec les clients. Chaque équipe s'est vu assigner un superviseur. Ce dernier veillait à la fois sur le processus de mise en œuvre et la qualité des données recueillies. Les équipes ont travaillé sous la direction du coordonnateur des activités, en étroite collaboration avec le chef d'équipe/chercheur principal.

Le recrutement du personnel en charge des entretiens dans la communauté s'est appesanti sur le recrutement de « jeunes » agents de collecte de données (hommes et femmes) pour aider à réduire les réponses biaisées les qui pourraient être introduites du fait de l'implication d'enquêteurs beaucoup plus âgés. Des critères supplémentaires pour la sélection des agents de collecte de données et des superviseurs englobaient :

- l'expérience de terrain dans la collecte de données
- Une certaine connaissance de la SRAJ
- Une connaissance du domaine géographique, y compris des différentes régions de l'étude
- La maîtrise de la langue française et d'au moins une langue locale
- Une excellente réputation pour le travail d'équipe
- Un engagement envers la qualité et la confidentialité
- Un baccalauréat ou un diplôme d'État pour les sages-femmes
- Les superviseurs doivent avoir suivi et réussi la formation en éthique de la recherche de l'organisation FHI 360.

Les agents de saisie des données étaient de jeunes professionnels (hommes et femmes) qui ont reçu une formation sur l'utilisation du logiciel CSPro pour traiter les données sous la supervision du spécialiste des données.

Formation de l'équipe de collecte des données : L'équipe technique du GRAG, avec la participation de E2A, a organisé à Dakar deux sessions de formation participative séparées de cinq jours pour les équipes de collecte de données qualitatives et communautaires. L'objectif de la formation était de garantir que les équipes de collecte de données aient une compréhension globale de l'objectif et du contenu des outils de collecte de données et de leur administration efficace et pratique sur le terrain, tout en respectant des normes élevées en matière de recherche éthique.

Pour s'assurer que les agents de collecte de données et leurs superviseurs avaient une compréhension commune de l'enquête et des composantes qualitatives de la recherche, les membres de l'équipe ont reçu une orientation générale sur la SRAJ, ont examiné en détail les outils quantitatifs et qualitatifs et leur utilisation. En outre, ils se sont concentrés sur les aspects éthiques de la recherche, notamment l'importance du consentement éclairé. Une attention particulière a été accordée au processus d'obtention du consentement éclairé chez les mineurs en milieu communautaire et au niveau des structures sanitaires. De plus, tous les outils et formulaires de consentement ont été traduits du français en wolof, en pulaar et en mandingue pendant les séances de formation et tous les membres de l'équipe y ont participé. Des jeux de rôle pendant la formation et le processus de pré-test des outils ont permis à l'équipe d'affiner les traductions afin de garantir une compréhension maximale de la part des répondants à la recherche. Ces étapes ont permis à l'équipe de mieux comprendre l'intention de chaque question associée aux outils.

Pré-test de l'outil de collecte de données :

Dans le cadre de ces deux sessions de formation, des pré-tests de plusieurs outils ont été réalisés par les équipes de recherche. Ces pré-tests se sont concentrés sur :

- La pertinence du contenu des outils par rapport aux objectifs de l'étude ;
- Les contraintes rencontrées dans le processus de sélection des jeunes, en particulier ceux dont la participation nécessite le consentement de leurs parents ou tuteurs ;
- Le processus de consentement éclairé et les questions soulevées par les répondants au pré-test
- Niveaux de compréhension liés aux questions posées ;
- Durée de l'entretien pour chaque outil de collecte ; et
- Contraintes et exigences logistiques liées au processus de collecte des données.

Les résultats du pré-test ont ensuite été utilisés pour réviser les différents outils et le matériel de support de l'enquête.

Procédures de collecte des données et d'assurance de la qualité : Un calendrier a été élaboré pour mener simultanément les recherches quantitatives et qualitatives dans les six régions. Il incombait aux superviseurs de s'assurer que la recherche était menée conformément au protocole. De plus, ils se

sont assurés que les personnes sélectionnées comme répondants répondent aux critères d'inclusion.

Tous les entretiens et discussions qualitatifs ont été enregistrés à l'aide d'enregistreurs vocaux numériques avec le consentement préalable des répondants. De plus, les personnes en charge des entretiens ont pris des notes provenant des entretiens et des discussions en guise de sauvegarde. Tous les questionnaires quantitatifs remplis ont fait l'objet d'un examen sur le terrain avant d'être transmis à la cellule de saisie des données du GRAG.

Un consultant recruté par E2A s'est rendu sur le terrain à l'occasion de trois visites pour superviser les travaux sur le terrain afin d'assurer l'homogénéité, l'intégralité, l'exactitude et la cohérence des données, ainsi que le respect du protocole approuvé par le Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé-CNERS. Les équipes de terrain se sont réunies à la fin de chaque journée pour passer en revue les activités et les réalisations, discuter des problèmes et des défis, explorer les moyens d'améliorer les activités de collecte de données et planifier le travail à faire le lendemain.

F. Gestion et analyse des données

Données quantitatives : Un code d'identification a été attribué à chaque outil de collecte de données afin de faciliter la saisie et la gestion des données. Afin de minimiser les erreurs, un processus de double saisie a été adopté. Les données ont été saisies à l'aide du logiciel CSPro (Census and Survey Processing System) et les mécanismes de contrôle propres à ce logiciel ont été appliqués. Les données ont ensuite été transférées au logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS) pour un contrôle et une analyse plus poussés de la qualité De plus, des analyses univariées et bi-variées ont été effectuées à l'aide du même logiciel.

Données qualitatives : Les agents de collecte de données qui ont conduit les entretiens (approfondis et DG) étaient responsables de leur transcription et de leur traduction en français afin d'atténuer tout biais et d'assurer la fiabilité des informations collectées. Une fois achevées, les transcriptions ont été examinées par le superviseur de la collecte de données, la personne en charge de l'entretien et le coordonnateur des activités de l'étude. Un système de codage a été mis au point pour classer les nouveaux sujets et thèmes d'intérêt, ainsi que pour faciliter l'analyse à l'aide du logiciel NVivo. NVivo a été utilisé pour effectuer une analyse thématique des transcriptions des divers groupes de répondants à l'aide de techniques d'analyse qualitative standard, y compris l'analyse du contenu et l'induction analytique.

G. Considérations éthiques

En ce qui concerne *l'utilisation des données*, l'information recueillie auprès des répondants pour les composantes quantitatives et qualitatives de cette étude a été utilisée uniquement pour atteindre les objectifs spécifiques énoncés dans le protocole de recherche approuvé par le comité éthique, élaboré pour guider cette étude. De plus, l'information générée a été limitée à l'équipe de recherche et aux auteurs du présent rapport.

En ce qui concerne *l'anonymat* et la *confidentialité*, tous les participants ont été informés de leur droit à

l'anonymat. L'équipe de recherche a tout mis en œuvre pour garantir le respect de ce droit pour tous les participants à l'étude. Tout d'abord, les sessions de formation des équipes d'enquête ont mis en évidence les principes éthiques à respecter. Le plus important d'entre eux était d'assurer l'anonymat de l'information fournie par les participants à la recherche. Deuxièmement, un système de codage a été mis en place en vue d'éviter tout lien entre les des données des entretiens avec les identifiants individuels spécifiques des répondants. Troisièmement, sur le terrain, les superviseurs ont veillé à ce que le système de codage soit mis en œuvre et utilisé efficacement. Quatrièmement, l'information recueillie auprès des répondants aux fins d'analyse a été restreinte à l'équipe de recherche. Enfin, les résultats mentionnés dans le présent rapport sont présentés sous forme agréggée (composantes quantitatives) ou d'une manière qui ne décrit pas les caractéristiques personnelles identifiables (dans le cas des résultats narratifs et qualitatifs) qui pourraient être liées à une personne particulière.

Consentement éclairé : Un consentement verbal éclairé a été obtenu des divers groupes d'intérêt qui ont participé à l'étude. Les formulaires de consentement ont été adaptés aux groupes et au contexte dans lequel l'entretien a été mené (p. ex. un professionnel de la santé travaillant dans une clinique ou un parent dans la communauté). Le formulaire de consentement a été communiqué verbalement au répondant. Bien qu'ils variaient selon les groupes et le contexte, tous comprenaient les éléments essentiels suivants : 1) une invitation à participer à l'étude, 2) un résumé du projet et de ses objectifs, 3) une explication de la nature de la participation des répondants et du type d'information qui serait demandée, 4) comment l'information serait traitée pour assurer l'anonymat et la confidentialité, 5) les potentiels risques et avantages liés à la participation du répondant, et 6) les coordonnées du directeur de la recherche, au cas où le répondant aurait des préoccupations ou plaintes. Au cours du processus de consentement, l'accent a été mis sur la nature volontaire de la participation du répondant, y compris son droit de ne pas répondre à des questions spécifiques et d'interrompre l'entretien à tout moment. Tout comme les instruments de collecte de données, les formulaires de consentement ont également été traduits dans les langues locales pour s'assurer que le répondant comprenait la nature et les conséquences de sa participation.

L'inclusion des mineurs (moins de 18 ans) méritait une attention particulière. Dans ces circonstances particulières, le processus de consentement a été adapté pour inclure et obtenir le consentement volontaire des parents ou des tuteurs. Dans le cas d'entretien de sortie de la clinique avec des mineurs admissibles aux services, le responsable des PPS a agi à titre de « tuteur médical » pour assurer la confidentialité.

Avis éthique : La version finale du protocole de l'étude a été soumise au comité national d'éthique de la recherche au Sénégal (CNERS) et au comité de détermination de la recherche (CDR) de PATH aux États-Unis à la fin décembre 2017. Le 9 janvier 2018, la demande a été approuvée par le CDR de PATH et jugée « non-recherche », ne nécessitant donc pas d'examen supplémentaire, y compris par la PATH. Après plusieurs révisions, le GRAG a également reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du Sénégal (CNERS) le 2 mars 2018.

H. Limites de l'évaluation

Bien que la collecte des données pour cette évaluation se soit généralement déroulée comme prévu, certains défis ont été remarqués :

- Non-disponibilité des répondants, comme les jeunes hommes plus âgés dans les zones agricoles, ASC/relais et les points focaux dans certains districts sanitaires ;
- les grappes et les PPS éloignées qui étaient difficiles d'accès en l'absence de transport en commun régulier ; et
- Les PPS qui n'avaient pas de registres ou ne pouvaient pas fournir les informations requises sur les statistiques des SSAJ

L'une des principales limites de cette évaluation est le petit nombre de PPS fournissant effectivement des services de SRAJ au moment de l'évaluation. Bien que le nombre total de PPS cartographiés dans ces régions ait d'abord été petit (moins de 35), 23 seulement étaient situés dans des points de prestation de services distincts et dotés de personnel offrant des services adaptés aux jeunes. Comme le nombre d'entretien avec les prestataires et les clients à la sortie était lié au nombre de PPS, les tailles d'échantillons pour les audits et les entretiens avec les prestataires n'ont non plus été respectés. D'autres entretiens avec les prestataires et des entretiens à la sortie ont été menées afin d'assurer une mesure adéquate des indicateurs de l'étude. Les données axées sur les PPS présentées par région sont souvent présentées sous forme de chiffres (plutôt que de pourcentages) dans les tableaux de résultats afin de permettre au lecteur de mieux comprendre l'ampleur et l'interprétation des résultats.

De plus, bien que cette étude comprenait une analyse exhaustive et une triangulation de 12 types de répondants différents, aucune observation des interactions prestataires-clients n'a été réalisée. Par exemple, il n'a été observé aucune séance de counseling ou de prestation de services de PF susceptibles de donner des informations sur les compétences et les efforts du prestataire dans ces domaines. Par conséquent, les indicateurs de la qualité des soins offerts par les prestataires s'appuient sur l'information partagée au cours de l'audit et des entretiens avec les prestataires, ainsi que sur les commentaires des clients lors des entretiens de sortie.

Une troisième limite concerne les méthodes d'échantillonnage des ménages au niveau des grappes et des jeunes au niveau des ménages. Étant donné que l'échantillon n'a pas été tiré au hasard en utilisant des zones de dénombrement de la base nationale, mais à partir de groupes de population de tailles différentes qui forment les zones desservies par des PPS sélectionnés, les estimations de la couverture peuvent différer de la couverture réelle au niveau du district ou du pays. En outre, les connaissances et les attitudes des jeunes, ainsi que leur recours aux SSAJ dans les districts sélectionnés peuvent ne pas représenter adéquatement la situation dans les districts non sélectionnés de chaque région. Par conséquent, les estimations de la couverture dans les districts sélectionnés pourraient différer de celles qui auraient été obtenues si tous les districts de la région avaient été échantillonnés. Par conséquent, bien que les données soient présentées par région dans le rapport, aucune comparaison statistique n'est faite pour les indicateurs d'intérêt entre les six régions. Cependant, nous estimons que cette évaluation produira des données adéquates pour répondre à toutes les questions d'évaluation pertinentes compte tenu des objectifs de la présente étude.

Une quatrième limite a trait à la nature sensible des renseignements recueillis auprès des jeunes, tant au niveau des ménages qu'à celui des PPS. De nombreuses questions liées aux expériences sexuelles, à la violence sexuelle, aux soins après avortement et au VIH sont extrêmement sensibles et difficiles à

répondre lors d'un entretien face à face et peuvent entraîner une sous-estimation ou une sous-notification de ces comportements, des services obtenus ou des circonstances auxquelles font face les adolescent(e)s et les jeunes. Les estimations de certaines des conclusions sur ces sujets sensibles peuvent être inférieures à la réalité en raison des biais des répondants, et doivent donc être interprétées avec prudence. L'équipe chargée de l'étude a essayé de réduire le biais des répondants en concevant les outils d'étude, en offrant une formation de qualité aux personnes en charge de l'entretien et en affectant ces derniers auprès des répondants de même sexe (femme chargée de l'entretien avec les répondants femmes, par exemple).

Enfin, les résultats peuvent varier d'un sous-groupe de jeunes à l'autre, selon l'état matrimonial, le statut socioéconomique et le niveau d'éducation, par exemple, mais ils peuvent ne pas être statistiquement différents en raison des limites de la taille de l'échantillon. Par exemple, la taille actuelle de l'échantillon peut ne pas produire de différences statistiquement significatives entre des sous-groupes plus petits de jeunes, même lorsque de telles différences existent dans la population. Pour obtenir suffisamment de cas dans chaque sous-groupe de jeunes aux fins d'une comparaison valide, la taille de l'échantillon devrait augmenter de façon astronomique (ce qui entraînerait une augmentation des coûts). Toutefois, un échantillonnage a été réalisé afin d'assurer des estimations adéquates selon les deux indicateurs démographiques les plus importants : l'âge et le sexe.

Resultats de l'évaluation

A. Caractéristiques des PPS et des répondants

Dans ce chapitre, nous examinerons les caractéristiques de base des PPS, des adolescentes et jeunes ayant participé à l'enquête (tant au niveau des PPS que dans la communauté), des prestataires de services (tant au niveau des PPS que dans la communauté) et des informateurs clés inclus dans cette étude, tels que les parents, les leaders communautaires et les points focaux du MSAS au niveau des districts. Un aperçu des types de PPS inclus dans cette évaluation, ainsi que les facteurs liés au contexte démographique et socioéconomique des jeunes, sont essentiels dans la compréhension du cadre des services offerts aux jeunes et de leurs besoins en matière d'information et de services, ainsi que leur exposition à ceux-ci. De plus, les caractéristiques de base des prestataires de services peuvent influer sur leur attitude envers les adolescent(e)s/jeunes et, par conséquent, sur la façon dont ils leur offrent ces services. Les caractéristiques démographiques fournissent également des renseignements sur le niveau de représentativité des lle différents sous-groupes d'adolescent(e)s/jeunes ayant participé à cette évaluation.

Caractéristiques des PPS

_Le tableau 5 présente un aperçu des 23 PPS inclus dans cette évaluation. Comme nous l'avons mentionné précédemment, sept (7) PPS qui faisaient partie de l'échantillon initial n'ont pas été évalués en raison de leur fermeture ou pour d'autres raisons. Le tableau 5 montre que la plupart des PPS (21 sur 23) étaient situés dans une zone urbaine ou périurbaine, et la majorité (17) étaientdes PPS publics gérés par le Gouvernement du Sénégal. Les types de PPS comprenaient des centres de santé (CS) (4), des Centres Conseils pour Adolescents (CCA ; 7), des Inspections Médicales des Ecoles (IME ou centres de santé affiliés aux écoles gérés par le Ministère de l'Éducation en coordination avec le Ministère de la Santé ; 6), des structures gérées par l'ASBEF (3) et MSI (1), et enfin deux équipes mobiles de MSI menant des activités de sensibilisation et d'offre de services.[1] Cinq modèles ou types de PPS pour l'offre de services relatifs à la SRAJ ont été répertoriés : un établissement de santé (ES) autonome pour les jeunes (1), des coins jeunes ou des espaces jeunes isolés au sein d'un ES (7), des centres pour les jeunes (7), les services de SR en milieu non sanitaire (6) et les services mobiles de sensibilisation (2). Les services de sensibilisation fonctionnant en tant qu'activités ou projets indépendants gérés par des organisations communautaires de base (OCB) n'ont pas été interrogés ou inclus dans la présente étude en tant que PPS distincts en raison de la difficulté d'établir la différence entre une activité ou un programme communautaire indépendant et un programme rattaché à un établissement visé par notre évaluation. Toutefois, les activités des ASC ont été enregistrées dans le cadre des données sur les agents de santé communautaire incluses dans la présente évaluation. La plupart des PPS (11) sont ouverts depuis six ans ou plus, et huit ont été récemment ouverts au cours des cinq dernières années. La plupart des PPS fonctionnaient pendant les heures de services normales, cinq jours par semaine, généralement entre 8h00 et 18h00, cinq jours par semaine. Deux PPS ont indiqué qu'ils offrent des services 24 heures sur 24, tout au long de l'année.

Table 5 : Caractéristiques des services de santé adaptés aux jeunes évalués

Variable	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Nombre de cas (PPS)	**n=5**	**n=2**	**n=4**	**n=3**	**n=5**	**n=4**	**n=23**
Zone de PPS :							
Rurale	0 PPS	0 PPS	0 PPS	0 PPS	1 PPS	1 PPS	2 PPS
Urbain/Péri-urbain	5	2	4	3	4	3	21
Type de secteur :							
Public	3	2	3	3	3	3	17
Non-public	2	0	1	0	2	1	6
Type de PPS :							
PPS public							
Centre de santé	1	0	0	1	1	1	4
Centre de conseil pour adolescent (CCA)	1	1	2	1	1	1	7
ENM	1	1	1	1	1	1	6
PPS non gouvernemental (y compris les services mobiles							
ASBEF	1	0	1	0	1	0	3
MSI	1	0	0	0	1	1	3
Approches/modèles de services adaptés aux jeunes :							
PPS autonomes offrant des SSAJ	0	0	0	0	1	0	1
Centres pour jeunes (CCA)	1	1	2	1	1	1	7
Services de SR dans des environnements non médicaux (IME)	1	1	1	1	1	1	6
Espace séparé à l'intérieur du PPS	2	0	1	1	2	1	7
Services d'assistance mobile	1	0	0	0	0	1	2
Services communautaires	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'année de fonctionnement du PPS							
fonctionne depuis 5 ans	2	0	1	1	3	1	8
fonctionne depuis au moins 6 ans	1	2	3	2	1	2	11
Ne sais pas /Ne s'en souviens pas	2	0	0	0	1	1	4

Nombre de jours de la semaine au cours desquels le PPS est ouvert							
5 jours par semaine	3	2	2	1	2	3	13
6 jours par semaine	1	0	1	1	2	0	5
7 jours par semaine	1	0	1	1	1	1	5
Heures d'ouverture du PPS							
8:00	4	2	3	3	3	3	18
8:30	1	0	0	0	1	0	2
9:00	0	0	1	0	0	0	1
Ouvert 24 h/24, 365 j	0	0	0	0	1	1	2
Heure de fermeture du PP							
13:00-16:00	1	0	1	0	3	0	5
17:00-18:00	3	2	2	2	0	3	12
19:00-20:00	1	0	1	1	1	0	4
Ouvert 24 h/24, 365 j	0	0	0	0	1	1	2

Caractéristiques des jeunes femmes qui ont participé à des entretiens semi-structurés

Il a été demandé aux jeunes femmes qui avaient participé à l'enquête dans le cadre de l'évaluation et qui avaient déclaré utiliser une méthode contraceptive moderne, si elles accepteraient de participer à un entretien semi-structuré. Dans les six régions, 34 femmes âgées de 18 à 24 ans ont participé à ces entretiens. La plupart étaient mariées, mais deux femmes à Kolda et une à Kédougou étaient célibataires. À Kolda également, une femme était divorcée. Parmi les femmes mariées, toutes s'étaient mariées entre 14 à 22 ans (la moyenne était de 16,9), et plusieurs avaient des maris beaucoup plus âgés qu'elles, parfois avec 10 à 15 ans d'écart voire plus. La plupart des femmes étaient dans des mariages monogames, bien que plusieurs d'entre elles aient indiqué qu'elles étaient les seules épouses à l'heure actuelle, ce qui indique que le mari pourrait plus tard épouser une autre femme. Presque toutes les femmes avaient au moins un enfant ; la moyenne était de 1,6 enfant/femme. Bien qu'un certain nombre de femmes dans les six régions aient un niveau d'études secondaire, la plupart de ces femmes ne travaillent pas et dépendent de leur mari pour avoir un revenu. Celles qui travaillaient étaient pour la plupart des domestiques ou faisaient du petit commerce. La plupart des femmes interrogées avaient choisi d'utiliser des contraceptifs injectables, suivies des implants.

Tableau 7 : Caractéristiques sociodémographiques des jeunes femmes ayant utilisé la pilule, les injectables, les implants, ou le DIU et qui ont participé à des entretiens semi-structurés (n=34)

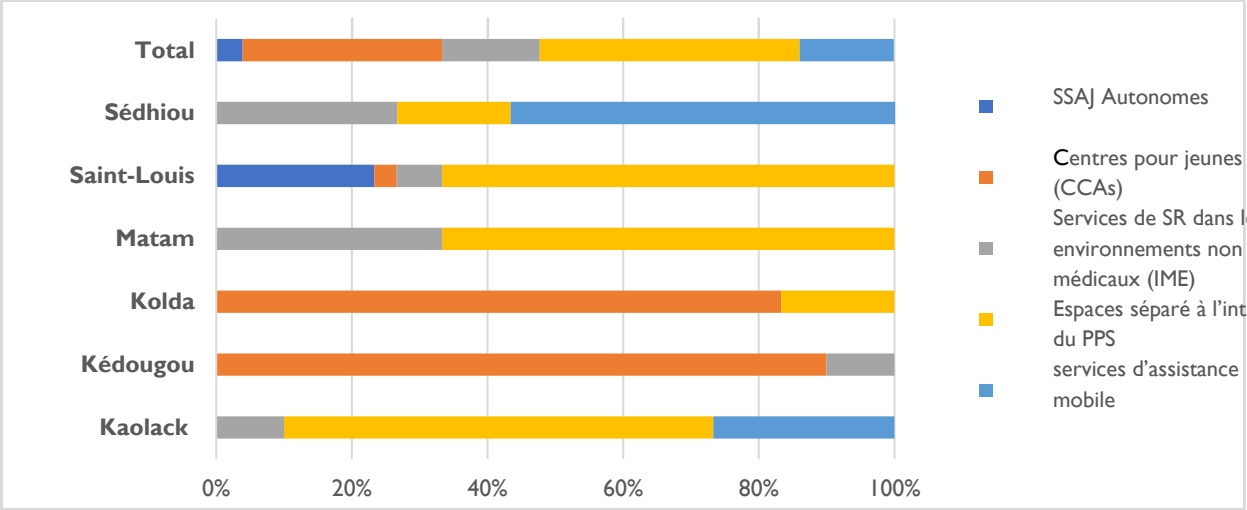
		Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	Total
		n=5	n=3	n=6	n=6	n=8	n=6	n=34
		Tranche (la moyenne)						
Age		20-23 (21.4)	20-23 (22)	18-24 (21.3)	18-22 (20.5)	19-23 (21.3)	20-23 (21.3)	18-24 (21.2)
Âge du mari		35-47 (39)	32-42 (37) n=2	27-34 (31.3) n=3	25-32 (28.8)	23-55 (36.3)	30-50 (36.7)	23-55 (34.7) n=30
Age au moment du mariage		15-19 (17.6)	15 (15) n=1	15-22 (18.3) n=3	14-19 (16.7)	14-20 (17.1)	14-18 (16.0)	14-22 (16.9) (n=29)
Nombre d'enfants		1-2 (1.8)	1-5 (2.7)	0-2 (0.7) n=3	1-3 (1.8)	1-2 (1.5)	1-3 (1.8)	0-5 (1.6) n=31
		N						
Education	Aucune/religieuse		1			2	1	4
	Primaire	2		2	1	4		9
	Moyenne	1	2	1			2	6
	Secondaire & supérieur	2		2	3	2	3	12
	Pas d'information			1	2			3
Statut matrimonial	Marié(e) : Monogamie	4	2	3	6	6	4	25
	Marié (e) : Polygamie	1				2	1	4
	Célibataire/Divorcé		1	3				4
Type de contraceptif utilisé	Implant	3		3	2		2	10
	Injectable	1	3	2	1	6	3	16
	DIU						1	1
	Pilule	1		1	3	2		7
Travailler pour gagner de l'argent	Oui			3	1	1	1	6
	Non	5	3	3	5	7	5	28

Caractéristiques des adolescent(e)s/jeunes qui ont participé aux interviews de siortie

Cette section décrit le profil démographique et socioéconomique des répondants aux entretiens de sortiet. Au total, 180 répondants ont été interrogés peu après qu'elles aient reçu des services dans les 23 PPS qui ont fait l'objet de l'enquête. Les caractéristiques démographiques ont été examinées pour déterminer les catégories d'adolescent(e)s/jeunes qui ont accès aux services de santé pour les adolescent(e)s/jeunes, y compris l'âge, le sexe, le type de résidence, le statut éducatif, le statut matrimonial, l'âge au moment du mariage et le nombre d'enfants vivants au moment de l'enquête. Nous avons également examiné le type de PPS dans lequel ils ont effectué l'entretien et le modèle d'approche de prestation de services adopté. La répartition des répondants selon certaines caractéristiques de base est présentée au tableau 8.

Le graphique 1 ci-dessous présente des informations sur le type d'approche de prestation de services adopté dans le PPS où les clients ont été interrogés.

Graphique 1: Types de PPS où les clients ont été interrogés, n=180



Le tableau 8 montre que dans les six régions, les clients étaient également répartis entre 15-24 ans et très peu d'entre eux étaient âgés de moins de 15 ans (1,1%). Le groupe d'âge modal pour tous les répondants aux entretiens de sortie était de 15 à 19 ans (51,7 %), avec quelques variations selon la région ; l'âge moyen des clients était de 19,3 ans. Les répondants aux entretiens de sortie étaient légèrement plus âgés à Kaolack (21,1 ans) et à Saint-Louis (20,5 ans), et plus jeunes à Kédougou (16,6 ans) et à Kolda (18,3 ans).

La plupart des clients étaient des femmes : de tous les clients interrogés, 16,1 % étaient des hommes et 83,9 % étaient des femmes, bien que cela varie selon les régions. Le pourcentage d'hommes (clients) interrogés était le plus élevé à Kédougou (40,0 %) et le plus faible à Kaolack (3,3 %).

La plupart des adolescent(e)s/jeunes clients avaient un niveau d'éducation moyen (31,1 %) ou secondaire

(29,4 %). Une grande proportion des clients de Kaolack (33,3 %) et de Sédhiou (50,0 %) n'avait aucune éducation. À Saint-Louis, la plupart des clients avaient fait des études secondaires ou supérieures (56,7 %). Ces variations peuvent être liées à la proportion de clients masculins interrogés dans ces différentes régions, car les hommes ont tendance à avoir un niveau de scolarité supérieur à celui des femmes.

Dans les six régions, les clients étaient légèrement plus des célibataires mariés (53,9 %) que mariés ou divorcés (45,6 % et 0,6 %, respectivement). Toutefois, le statut matrimonial des clients variait considérablement d'une région à l'autre. À Kédougou, tous les clients interrogés étaient célibataires alors qu'à Kaolack, seul 13,3 % des clients « taient célibataires.

Plus du tiers (37,2 %) des clients interrogés avaient au moins un enfant vivant au moment de l'enquête. Encore une fois, cela variait beaucoup d'une région à l'autre, tous les répondants (100,0 %) de Kédougou n'ayant pas d'enfant vivant et 70,0 % des répondants de Kaolack ayant au moins un enfant vivant (70,0 %). Près d'un cinquième de tous les répondants avaient un enfant vivant ; 17,8 % avaient au moins deux enfants vivants.

En plus de décrire les caractéristiques des répondants à l'entretien de sortie, le tableau 8 montre également les caractéristiques des PPS où le client a été interrogé. Dans cette évaluation, la plupart des clients ont été interrogés dans un PPS situé en milieu urbain (86,7 %). Au niveau régional, seuls les clients de Sédhiou étaient susceptibles d'être interrogés dans un PPS situé en zone rurale (56,7 %).

La plupart des entretiens ont eu lieu dans des PPS publics, gérés par le Gouvernement. Plus de la moitié des clients ont été interrogés soit dans un centre de santé (28,3 %), soit dans un centre conseils pour adolescents-, CCA (29,4 %)[c]. Un seul client (Kaolack) a été interrogé dans un poste de santé public. Les PPS gérés par l'Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial (ASBEF)(affiliée à la International Planned Parenthood Federation) et MSI ont également été inclus dans cette évaluation. Environ 9,4 % des clients ont été interrogés dans un PPS de l'ASBEF, et 17,8 % dans une structure de MSI ou dans le cadre d'une activité des équipes mobiles.

Ces divers PPS fournissent des services de SR dans une certaine mesure ou fournissent au moins certains services de SR aux jeunes principalement par le biais de cinq modèles de services différents : clinique autonome pour les adolescent(e)s/jeunes, coins jeunesclinique isolé au sein d'un établissement de santé, centres polyvalents pour jeunes (CCA), équipe mobile, ou PPS dans des environnements non médicaux (IME). En raison de la disponibilité des services, la plupart des répondants à l'entretien de sortie ont été interrogés dans un PPS avec un espace séparé pour les services de SR destinés aux adolescent(e)s/jeunes (38,3 %) ; près du tiers (29,4 %) des clients ont été interrogés dans un PPS fonctionnant comme centre pour jeunesse, et 13,9 % des jeunes clients ont été interrogés à partir des services d'équipes mobiles. Cela variait considérablement d'une région à l'autre, puisque seulement 23 PPS ont été inclus dans l'évaluation. Les clients des services mobiles ne venaient que de Kaolack (26,7 %) ou de Sédhiou (56,7 %), par exemple.

[c] Les CCA sont gérés par le ministère de la Jeunesse et des Sports du Sénégal. Il ne s'agit pas non plus d'établissements de santé, mais plutôt de structures récréatives avec une infirmerie offrant un éventail limité de services de santé.

Exactement 41,1 % de tous les clients visitaient les PPS pour la première fois le jour de l'entretien, et plus de la moitié (57,2 %) avaient été référés pour leur visite actuelle le jour même de l'entretien. Les jeunes clients ont indiqué qu'ils se trouvaient à proximité du PPS : 30,6 % des clients ont déclaré avoir voyagé moins de 15 minutes pour se rendre au PPS et 36,7 % ont voyagé moins de 30 minutes. Seulement 11,7 % ont déclaré avoir voyagé plus d'une heure ; plusieurs de ces clients étaient basés dans la région de Matam.

Enfin, le tableau 8 présente la principale raison de la visite du client le jour de l'entretien. Environ un quart (25,6 %) des clients interrogés ont déclaré qu'ils s'étaient rendus au PPS pour obtenir des services de PF. Parmi les autres services clés recherchés figuraient les soins prénataux et les services d'accouchement (24,4 %), les conseils en SR et les informations sur l'hygiène menstruelle (20,6 %), ainsi que les soins curatifs généraux (17,8 %). A Kolda et à Matam, une grande proportion de clients se rendait dans les PPS pour obtenir des services liés aux soins prénataux et à l'accouchement (46,7 % à Kolda et 56,7 % à Matam), tandis que la plupart des clients à Sédhiou ont été interrogés après avoir sollicité les services de PF (60,0%). Cela peut significativement refléter le type de PPS et les services offerts aux adolescent(e)s/jeunes où les clients ont été interrogés.

Tableau 8 : Répartition en pourcentage des répondants à l'entretien de départ (jeunes) selon les caractéristiques de base

Caractéristiques	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Nombre de cas	**n=30**	**n=30**	**n=30**	**n=30**	**n=30**	**n=30**	**n=180**
ge :							
10-14	0.0%	0.0%	3.3%	3.3%	0.0%	0.0%	1.1
15-19	16.7%	96.7%	63.3%	43.3%	40.0%	50.0%	51.7%
20-24	83.3%	3.3%	33.3%	53.3%	60.0%	50.0%	47.2%
Âge moyen	21.1 ans	16.6 ans	18.3 ans	19.5 ans	20.5 ans	19.6 ans	19.3 ans
Sexe :							
Homme	3.3%	40.0%	13.3%	10.0%	10.0%	20.0%	16.1%
Femme	96.7%	60.0%	86.7%	90.0%	90.0%	80.0%	83.9%
Education :							
Aucune	33.3%	0.0%	10.0%	6.7%	13.3%	50.0%	18.9%
Primaire	20.0%	0.0%	26.7%	30.0%	13.3%	3.3%	15.6%
Moyen	16.7%	63.3%	50.0%	30.0%	16.7%	10.0%	31.1%
Secondaire	26.7%	36.7%	10.0%	26.7%	40.0%	36.7%	29.4%
Université	3.3%	0.0%	3.3%	6.7%	16.7%	0.0%	5.0
Statut matrimonial :							
Jamais marié(e)	13.3%	100.0%	76.7%	43.3%	50.0%	40.0%	53.9%
Actuellement marié(e)	86.7%	0.0%	23.3%	56.7%	46.7%	60.0%	45.6%
Autrefois marié(e)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%	.6
a des enfants en vie ?							
oui	70.0%	0.0%	16.7%	33.3%	46.7%	56.7%	37.2%
Non	30.0%	100.0%	83.3%	66.7%	53.3%	43.3%	62.8%
Nombre d'enfant en vie :							
0	30.0%	100.0%	83.3%	66.7%	53.3%	43.3%	62.8%
1	20.0%	0.0%	13.3%	20.0%	43.3%	20.0%	19.4%
2	20.0%	0.0%	3.3%	3.3%	3.3%	16.7%	7.8
3 ou plus	30.0%	0.0%	0.0%	10.0%	0.0%	20.0%	10.0%
Emplacement du PPS :							
Rural	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	23.3%	56.7%	13.3%
Urbain	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	76.7%	43.3%	86.7%
Type de PPS où l'entretien a eu lieu							
PPS public							
Centre de santé	40.0%	0.0%	0.0%	66.7%	46.7%	16.7%	28.3%
Poste de santé	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	.6
Centre de conseil pour Adolescent (CCA)	0.0%	90.0%	83.3%	0.0%	3.3%	0.0%	29.4%
IME	10.0%	10.0%	0.0%	33.3%	6.7%	26.7%	14.4%

PPS non gouvernemental							
ASBEF	20.0%	0.0%	16.7%	0.0%	20.0%	0.0%	9.4
MSI	26.7%	0.0%	0.0%	0.0%	23.3%	56.7%	17.8%
Approche relative aux SSAJ adoptée dans les PPS :							
PPS autonome offrant les SSAJ	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	23.3%	0.0%	3.9 %
Centres pour jeunes (CCA)	0.0%	90.0%	83.3%	0.0%	3.3%	0.0%	29.4%
Service de SR dans des environnements non médicaux	10.0%	10.0%	0.0%	33.3%	6.7%	26.7%	14.4%
Espace séparé à l'intérieur du PPS	63.3%	0.0%	16.7%	66.7%	66.7%	16.7%	38.3%
Services d'assistance mobile	26.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	56.7%	13.9%
Pourcentage d'adolescents/jeunes visitant le PPS pour la première fois	50.0%	56.7%	23.3%	43.3%	10.0%	63.3%	41.1%
Pourcentage d'adolescents/jeunes référés pour la visite en cours	63.3%	100.0%	16.7%	83.3%	26.7%	53.3%	57.2%
Temps de voyage pour :							
Moins de 15 minutes	10.0%	23.3%	26.7%	36.7%	33.3%	53.3%	30.6%
15-30 minutes	40.0%	56.7%	33.3%	26.7%	46.7%	16.7%	36.7%
30-45 minutes	20.0%	6.7%	3.3%	0.0%	6.7%	3.3%	6.7
45 minutes – 1 heure	20.0%	13.3%	16.7%	6.7%	10.0%	20.0%	14.4%
Plus d'une heure	10.0%	0.0%	20.0%	30.0%	3.3%	6.7%	11.7%

'aujourd'hui							
Planification familiale	33.3%	0.0%	16.7%	6.7%	36.7%	60.0%	25.6%
Soins pendant la grossesse et L'accouchement	30.0%	0.0%	46.7%	56.7%	10.0%	3.3%	24.4%
Education et/ou counselling sur la SSR/hygiène menstruelle	0.0%	90.0%	16.7%	3.3%	13.3%	0.0%	20.6%
Soins curatifs/ consultation générale	10.0%	6.7%	0.0%	60.0%	6.7%	23.3%	17.8%
Prise en charge gynécologue	10.0%	3.3%	16.7%	0.0%	13.3%	13.3%	9.4%
Conseils/dépistage pour le VIH/SIDA	0.0%	0.0%	10.0%	0.0%	16.7%	0.0%	4.4%
Traitement et conseils sur les IST	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%	16.7%	0.0%	3.3%
Soins postnatals	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%

Vaccinations	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	.6%
Soins après avortement	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%	.6%
Autre	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%	0.0%	2.8%

Caractéristiques des prestataires de service des PPS interrogés

La répartition des prestataires de services dans les PPS selon certaines caractéristiques de base est présentée dans le tableau 9. Il convient de noter qu'en raison du petit nombre de PPS qui offrent des services aux adolescent(e)s/jeunes dans les six régions, la taille correspondante de l'échantillon des prestataires est également petite (n=50). Par conséquent, les résultats concernant les prestataires, en particulier au niveau régional, doivent être interprétés avec prudence.

Dans les six régions, l'âge moyen des prestataires était de 34,2 ans. La plupart des prestataires (54 %) étaient âgés de 30 à 39 ans. En outre, la plupart des prestataires interrogés (78,0 %) étaient des femmes. Près du quart (22 %) étaient des hommes. Il convient de noter que ces chiffres peuvent ne pas refléter la composition réelle par sexe des prestataires de services de santé adaptés aux jeunes dans les régions étudiées. Ils reflètent plutôt ceux qui étaient présent le jour de l'entretien.

Dans presque toutes les régions, le niveau d'éducation des prestataires de services au niveau des PPS correspond au niveau supérieur re (70 %). Cependant, à Sédhiou et à Matam, environ la moitié des prestataires (40 % à Matam et 50 % à Sédhiou) n'avaient que le niveau secondaire. Ces pourcentages dans la plupart des régions montrent que la majorité des prestataires de services ont une formation supérieure requise pour s'acquitter adéquatement de leurs fonctions d'infirmières et de sages-femmes.

La majorité des prestataires de services étaient mariés au moment de l'enquête (72 %) et 62 % ont déclaré avoir au moins un enfant. Le pourcentage des prestataires de services ayant des enfants de 10 à 24 ans est le plus élevé à Kolda (67,1 %) et le plus faible à Kédougou (0,0 %).

Les infirmières-sages-femmes constituent le groupe le plus important de prestataires de services aux adolescent(e)s/jeunes dans les PPS évalués dans ces six régions du Sénégal (58 %). Les autres catégories de prestataires de services sont les infirmières (10 %), les aides-soignants (10 %), les assistants de laboratoire (8 %) et le personnel de soutien paramédical (14 %).

Seulun cinquième (20 %) des prestataires de services des PPS sont devenus des professionnels de la santé au cours des quatre années précédant l'enquête et sont relativement nouveaux dans ce travail. La plupart des prestataires (52 %) exercent leur profession depuis 5 à 9 ans. Environ un tiers (32 %) des prestataires sont installés à leur service actuel depuis moins d'un an et sont par conséquent nouveaux au niveau de leur poste de travail.

Les prestataires de service sont situés dans différentes unités au niveau des PPS, beaucoup d'entre eux travaillant dans plusieurs unités. Une majorité de prestataires (56 %) ont mentionné qu'ils offraient des services de consultation générale, et une grande proportion de prestataires ont indiqué qu'ils offraient des services de prévention et de traitement du VIH et des IST (42 %), des services de PF (40 %), de conseil aux adolescent(e)s/jeunes (40 %), de soins prénataux, maternels et postnataux, ainsi que des

services d'accouchement (32 %).

Comme observé chez les clients de l'entretien de sortie, la plupart des prestataires de services travaillent dans des PPS publics (gouvernementaux) : 28 % dans les centres de santé du gouvernement, 26 % dans les CCA et 18 % dans les IME du gouvernement. Environ 14% des prestataires de services travaillent sur des structures de l'ASBEF et 14 % sur des structures de MSI (services fixes ou équipes mobiles). Environ 42 % travaillent dans un PPS avec un espace séparé pour les services destinés aux adolescent(e)s/jeunes.

Tableau 9 : Répartition en pourcentage des prestataires de services de santé adaptés aux jeunes dans les PPS selon les caractéristiques de base

Caractéristiques	REGION (non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Nombre de cas (PPS)	**n=10**	**n=3**	**n=7**	**n=10**	**n=10**	**n=10**	**n=50**
Âge :							
15-29 ans	20.0% (2)	0.0% (0)	42.9% (2)	20.0% (2)	30% (3)	20% (2)	24.0%
30-39 ans	60.0% (6)	66.7% (2)	42.9% (3)	50.0% (5)	50% (5)	60% (6)	54.0%
40 ans et plus	20.0% (2)	33.3% (1)	14.3% (1)	30.0% (3)	20% (2)	20% (2)	22.0%
Âge moyen (année)	35.4 ans	35.0 ans	33.3 ans	35.6 ans	31.0 ans	35.4 ans	34.2 ans
Sexe :							
Homme	10% (1)	33.3% (1)	28.6% (2)	10% (1)	10% (1)	50% (5)	22.0%
Femme	90% (9)	66.7% (2)	71.4% (5)	90% (9)	90% (9)	50% (5)	78.0%
Type de Résidence/localité :							
Rural	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	20.0% (2)	20.0% (2)	10.0%
Urbain/Péri-urbain	100% (10)	100% (3)	100% (7)	100% (10)	80% (8)	80% (8)	90.0%
Éducation :							
Moyen	0.0% (0)	0.0% (0)	14.3% (1)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	2.0%
Secondaire	20% (2)	33.3% (1)	14.3% (1)	40% (4)	10% (1)	50% (5)	28.0%
Supérieur (Université)	80% (8)	66.7% (2)	71.4% (5)	60% (6)	90% (9)	50% (5)	70.0%
Statut matrimonial :							
Jamais marié(e)	10% (1)	66.7% (2)	0.0% (0)	30% (3)	30% (3)	30% (3)	24.0%
Actuellement marié(e)	90% (9)	33.3% (1)	100% (7)	60% (6)	60% (6)	70% (7)	72.0%
Autrefois marié(e)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	10% (1)	10% (1)	0.0% (0)	4.0%
Nombre d'enfant vivant :							
0	40% (4)	66.7% (2)	14.3% (1)	50% (5)	40% (4)	30% (3)	38.0%
1	10% (1)	0.0% (0)	42.9% (3)	10% (1)	20% (2)	20% (2)	18.0%
2	20% (2)	0.0% (0)	14.3% (1)	30% (3)	20% (2)	10% (1)	18.0%
3 ou plus	30% (3)	33.3% (1)	28.6% (2)	10% (1)	20% (2)	40% (4)	26.0%
a au moins un enfant vivant âgé de 10-24 ans :							

Oui	30% (3)	0.0% (0)	67.1% (4)	10% (1)	10% (1)	40% (4)	26.0%
Non	70% (7)	100% (3)	42.9% (3)	90% (9)	90% (9)	60% (6)	74.0%
Actuel Statut professionnel :							
Infirmier/lère	10% (1)	33.3% (1)	14.3% (1)	20% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)	10.0%
Infirmière -sage-femme	70% (7)	33.3% (1)	42.9% (3)	60% (6)	80% (8)	40% (4)	58.0%
Aide-soignant(e)	20% (2)	0.0% (0)	14.3% (1)	0.0%	10% (1)	10% (1)	10.0%
Assistant de laboratoire	0.0%	33.3% (1)	28.6% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)	10% (1)	8.0%
Autres*	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	20% (2)	10% (1)	40% (4)	14.0%
Depuis combien de temps le prestataire est-il un professionnel de la santé ?							
1-4 ans	20% (2)	33.3% (1)	0.0% (0)	20% (2)	30% (3)	20% (2)	20.0%
5-9 ans	40% (4)	33.3% (1)	85.7% (6)	50% (5)	40% (4)	60% (6)	52.0%
10+ ans	40% (4)	33.3% (1)	14.3% (1)	30% (3)	30% (3)	20% (2)	28.0%
Depuis combien de temps le prestataire travaille dans le PPS objet de l'enquête :							
1 an ou moins	40% (4)	66.7% (2)	14.3% (1)	30% (3)	30% (3)	30% (3)	32.0%
2-4 ans	10% (1)	33.3% (1)	42.9% (3)	50% (5)	30% (3)	30% (3)	32.0%
5+ ans	50% (5)	0.0% (0)	42.9% (3)	20% (2)	40% (4)	40% (4)	36.0%
Type de PPS où l'entretien a eu lieu :							
PPS publics							
Centre de santé	30% (3)	0.0% (0)	0.0% (0)	60% (6)	30% (3)	20% (2)	28.0%
Centre de conseils pour adolescents (CCA)	0.0% (0)	66.7% (2)	57.1% (4)	30% (3)	10% (1)	30% (3)	26.0%
IME	20% (2)	33.3% (1)	14.3% (1)	10% (1)	10% (1)	30% (3)	18.0%
PPS non gouvernemental							
ASBEF	20% (2)	0.0% (0)	28.6% (2)	0.0% (0)	30% (3)	0.0% (0)	14.0%
MSI	30% (3)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	20% (2)	20% (2)	14.0%
Approche relative aux SSAJ adoptée dans les PPS :							
PPS offrant des SSAJ autonomes	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0% (2)	0.0%	4.0%
Centres pour jeunes (CCAs)	0.0%	66.7% (2)	57.1% (4)	30.0% (3)	10.0% (1)	30.0% (3)	26.0%
Services de SR dans des environnements non médicaux (IME)	20% (2)	33.3% (1)	14.3% (1)	10.0% (1)	10.0% (1)	30.0% (3)	18.0%

Espace séparé à l'intérieur du PPS	50% (3)	0.0% (0)	28.6% (2)	60% (6)	60% (6)	20% (2)	42.0%
Services d'assistance mobile	30% (3)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	20% (2)	10.0%
Unité/département où travaille le prestataire de SSAJ (plusieurs permis) :							
Consultation générale	30% (3)	66.7% (2)	71.4% (5)	80% (8)	60% (6)	40% (4)	56.0%
STI/HIV Prévention et Traitement du VIH/IST	20% (2)	0.0% (0)	71.4% (5)	50% (5)	70% (7)	20% (2)	42.0%
Planification familiale	30% (3)	33.3% (1)	57.1% (4)	40% (4)	60% (6)	20% (2)	40.0%
Coins jeunesse	40% (4)	100.0%	14.3% (1)	70% (7)	50% (5)	0.0% (0)	40.0%
Prénatal, Maternité, Postnatal	20% (2)	33.3% (1)	42.9% (3)	40% (4)	50% (5)	10% (1)	32.0%
Équipe d'assistance mobile	20% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	10% (1)	20% (2)	10.0%
Autres	30% (3)	33.3% (1)	28.6% (2)	40% (4)	40% (4)	40% (4)	36.0%

* Parmi les autres désignations professionnelles, figurent : travailleur /assistant social, maitre d'éducation populaire, assistant infirmier, enseignant, et pair éducateur.

Les caractéristiques des agents de santé communautaire (ASC) interrogés

Le tableau 10 montre la répartition des 150 ASC/relais travaillant dans les zones desservies par les 23 PPS évalués (bien que peu soient activement rattachés à ces PPS) selon les caractéristiques de base sélectionnées. Les ASC/relais étaient généralement beaucoup plus âgés que leurs potentiels ou réels clients adolescent(e)s et jeunes; près des trois quarts (74,0 %) étaient âgés de 30 ans et plus au moment de l'enquête.

Il y avait un peu plus de femmes que d'hommes ASC/relais : 68 % de tous les ASC/relais interrogés étaient des femmes, et selon les régions, le pourcentage variait de 40 % à Kolda à 89,2 % à Saint-Louis. En ce qui concerne leur localisation, moins de la moitié (48,7 %) des ASC/relais se trouvaient dans des zones rurales, où les services d'assistance sont les plus nécessaires.

Près des deux tiers (64,7 %) des ASC/relais avaient un niveau d'études secondaires ou supérieures ; ce pourcentage varie de 46,2 % à Kédougou à 80 % à Sédhiou. Trois ASC/relais sur quatre (75,3 %) étaient mariés au moment de l'enquête. Le pourcentage des ASC/relais mariés varie de 64,9 % à Saint-Louis à 92,3 % à Kédougou.

Près de la moitié (48 %) des ASC/relais travaillent dans leur sphère de compétence depuis dix ans ou plus, ce qui implique, comme nous l'avons noté pour les pairs éducateurs, un bon mélange d'agents expérimentés) et moins expérimentés qui pourraient apprendre les uns des autres. Seulement 30 % des ASC/relais ont travaillé comme ASC/relais au cours des quatre dernières années précédant l'enquête.

Les données de la dernière section du tableau 10 suggèrent que la majorité des ASC/relais pourraient avoir acquis une compréhension assez complète des conditions de santé de leur communauté dans la mesure où ils ont vécu dans ces communautés pendant dix ans ou plus, la plupart depuis leur naissance.

Presque tous (91,3 %) les ASC/relais ont déclaré avoir vécu pendant dix ans ou plus dans les communautés où ils offrent des services ; 57,3 % ont vécu dans ces communautés depuis leur naissance.

Tableau 10 : Pourcentage de répartition des ASC/Relais selon les caractéristiques de base

Caractéristiques	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Nombre de cas (ASC/relais)	**n=25**	**n=13**	**n=25**	**n=25**	**n=37**	**n=25**	**n=150**
Âge :							
18-29 ans	12.0%	30.8%	28.0%	28.0%	24.3%	36.0%	26.0%
30-39 ans	44.0%	23.1%	36.0%	36.0%	21.6%	12.0%	28.7%
40 ans +	44.0%	46.2%	36.0%	36.0%	54.1%	52.0%	45.3%
Sexe :							
Homme	24.0%	46.2%	60.0%	16.0%	10.8%	52.0%	32.0%
Femme	76.0%	53.8%	40.0%	84.0%	89.2%	48.0%	68.0%
Type de Résidence/ localité :							
Urbain/Péri - urbain	52.0%	30.8%	52.0%	24.0%	75.7%	52.0%	51.3%
Rural	48.0%	69.2%	48.0%	76.0%	24.3%	48.0%	48.7%
Éducation :							
Aucun	8.0%	0%	0%	4.0%	0%	4.0%	2.7%
Primaire	32.0%	53.8%	48.0%	40.0%	21.6%	16.0%	32.7%
Secondaire et supérieur	60.0%	46.2%	52.0%	56.0%	78.4%	80.0%	64.7%
Statut matrimonial :							
Jamais marié(e)	8.0%	7.7%	12.0%	8.0%	24.3%	28.0%	16.0%
Actuellement marié(e)	80.0%	92.3%	80.0%	76.0%	64.9%	72.0%	75.3%
Autrefois marié(e)	12.0%	0%	8.0%	16.0%	10.8%	0%	8.7%
Depuis combien de temps le répondant travaille comme ASC/relais :							

0-4 ans	44.0%	15.4%	20.0%	28.0%	29.7%	36.0%	30.0%
5-9 ans	16.0%	30.8%	44.0%	16.0%	18.9%	12.0%	22.0%
10+ ans	40.0%	53.8%	36.0%	56.0%	51.4%	52.0%	48.0%
Temps déjà passé dans la communauté visée par l'enquête							
1-9 ans	20.0%	0%	8.0%	0%	5.4%	16.0%	8.7%
10+ ans	44.0%	23.1%	20.0%	12.0%	27.0%	76.0%	34.0%
Depuis la naissance	36.0%	76.9%	72.0%	88.0%	67.6%	8.0%	57.3%

Caractéristiques des responsables de programme de SSR interrogés

Les responsables des programmes de SSR, généralement des points focaux ou des coordinateurs de SSR qui ont travaillé avec les PPS et les représentants d'un éventail d'organisations de la société civile (OSC) et d'organisations internationales, y compris celles impliquées dans la santé, l'éducation, le développement local, la jeunesse et les sports, ont été interrogés dans les six régions. Au totalt, 17 femmes et 22 hommes ont participé à ces EA. Pour ce qui est de l'âge, bon nombre de ces participants se trouvaient dans la trentaine ou la quarantaine. Étant donné que la plupart des personnes interrogées dirigeaient des organisations ou étaient engagées dans la prestation de services de santé, il n'est pas surprenant que la plupart d'entre elles aient fait des études allant au delà du secondaire.

Tableau 11 : Caractéristiques sociodémographiques des responsables de programmes de SSR et des représentants des OSC qui ont participé aux entretiens approfondies (n=39)

		Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	Total
		n=7	n=4	n=7	n=5	n=10	n=6	n=39
		Tranche (moyenne)						
Âge		33-60	35-40 (38.3)	32-63 (41.0)	27-56 (40.8)	37-59 (46.7)	33-63 (49.7)	27-63 (44.4)
		N						
Sexez	Femme	2	1	2	3	7	2	17
	Homme	5	3	5	2	3	4	22
Éducation	Aucune/religieuse					2		2
	Primaire							
	Moyenne					1	1	2
	Secondaire & supérieure	5	4	7	5	6	5	32
	Pas d'informations	2				1		3

Caractéristiques des pairs éducateurs interrogés

Au total, 18 DG ont été organisées avec des pairs éducateurs dans les six régions. Certaines étaient composées uniquement d'hommes ou de femmes, et d'autres étaient mixtes ; en tout, 61 femmes et 66 hommes ont participé à ces DG. La plupart des participants étaient âgés de 15 à 24 ans (la moyenne d'âge était de 20,9 ans) ; la plupart étaient des lycéens ou des étudiants, mais quelques-uns participaient à des activités génératrices de revenus ou à des programmes de formation professionnelle. La plupart des pairs éducateurs n'étaient pas mariés et n'avaient pas d'enfants. Les pairs éducateurs avaient une grande variété d'expériences dans leurs rôles ; certains n'étaient pairs éducateurs que depuis quelques semaines ou quelques mois, tandis que d'autres ont accumulé de nombreuses années d'expérience.

Interrogés sur leurs motivations à devenir pairs éducateurs, plusieurs d'entre eux ont évoqué le désir de contribuer au développement de leurs communautés et de combattre les phénomènes néfastes. En outre, bon nombre ont relevé que les motivations financières ne constituaient pas un facteur qui a guidé leur choix. De nombreuses paires éducatrices à Matam, par exemple, ont noté qu'elles avaient décidé de devenir des paires éducatrices pour essayer de combattre les violences Basées sur le Genre (VBG) dans leur région. A Kolda, plusieurs pairs éducateurs ont déclaré qu'ils avaient été motivés à se joindre à l'équipe pour sensibiliser les communautés aux risques d'une grossesse précoce ; comme l'a expliqué un pair éducateur : « *Je suis devenu pair éducateur pour mieux contribuer à l'atténuation des problèmes auxquels nous sommes confrontés à Kolda. Nous rencontrons d'énormes difficultés face à la recrudescence des grossesses précoces chez les mineures*. » Un pair éducateur à Koalack a relevé que : « *Nous sommes devenus pairs éducateurs parce que nous voulons participer au développement de notre pays. ».* De nombreux pairs éducateurs étaient affiliés à des organisations ou à des services de santé, dont le Centre Conseil Adolescent (CCA), l'Inspection Médicale des Écoles (IME), MSI et l'Association Sénégalaise pour le Bien-Être Familial (ASBEF).

Table 12 : caractéristiques sociodémographiques des pairs éducateurs (n=127)

		Kaolac	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	Total
# DG		3	2	3	3	4	3	18
# Participants		n=22	n=14	n=19	n=24	n=26	n=22	n=127
		Range (la moyenne)						
Age		16-26 (19.9)	17-15 (24.7)	15-30 (22.0)	15-27 (18.8)	15-27 (21.6)	15-27 (20.2)	15-45 (20.9)
# Enfants		0-1 (0.05)	0-1 (0.2)	0-1 (0.05)	0 (0)	0 (0)	0-1 (0.1)	0-1 (0.06)
Années d'expérience en tant que pair éducateur		0.04-6 (2.3)	1-18 (4.1)	0-6 (2.5)	0.5-5 (2.1)	0.25-5 (2.0)	1-6 (2.5)	0-18 (2.5)
		N						
Sexe	Femme	9	5	13	14	9	11	61
	Homme	13	9	6	10	17	11	66
Éducation	Aucun/religieux				1	1		2
	Primaire							0
	Moyen	5					5	10
	Secondaire & supérieur	17	14	19	23	25	17	115
Statut matrimonial	Marié(e)	1	1	2				4
	Célibataire	21	13	17	24	26	22	123

Caractéristiques des parents interrogés

Les parents d'adolescents et de jeunes ont participé à 24 DG (dont la moitié étaient des pères et l'autre moitié des mères) dans les six régions. Au total, 93 mères et 88 pères ont participé à ces DG. Les parents étaient surtout dans la quarantaine et la cinquantaine (l'âge moyen était de 49,6 ans) et la plupart avaient plus d'un enfant de 10 à 24 ans. La plupart des parents sont actuellement mariés ; 67 d'entre eux sont en union monogame et 92 en union polygame. La plupart des parents avaient fait de très courtes études - 93 n'avaient pratiquement aucune éducation formelle ou seulement une éducation coranique, et 60 n'avaient terminé que l'enseignement primaire. La plupart des femmes étaient des femmes au foyer ou gagnaient un revenu grâce au petit commerce, tandis que les hommes exerçaient une plus grande variété d'activités génératrices de revenus, à savoir l'agriculture, la pêche et le commerce (menuiserie, maçonnerie, etc.), entre autres.

Table 13 : Caractéristiques sociodémographiques des parents qui ont pris part aux DG (n=181)

		Kao	Kédou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	Total
Nombre de DG		4	2	4	4	6	4	24
# Participants		n=2	n=13	n=26	n=32	n=48	n=33	n=181
			Tranche (moyenne)					
Âge			36-73 (51.5)	28-79 (49.2)	25-87 (49.6)	36-67 (50.3)	21-64 (45.2)	21-
Nombre d'enfants âgés de 10-24			1-14 (4.5)	0-10 (3.6)	1-8 (4.0)	1-11 (3.6)	1-8 (4.6)	0-14
			N					
Sexe	Femme		15	7	13	16	25	17	93
	Homme		14	6	13	16	23	16	88
Éducation	Aucun/religieux		14	5	14	26	24	10	93
	Primaire		12	4	10	5	13	16	60
	Moyen		1	2				4	7
	Secondaire & supérieure		2	2	2	1	11	3	21
Statut matrimonial	Marié(e) : Monogamie		11	4	12	10	16	14	67
	Marié(e) : Polygamie		15	2	14	16	26	19	92
	Veuf(ve)		2	2		5	2		11
	Célibataire/Divorcé(e)		1	5		1	4		11
Activités génératrices de revenu	Agriculture		1	6	1	6	8	13	35
	Pêche						7		7
	Femme au foyer					7	13	4	24
	Ouvrier				4				4
	Bonne		8	4	5				17
	Emploi professionnel			2	1		1	1	5
	Religion/culture enseignement/ leadership		3		2	1			6
	Commerçant/vendeur/ homme d'affaires (commerce)		8	1	7	13	8	11	48
	Marchand		1		2		1	2	6
	Retraité		6		1	1	4		12
	Autres		2		3	4	6	2	17

Caractéristiques des leaders communautaires interrogés

Dans les six régions, 37 leaders communautaires ont été interrogés et la plupart avaient entre 50 et 60 ans. Parmi ces leaders, figuraient des chefs de village et de quartier, des imams, des chefs d'associations locales, des directeurs ou proviseurs d'écoles primaires ou secondaires, des dirigeants élus et des Bajenu gox[d]. Certains des rôles occupés par les leaders s communautaires se chevauchaient avec ceux des représentants des OSC, bien que les guides d'entretien pour chaque catégorie de participants aient été spécifiés. Parmi les 9 femmes et les 28 hommes qui ont été interrogés en tant que leaders communautaires, la plupart avaient un niveau d'éducation secondaire ou supérieur, bien que 9 n'avaient pratiquement aucune éducation formelle et 7 n'avaient qu'un niveau d'éducation primaire.

Table 14 : Caractéristiques des leaders communautaires qui ont pris part à l'entretien approfondi (n=37)

		Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	Total
		n=6	n=3	n=6	n=8	n=8	n=6	n=37
		Tranche (moyenne)						
Âge		37 - 63	33-50 (42.7)	32-63 (48.4) n=5	29-80 (42.0)	44-77 (60.3)	35-60 (53.6) n=5	29-80 (51.2) n=35
		N						
Sexe	Femme	1	1	3	3	1		9
	Homme	5	2	3	5	7	6	28
Éducation	Aucun/religion	1			2	5	1	9
	Primaire		1	3	2		1	7
	Moyen		1		1		2	4
	Secondaire & supérieur	5	1	2	3	3	2	16
	Pas d'informations			1				1

[d] Également appelé badiène gox ou Bajenu gox, un Bajenu gox est un agent de proximité communautaire, parfois considéré comme une "marraine de quartier", qui s'engage auprès des membres de la communauté sur les questions de santé, y compris les questions de SR, et oriente ceux qui ont besoin de services vers les structures sanitaires et autres PPS offrant des SSAJ le cas échéant.

B. Identification des besoins en SR des adolescents et des jeunes dans les six régions

L'un des objectifs importants de cette étude était d'examiner les facteurs qui influencent l'adoption et le recours aux services de SRAJ. Par conséquent, des efforts ont été consentis pour examiner les perceptions d'une grande variété de membres de la communauté sur les besoins de santé des adolescents et des jeunes, sur l'acceptabilité et l'accessibilité des SSAJ, sur le soutien à l'utilisation des services de SRAJ et sur la mesure dans laquelle les SSAJ répondent aux besoins de santé des jeunes. Parce que les **adolescent(e)**/jeunes, en particulier ceux de moins de 18 ans, ont besoin du consentement parental (ou du moins d'un soutien tacite) pour participer à certains programmes sociaux et de santé, le niveau de connaissance qu'ont les parents des SSAJ - y compris leur perception du besoin de services, leur appréciation des avantages des services, leur perception de la pertinence culturelle des services et leur acceptation des services - joue un rôle majeur dans la prise de décision consistant à savoir si les **adolescent(e)**/jeunes les utiliseront ou pas. En tant que garants des normes et des valeurs de la communauté, lesledars communautaires peuvent s'opposer à des programmes qu'ils ne perçoivent pas comme renforçant les valeurs morales ou profitant à la communauté dans son ensemble. Par conséquent, l'une des principales stratégies de tout service ou programme d'assistance destiné aux **adolescent(e)**/jeunes devrait être de sensibiliser les parents et les leaders communautaires sur les avantages des services pour les **adolescent(e)**/jeunes et la société en général. Les informations sur ce chapitre ont été recueillies principalement au cours des DG entre parents (mères et pères) d'adolescent(e)s et jeunes, ainsi que lors des EA avec des dirigeants communautaires.

I. Perceptions et normes concernant les adolescent(e)s et les jeunes dans les communautés en général

1.1 Questions interdépendantes liées à l'éducation et à la pauvreté

Interrogés sur leurs aspirations concernant leurs enfants, les parents et les membres de la communauté qui ont participé à l'évaluation qualitative dans les six régions ont presque tous exprimé le souhait que leurs enfants terminent leurs études ou progressent le plus loin possible en termes d'études, notant souvent que cela était important pour trouver un emploi et soutenir leur famille. De nombreux parents ont fait remarquer que ces aspirations s'appliquaient tant à leurs fils qu'à leurs filles. Comme l'a affirmé une mère qui a participé à une DG à Sédhiou, « *On voudrait tous que nos enfants aillent à l'école pour qu'ils nous aident dans l'avenir. Que ce soit garçons ou filles, ce sont les études qui doivent primer pour qu'ils puissent honorer leurs parents*. » Une mère dans une DG à Matam a noté que : « Pour les filles comme pour les garçons, l'éducation est la voix sûre pour aspirer à occuper un statut social élevé »

Dans chacune des régions, une minorité de parents qui ont participé aux DG - généralement des pères - ont exprimé des attentes différentes selon le sexe à l'égard de leurs enfants, soulignant le mariage comme une priorité pour leurs filles. Parfois, ces différences axées sur le sexe ont été exprimées de façon subtile, telle que l'attente selon laquelle les filles qui ont terminé leurs études (ou qui les ont abandonnées) se marient. C'est le cas d'un père à Kédougou, qui a affirmé :

« Ma vocation première pour mes enfants est l'éducation. Je veux que mes enfants soient bien éduqués surtout ceux dont l'âge est compris entre 10 et 24 ans. Ils doivent avoir des valeurs religieuses (l'islam) et morales [...] Pour les filles âgées de 24 ans, si elles ne sont pas en train d'étudier, elles doivent entrer dans la vie conjugale. Nos souhaits vont dans le sens de trouver un bon mari pour nos filles et de bonnes épouses pour les garçons. »

Une mère à Kaolack a fait la même remarque au sujet de ses filles, « *Si elle a la chance de faire des études, oui [elle peut attendre d'avoir des diplômes], si non, elle peut se marier dès qu'elle a 18 ans*. ». Dans d'autres cas, les différentes attentes vis-à-vis des filles et des garçons étaient assez élevées, comme le montrent les commentaires d'un père qui a participé à une DG à Kolda. : « *Concernant mes aspirations pour mes enfants, c'est qu'ils étudient et après leurs études qu'ils puissent trouver un travail pour les garçons, pour les filles si elles trouvent un mari qu'elles puissent se marier*. »

La majorité des parents et d'autres personnes qui ont participé à l'évaluation qualitative dans les six régions ont toutefois exprimé des opinions encourageant plus d'équité entre les sexes au sujet des rôles sociaux des filles et leur éducation. Une mère à Kaolack a affirmé, « *Je suis contre le fait qu'une fille se marie tôt, il faut au moins avoir une licence et chercher du travail avant de se marier*. » Au cours d'un DG à Saint-Louis, une mère a, dans la même optique, déclaré, « *Je suis pour la scolarisation des enfants qu'ils soient garçons ou filles. La vocation de l'enfant est l'éducation ; tout enfant doit aller à l'école*. » Un dirigeant communautaire à Kolda a noté que les parents avaient commencé à accorder beaucoup plus d'importance à l'éducation des filles qu'auparavant :

« Auparavant, nos parents pensaient toujours que les filles étaient faites pour rester au foyer notamment dans notre zone. Mais maintenant ils ont commencé à changer de mentalité, ils veulent tous que leurs filles réussissent et deviennent des personnes importantes dans la société. Ils sont tous sensibilisés sur la question de l'éducation.

Dans les six régions, les participants à l'évaluation qualitative ont relevé que la pauvreté constituait le principal obstacle à l'éducation de leurs enfants. Tel est le constat d'un dirigeant communautaire à Kolda, « *Nous aimerions que nos enfants étudient mais nous n'avons pas les moyens. Si tu n'arrives même pas à trouver le prix d'un kilo de riz et que ton enfant te demande un cahier ou bien qu'il revienne de l'école mais ne trouve rien à manger à la maison, il ne sera pas en mesure de se concentrer sur ses études. »* Les participants ont noté que la pauvreté était l'une des principales raisons pour lesquelles les enfants abandonnaient l'école. Un père qui a participé à un DG à Saint-Louis, par exemple, a observé :

Dans cette localité, l'éducation n'est pas ce qu'elle devrait être. C'est pourquoi après deux ans, Trois ans, les enfants finissent par abandonner l'école et se retrouvent sans occupation. En plus, ils n'ont pas de soutien. Ce qui est indispensable pour poursuivre les études. Ainsi, la plupart, dès l'entrée en sixième, quittent l'école parce que les parents n'ont pas les moyens pour financer leurs études.

De nombreux participants à l'évaluation qualitative ont noté qu'en raison de l'abandon des études, certains **adolescent(e)/**jeunes cherchaient leurs propres formes de revenus. Un leader communautaire et autorité religieuse de Kaolack a noté : « *L'autre chose aussi qui provoque une entrave aux études est la situation économique. Vous êtes obligé d'arrêter les études si les parents sont dans un état de pauvreté. Alors les enfants peuvent chercher d'autres moyens pour subvenir à leurs besoins*. » Une mère à Sédhiou a observé que « *La pauvreté est un véritable obstacle, nous sommes diminuées, nos maris aussi, donc on n'a pas le choix il faut qu'on sorte tous pour chercher de quoi nourrir la famille. Dès que tu as le dos tourné, eux aussi s'en vont chercher de l'argent*. » Un dirigeant communautaire à Kolda a noté que lorsque les garçons abandonnaient l'école, ils le faisaient souvent pour participer à des activités génératrices de revenus préjudiciables à leur bien-être : « *Des garçons, ils quittent l'école pour rester dans la rue, mendier ou faire des boulots pas du tout recommandés*. »

Dans cinq des six régions, les participants à l'évaluation qualitative ont mentionné que les grèves d'enseignants entravaient davantage la capacité d'apprentissage des enfants à l'école. Une mère à Saint-Louis s'est plainte, « *On veut que nos enfants étudient mais l'éducation aussi ne marche pas car il y a trop de grève*. » À Kolda, un Bajenu gox explique, « *À l'école, avec des grèves à n'en plus finir, les enfants n'apprennent plus rien*. » Dans la région de Matam, plusieurs membres de la communauté ont affirmé que la pauvreté et les grèves ont conduit certains parents à inscrire leurs enfants dans des écoles religieuses. Un père qui a participé à un DG à Matam a affirmé que les parents estimaient qu'ils devaient le faire : « *Surtout l'éducation, ici les garçons abandonnent très tôt l'école mais aussi depuis une semaine les enfants ne sont pas allés à l'école à cause des grèves. Alors les parents sont obligés d'envoyer leurs enfants à l'école coranique et de les retirer de l'école française*." Une Bajenu gox a noté que les enfants des daaras étaient confrontés à des difficultés supplémentaires, même si les écoles françaises posaient elles-mêmes de graves problèmes économiques :

> *Les enfants qui sont dans les daaras n'ont pas assez de moyens et demandent un appui financier. Ce sont des enfants qui sont laissés en rade. Ils sont laissés à la rue et c'est le maitre coranique qui les prend en charge par le biais de la mendicité. Les enfants qui sont dans les daaras sont délaissés dans la prise en charge familiale. Ils se gèrent eux-mêmes par le biais de la mendicité. Mais ceux qui sont dans les écoles françaises nécessitent autant de moyens et de suivi ; c'est vraiment couteux cet enseignement des enfants. Le coût nous dépasse vraiment mais nous n'avons pas d'autres alternatives.*

Malgré l'accent mis sur l'éducation, les participants aux évaluations qualitatives ont noté qu'un diplôme ne garantissait pas qu'une jeune personne trouverait un emploi approprié. À ce sujet, une mère de Saint-Louis se plaignait « *J'ai un enfant âgé de 23 ans qui a étudié et a fait des concours, il a réussi presque tous ses concours, il a ses diplômes mais il ne parvient toujours pas à décrocher un emploi*. » Dans une DG à Kolda, un père a averti que, étant donné les tendances de l'emploi dans la région, permettre aux filles de terminer leurs études pourrait s'avérer être un fardeau pour les familles : « *Quand la fille est à l'école, on dit de la laisser continuer ses études jusqu'à ce qu'elle trouve un emploi avant de la marier. Elle finit ses études, elle n'a pas un emploi, finalement elle devient une charge pour vous*. »

1.2 Changer les normes culturelles et le rôle de la technologie

Interrogés sur les adolescent(e)s et les jeunes dans leurs communautés en général, les parents et les leaders communautaires des six régions où l'évaluation qualitative a eu lieu ont exprimé leur grande frustration face au comportement des **adolescent(e)**/jeunes et à leur propre incapacité à contrôler le comportement des jeunes ou à les punir comme il se doit. De nombreux parents et leaders communautaires se sont plaints que les **adolescent(e)**/jeunes n'avaient pas assez de respect pour eux et leurs aînés ou se comportaient d'une manière qui aurait été inacceptable à leur époque, tel que le déplorait un père à Kédougou, « *Les jeunes constituent notre seul souci. Ils sont devenus incontrôlables et les parents ne peuvent rien faire contre eux. Ils constituent pour nous un fardeau lourd à supporter*. » Un leader communautaire à Kaolack a relevé que : « *L'évolution de la technologie devrait servir aux jeunes, ils devraient avoir un état d'esprit plus avancé que le nôtre mais ils s'habillent de manière incorrecte, ils ne respectent plus leurs parents, ce sont des insultes à tout va*. »

Dans les six régions, de nombreux parents et leaders communautaires ont évoqué une modification relativement récente du Code pénal du pays (qu'ils appellent habituellement une nouvelle loi) qui permet de punir une personne qui cause des blessures à un enfant de moins de 15 ans[40], ce qui, selon eux, entrave leur capacité d'élever correctement des adolescent(e)s et des jeunes. Comme l'a fait remarquer un père à Kolda : « *C'est toujours un problème car nous parents, nous n'osons même plus corriger nos enfants. Si nous le faisons, il y a la loi qui est là avec ses sanctions disant que les enfants ont leur droit. C'est cela qui nous inquiète le plus*. »

Souvent, ce changement juridique est décrit en termes plus obliques tel que : le concept « nouveau » ou « étranger » des « droits de l'enfant » ou des « droits de l'homme », bien que les plaintes soient restées les mêmes. Un père qui a participé à un DG à Sédhiou s'est plaint :

Autre défi auquel notre société est confrontée, c'est comment éduquer son enfant avec les droits de l'enfant qui à mon avis donnent plus de liberté aux adolescent(e)s/ jeunes. Aujourd'hui avec ce droit, il est très difficile de réussir dans l'éducation des enfants en milieu rural. Avec ce droit, on nous interdit de frapper les enfants, sinon vous risquez d'aller en prison en cas de blessure. Pourtant nous, nos parents ne nous ont pas éduqués de cette manière.

> Ce sentiment s'est répandu dans les six régions. Dans un DG à Kaolack, par exemple, une mère a noté ce qui suit : *Le plus important est de remettre la place de l'autorité parentale là où elle était. Le problème est qu'il y a non-respect de cette autorité de nos jours. Les droits de l'homme ont une part de responsabilité à cela. Le problème est que personne n'a maintenant le droit d'éduquer l'enfant d'autrui sous peine d'avoir des problèmes.*

Dans certains cas, les participants à l'évaluation qualitative, en particulier les pères, ont soutenu que les droits des enfants, ou même des femmes, étaient si élevés que les droits des parents d'élever leurs enfants comme bon leur semblait - ou même les droits des hommes - étaient empiétés. Un père qui a participé à une DG à Kolda a peut-être été le plus insistant des participants dans l'expression de son

point de vue sur les changements qu'il percevait comme ayant lieu dans sa société :

> *Aujourd'hui l'autorité du père est fragilisée. Aujourd'hui il y a une crise d'adolescence et aussi une crise parentale, on parle de droits des enfants, de droits des femmes, mais aussi il y a le droit des hommes ; l'homme a des droits autant que la femme, autant que l'enfant. Et parmi ces trois droits, c'est celui de l'homme qui est placé au dernier rang, il est interdit de frapper l'enfant, il est interdit de frapper la femme, il est interdit de marier sa fille (de force) et toi l'homme dont le droit en principe devait être au- devant, tu es obligé de t'adapter, voilà ce qui a créé cette crise sociétale.*

Dans les six régions, les participants à l'évaluation qualitative ont constaté une modification de la législation relative aux châtiments corporels infligés aux enfants, ainsi que les changements culturels en termes d'ubiquité des téléphones portables et d'autres technologies chez les jeunes, comme résultat de l'influence extérieure (occidentale), souvent considérée avec méfiance. Comme l'a affirmé un chef de village à Sédhiou :

> *L'éducation a beaucoup changé, les gens tendent maintenant plus vers le système occidental, les jeunes veulent être libres alors que cela n'est pas possible. On nous impose le droit des enfants alors que c'est une chose qui ne colle pas avec nos valeurs, nos réalités, nos coutumes, notre culture. Parce qu'on avait pour habitude de donner un châtiment corporel en guise de sanction pour faire peur à l'enfant. Aujourd'hui tout cela est banni, c'est pourquoi les enfants sont comme ça.*

Les parents et les dirigeants communautaires qui ont participé à l'évaluation qualitative craignaient que la mondialisation et les normes occidentales n'aient tellement influencé leurs communautés que les adolescent(e)/jeunes ne respectent plus les normes sociales traditionnelles. Comme l'a noté un leader communautaire à Matam : « *Nous sommes dans la mondialisation et chaque pays a sa culture. Donc on voit que le monde se résume en une seule culture. […] C'est difficile de donner une bonne éducation aux enfants. Les enfants subissent des influences à l'extérieur de la famille.* » À Kaolack, un leader communautaire s'est plaint que les adolescent(e)/jeunes passaient trop de temps au téléphone pour parler à leurs parents. Il a ajouté que, "*Les jeunes ont embrassé la culture européenne de telle sorte qu'ils aiment cette culture plus que les européens eux-mêmes*. »

Comme l'illustre la citation ci-dessous venant de Kaolack, les participants ont souvent évoqué l'utilisation croissante de la technologie chez les **adolescent(e)**/jeunes et l'influence perçue de la culture occidentale dans le même argument lorsqu'ils ont parlé des défis auxquels leurs communautés sont confrontées en ce qui concerne les adolescent(e)s et les jeunes. L'influence des médias et des technologies - téléphones cellulaires, Internet, plateformes de réseaux sociaux, vidéos en ligne - ainsi que leur emprise sur l'attention et le temps des jeunes a été un thème récurrent dans les six régions où l'évaluation qualitative a eu lieu. Un père à Sédhiou a observé :

Au début avec nos ancêtres, l'éducation était basée sur la tradition. Donc les enfants écoutaient bien leurs parents. Mais malheureusement avec la modernisation, c'est vraiment un grand problème pour l'éducation des enfants, car les médias notamment la télévision, l'Internet les radios, la musique et les portables ont influé négativement sur l'éducation des enfants. En effet, avec l'arrivée de ces outils de communication, les enfants n'ont plus le temps d'écouter leurs parents. Chaque enfant est accroché à son téléphone. Il n'a pas le temps de discuter avec son parent. Ce qui fait que l'éducation des adolescent(e)/jeunes *est devenue un défi majeur pour les parents.*

Les parents et les leaders communautaires qui ont participé à l'évaluation qualitative se préoccupaient principalement du fait que la technologie avait une incidence négative sur le comportement des adolescent(e)/jeunes et sur leurs relations avec les autres membres de la communauté. C'est dans ce sens qu'un père qui a participé à un DG à Kaolack s'est plaint :
« *Les problèmes prioritaires sont d'abord le mauvais comportement de certains enfants qui est provoqué par les réseaux sociaux, l'internet, les médias, etc.* »

II. Perceptions et normes concernant les problèmes de SR auxquels les adolescents/jeunes sont confrontés et leurs conséquences

2.1 Perceptions des problèmes les plus pressants liés à la SRAJ et leurs causes

Dans les données qualitatives recueillies au niveau des six régions, les deux problèmes de SR les plus récurrents chez les adolescentes et les jeunes région étaient les grossesses précoces (c.-à-d. les grossesses non planifiées chez les jeunes filles non célibataires) et les mariages précoces, que plusieurs participants à la recherche définissent comme le mariage des filles plus jeunes que l'âge souhaité (habituellement 18 ans, dans les cas où les participants ont apporté des précisions). De nombreux participants à l'évaluation qualitative, notamment les parents et les leaders communautaires, des OSC et les pairs éducateurs, ont décrit les adolescent(e)s et les jeunes comme ayant des relations sexuelles à un plus jeune âge que les générations précédentes. Comme l'a commenté un chef religieux (imam) à Saint-Louis : « *C'est devenu endémique, actuellement rares sont les jeunes garçons comme les filles qui n'ont pas connu la sexualité avant le mariage.* » En conséquence, ont noté que le taux de grossesses non planifiées chez les adolescentes et les jeunes femmes constituait un problème majeur, selon les termes d'un pair éducateur à Matam : « *Le constat que j'ai fait ici à Matam, ce sont les grossesses précoces, le taux est très élevé, pour moi c'est le premier problème.* » En plus de l'activité sexuelle précoce et de la grossesse – y compris les éléments étroitement liées à ces questions - les participants à l'évaluation qualitative ont identifié le mariage précoce comme un problème majeur de SR auquel sont confrontés les adolescent(e)s et les jeunes, particulièrement les filles. Une mère qui a participé à un DG à Kaolack a noté :
« L'un des principaux problèmes c'est le mariage précoce. Ici les parents ont la mauvaise habitude de donner en mariage leur fille avant même ses 18 ans, mais ça c'est lui gâcher la vie, c'est beaucoup trop tôt. »

Les participants à l'évaluation qualitative dans les six régions ont également constamment souligné un certain nombre de causes et de facteurs qui, selon eux, ont contribué aux problèmes de SR auxquels

sont confrontés les adolescent(e)s et les jeunes de ces communautés l, tels que les grossesses et les mariages précoces, les IST, etc. qui sont davantage évoqués dans les sections suivantes. Les rôles de la technologie et de la pauvreté ont été fortement avancés, tout comme les normes sociales restrictives et le manque de communication sur des questions sensibles telles que la santé reproductive des adolescent(e)s et des jeunes. Ces questions sont abordées dans la présente section.

2.2 Perceptions des problèmes les plus pressants liés à la SRAJ et leurs causes

Dans les six régions, les participants à l'évaluation qualitative ont caractérisé la sexualité précoce et les grossesses précoces comme des problèmes à grande échelle chez les adolescent(e)s et les jeunes mariés et célibataires. Dans l'ensemble des sites d'évaluation, c'est à l'unanimité qu'il a été conclu que les jeunes célibataires ont des rapports sexuels plus fréquents et plus précoces que par le passé, ce qui entraîne davantage de grossesses non planifiées, et que ce comportement va à l'encontre des normes culturelles et est mal perçu. Comme l'a fait remarquer une mère à Kédougou, « *Je pense qu'ici les grossesses précoces sont très fréquentes car tu vois une fille qui a 14-15 ans qui tombe enceinte. Même si elles ne sont pas données en mariage précocement c'est très fréquent ici.* »

2.2.1 Perceptions concernant l'influence de la technologie sur l'activité sexuelle des adolescents et des jeunes

Dans l'ensemble des régions, les participants à l'évaluation qualitative ont souvent indiqué que la technologie jouait un rôle majeur dans ce que beaucoup considéraient comme un comportement inapproprié ou même immoral de la part des adolescent(e)s et des jeunes, comme l'a laissé entendre un père à Kolda : « *Les réseaux sociaux du genre WhatsApp et Facebook, ce sont eux qui ont plus contribué à la dégradation des valeurs chez les jeunes, tu les vois en train de regarder des films pornographiques ou de s'envoyer des photos obscènes.* »

La réaction défavorable à l'encontre des nouvelles technologies ne s'est pas limitée aux générations plus âgées ; les pairs éducateurs ont également souligné le rôle de la télévision, des téléphones cellulaires, d'Internet et des réseaux sociaux dans le changement du comportement des adolescent(e)/jeunes. À Matam, par exemple, un pair éducateur a observé que :
« *Il y a aussi le comportement sexuel des adolescents, on a parlé des portables surtout avec les réseaux sociaux. Il faut aussi faire comprendre aux parents que leurs enfants ne sont pas seulement à l'école, ils sont beaucoup plus sur WhatsApp, sur YouTube que sur l'école.* »

Les téléphones cellulaires, en particulier, ont été accusés non seulement de propager des influences culturelles corrompues, mais aussi de faciliter, entre adolescent(e)/jeunes, des rencontres hors de la supervision de leur famille et de cacher leur activité sexuelle. Un père à Saint-Louis a fait cette remarque :

> *Mon petit frère là-bas a dit tout à l'heure qu'à cause des portables, une jeune fille peut entretenir des relations avec un garçon jusqu'à tomber enceinte, sans qu'on en sache quelque chose. On peut être dans la*

maison sans être au courant de leurs communications ou leurs sorties et fréquentations.

Comme l'indique cette dernière citation, les participants à l'évaluation qualitative considèrent souvent la technologie comme une force habilitante pour ce qu'ils décrivent comme la promiscuité ou le libertinage des adolescent(e)/jeunes, termes que beaucoup utilisent pour décrire le comportement des adolescent(e)s et des jeunes.

2.2.2 Perceptions concernant le rôle de la pauvreté sur l'activité sexuelle des adolescents et des jeunes

De façons variées, la pauvreté a été citée comme une cause et un facteur aggravant de la sexualité précoce et des grossesses précoces des adolescent(e)s et des jeunes - et plus généralement des problèmes liés à la SRAJ - dans les six régions. La pauvreté influe sur la façon dont les parents sont en mesure de s'occuper des besoins sexuels et reproductifs de leurs enfants, à la fois en termes de coûts des soins de santé et en termes de temps pour les élever de manière à prévenir une sexualité précoce. Comme l'a remarqué un dirigeant communautaire à Kédougou,

« *C'est la pauvreté. Un parent qui a par exemple dix enfants et qui ne parvient pas à joindre les deux bouts, il lui sera très difficile de subvenir aux besoins de la famille. Il est plus préoccupé par le vécu quotidien plutôt que de s'occuper vraiment à éduquer ses enfants*. »

Les adolescent(e)s et les jeunes qui ont abandonné les études, faute de moyens et/ou pour travailler, ont non seulement perdu l'accès aux informations sur la SR, mais ont également été décrits comme étant exposés à plus de risques parce qu'ils se trouvaient dans des environnements moins sûrs. Une mère à Saint-Louis explique : « *Aujourd'hui, le constat est général, les jeunes quittent très tôt l'école, rencontrent d'énormes difficultés pour trouver du travail et s'adonnent à la débauche*. » Dans certaines régions, les participants à l'évaluation qualitative ont noté que les filles qui abandonnaient l'école étaient particulièrement vulnérables aux abus et à l'exploitation. A Saint-Louis, les participants ont noté que plusieurs jeunes femmes ont fini par travailler comme domestiques, des rôles qui les rendent particulièrement vulnérables aux violences basées sur le genre. Une mère a observé que : « *Quand une mère à trois ou quatre enfants à inscrire au collège et qu'elle n'a pas les moyens de le faire, cela peut mettre en péril leur éducation. Ces filles finiront par se retrouver dans la rue pour jouer les rôles de domestiques au sein des maisons avec tous les dangers qui les guettent*. » À Kédougou, où l'exploitation minière est décrite comme une industrie majeure, certains participants ont noté que certaines jeunes femmes qui ne trouvaient pas de travail étaient susceptibles d'être prostituées ou exploitées par des hommes, en particulier des hommes étrangers travaillant dans les mines de la région. Un dirigeant communautaire à Kédougou a fait l'observation suivante « *Si les jeunes sont formés et qu'ils ne trouvent pas de boulot, la majeure partie en l'occurrence les filles, vont s'adonner à des pratiques illicites. Elles sont dans les sites d'orpaillages à la recherche d'argent facile ce qui les conduit à la débauche*. » Un pair éducateur dans la région a déclaré, « *Il y a aussi le problème de la prostitution. Vous savez que Kédougou est une région frontalière avec la Guinée, le Mali et il y a beaucoup d'étrangers dans les « Dioura » [mines d'or traditionnelles]*. » La prostitution a également été décrite comme courante à Saint-Louis, lieu qui selon les dires, connaît une forte population d'étrangers. Un pair éducateur, parlant d'une ville de la région, a affirmé : « *Il faut dire que [cette ville] est un carrefour, il y a un mélange d'individus et on y retrouve beaucoup d'ethnies, les Diolas et autres. Il y a aussi la prostitution. Il*

y a des bars, […] Depuis notre enfance, on entend non loin d'ici, il y a des filles qui se prostituent pour 500, 1000 francs. »

Le point de vue selon lequel certaines adolescentes et jeunes femmes ont eu des rapports sexuels avec des hommes en échange d'argent ne se limitait pas à Kédougou. Dans les six régions, les participants à l'évaluation qualitative ont observé que certaines adolescentes et jeunes filles pauvres recherchaient des hommes (petits amis ou partenaires sexuels) qui pouvaient leur acheter des articles qu'elles ne pouvaient s'offrir mais qu'elles ressentaient une pression sociale à posséder. Une mère à Sédhiou a remarqué que :

> *[La pauvreté] c'est un facteur parce que les jeunes ont tendance à vouloir la même chose que leurs pairs. Donc c'est aux parents d'être vigilants surtout sur les jeunes filles par ce qu'elles sont les plus concernées par ces problèmes. La mère doit tout faire pour qu'elles ne manquent de rien, que ce soit un sac à main ou même le plus petit stylo, tant qu'elle en a les moyens elle doit le faire. Sinon elles iront chercher tout cela dehors et peuvent l'avoir d'une manière qui n'est pas souhaitable.*

Ce sentiment s'est largement répandu dans les autres régions. Une mère de Kolda, par exemple, se plaignait de la même façon, « *Si je ne peux pas payer de beaux habits à mon enfant et que l'autre a les moyens de le faire, mon enfant voudra avoir les mêmes choses que son camarade et ira faire à mon insu des choses qui me déplaisent*. »

Certains participants à l'évaluation qualitative ont eu tendance à blâmer les adolescentes et les jeunes femmes pour des relations sexuelles précoces et des grossesses précoces, décrivant ces jeunes femmes comme étant motivées par le matérialisme et/ou le libertinage plutôt que de voir ces comportements dans le contexte plus large de la pauvreté, de la puberté et des questions sociales comme la pression des pairs. Un dirigeant communautaire à Saint-Louis a expliqué que, « *Vous savez ici, les adolescents touchent très tôt à l'argent. Avec le matérialisme ambiant, les garçons attirent les filles par l'argent pour qu'ils aient un rapport sexuel. Et parfois, pour qu'ils se préservent, on les appelle pour les sensibiliser. Mais elles ne cèdent pas*. » Un pair éducateur à Kédougou, tout en reconnaissant que la pauvreté jouait un rôle important dans le phénomène de la sexualité contre biens matériels, semblait néanmoins tenir les adolescentes et les jeunes femmes pour responsables de cette tendance, a-t-il dit : « *C'est la pauvreté parce que les filles sont très matérialistes. Elles veulent porter de beaux habits alors que leurs parents n'ont pas les moyens. Donc, elles font du n'importe quoi pour s'acheter des habits et les hommes ne donnent pas l'argent gratuitement*. » D'autres participants à l'évaluation qualitative ont estimé que la question de la motivation des jeunes femmes à posséder certains articles matériels était étroitement liée à leur perception selon laquelle les jeunes femmes s'habillaient et se comportaient d'une manière qu'elles jugeaient inappropriée et inadaptée à leur culture.

Dans ces commentaires, il était également clair que ces participants tenaient les adolescentes et les jeunes femmes pour responsables. Un leader communautaire à Matam a observé que : « *Ce qui est plus constaté, c'est que les problèmes sont souvent attribuables aux filles. De ce point de vue nous insistons sur le port vestimentaire en leur indiquant des tenues descentes*. » Un père à Kolda a commenté : « *Aujourd'hui la*

manière dont les jeunes filles s'habillent, forcément elles attirent l'attention sur elles, donc c'est leur comportement qui est provocateur. La femme doit se vêtir correctement ; quand ton habillement est provocateur pourquoi pas les hommes ne vont pas venir vers toi? »

2.2.3 Perceptions concernant la prévalence de la sexualité et des grossesses précoces et leurs conséquences

Chez les jeunes célibataires, la sexualité précoce était souvent décrite comme prévalant tant chez les garçons que chez les filles. Cela s'explique notamment par les mariages précoces et la perception selon laquelle les jeunes étaient motivés à avoir des relations sexuelles et à prendre de mauvaises décisions, selon les mots d'un leader communautaire et d'une Bajenu gox à Kaolack.

> *Pour la grossesse précoce, cela est dû aux parents qui donnent tôt leurs enfants en mariage. Il y a aussi les filles qui tombent enceintes du fait du libertinage. Pas plus tard qu'hier, j'ai vu des filles élèves qui squattent dans les rues au lieu de rentrer chez elles. Elles demandent aux passants de les déposer chez elles, cela peut ouvrir la voie aux tentations.*

Un pair éducateur à Saint-Louis a observé que : « *De nos jours, tous les jeunes sont sexuellement actifs. […] Chacun est à la recherche de plaisir et la plupart ont des petites amies ou des copains ; cela est devenu banal et fréquent par rapport à la société*. » À Kolda, un pair éducateur a remarqué que : « *Aujourd'hui, à partir de douze ans, tous les enfants veulent découvrir l'expérience du sexe*. » Toutefois, comme nous l'avons mentionné plus haut, certains participants à l'évaluation qualitative ont soutenu que les jeunes femmes pauvres et célibataires étaient plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés, comme ceux qui travaillaient dans les mines (à Kédougou), ou d'autres hommes riches pouvant les aider à s'offrir ce dont ils avaient besoin. Comme l'a souligné un pair éducateur à Sédhiou, « *Autre cause des grossesses précoces, la pauvreté des parents, et quand la jeune fille veut quelque chose il faut qu'elle demande à une personne de l'extérieur et on sait tous comment sont les hommes, ils ne font que du chantage, du donnant- donnant.* »
Indépendamment des circonstances, de nombreux participants à l'évaluation qualitative dans les six régions étaient unanimes quant au fait que les grossesses chez les adolescentes et les jeunes étaient extrêmement fréquentes et constituaient une préoccupation majeure ; comme l'a fait observer une responsable du programme de SSR à Sédhiou : « *C'est comme si une jeune fille de 15/16 ans doit tomber enceinte, le phénomène est tellement fréquent. […] maintenant presque dans chaque maison il y a un cas, ce qui pose problème, c'est un problème très sérieux*. » Bon nombre ont également souligné que les grossesses semblaient se produire à des âges plus précoces que par le passé. Un dirigeant communautaire à Kolda a remarqué que, « *Les adolescent(e)s/jeunes m'inquiètent beaucoup parce que maintenant tu vois des adolescentes âgées de 12, 13 ans qui tombent enceintes […] Il y a beaucoup de cas de grossesses précoces*. »

Les conséquences des grossesses précoces, en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes célibataires pourraient être graves. Comme l'a affirmé un Bajenu gox,

> *Les conséquences sont multiples, je suis incapable de les citer toutes : par exemple : les filles meurent, elles abandonnent leurs études, et leur avenir est*

bafoué. Et à la naissance de l'enfant, le père du bébé ne peut même pas lui acheter un savon. Il y a des filles enceintes non mariées dont les auteurs refusent la paternité de l'enfant.

Dans les six régions, l'une des conséquences les plus souvent citées des grossesses non désirées chez les adolescentes et les jeunes femmes est l'abandon des études. Comme l'a expliqué une mère à Saint-Louis :

La première conséquence est que tous nos enfants ont échoué dans leurs études. Cela ne fait rien d'autre que gâcher l'éducation de l'enfant. Quand une fille tombe enceinte ou allaite un bébé, elle ne pourra plus suivre ses cours. Le processus allant de la grossesse jusqu'à l'allaitement [sevrage] fera perdre à l'enfant deux années d'étude.

Cela est vconfirmé par les propos d'une mère à Kédougou, qui a fait remarquer que les grossesses précoces pouvaient aussi entraîner l'abandon des études chez les jeunes hommes :

Si la fille tombe enceinte, après l'accouchement elle sera obligée de sortir de l'école et s'occuper
de son bébé. Et c'est la chute des études. C'est la même chose pour le garçon qui engrosse une fille, il est conscient qu'il doit prendre en charge son enfant, il sera obligé d'abandonner les études et chercher du travail pour s'occuper de son bébé.

Outre l'abandon des études, de nombreux participants à l'évaluation qualitative dans les six régions ont également évoqué les conséquences des grossesses précoces sur la santé des jeunes femmes et des filles, tel que l'a relevé un responsable du programme de SSR à Sédhiou, au sujet des filles s'étant mariées vers l'âge de 13 ans : « *Si jamais elle tombe en état de grossesse, ce sera une grossesse à risque, et pourrait engendrer beaucoup de complications comme les hémorragies, la césarienne et même quelque chose qu'on ne souhaite pas, la mortalité maternelle*. » Un pair éducateur de Kédougou s'est fait l'écho de ces propos en déclarant « *Avec les grossesses précoces, les adolescentes ont beaucoup de problèmes à l'accouchement et des conséquences comme les mort-nés, et la mortalité maternelle*. »

En plus des conséquences sur le plan de l'éducation et des potentielles complications pour la santé, les participants à l'évaluation qualitative ont parlé de l'ostracisme et des conséquences sociales auxquelles les garçons/jeunes hommes et filles/jeunes femmes étaient confrontés lorsque les filles/jeunes femmes tombaient enceintes hors mariage. Une mère de Kédougou, par exemple, a noté que : « *Ici dans le village, quand une fille tombe enceinte sans être dans les liens du mariage, les sages du village ne prendront pas part à la cérémonie de baptême. Les femmes vont se débrouiller pour baptiser l'enfant*. » Un père à Sédhiou explique que si une jeune femme célibataire tombe enceinte, elle « *perd l'opportunité d'avoir un jeune garçon comme mari, elle est rétrogradée au deuxième rang avec des hommes plus âgés*. » Un dirigeant communautaire à Kolda explique :

« En ce qui concerne la santé physique, si l'enfant [adolescente] a été victime d'une grossesse précoce, on a tendance à constater qu'elle a des déformations. Et

psychologiquement, par rapport à la société, elle est un peu mal vue. Donc, si elle n'est pas suivie, cela peut lui créer des perturbations psychologiques. Dans ce cas de figure, la communauté a tendance à rejeter l'adolescente. Elle est stigmatisée, plus ou moins rejetée par sa famille, ou constitue une charge pour sa famille »

La possibilité de problèmes psychologiques a également été soulevée par une mère à Kédougou, qui avait parlé des baptêmes, et qui a noté que la pression financière à laquelle les jeunes hommes pourraient être confrontés lorsqu'ils apprennent qu'ils ont fécondé une jeune femme ou une jeune fille pourrait être trop lourde à supporter pour eux :

Imaginez un jeune garçon à la fleur de l'âge, qui n'a même pas les moyens pour subvenir à ses besoins et qui enceinte une fille. Cet acte et ce lourd fardeau, qui pèse sur sa conscience, peuvent causer des troubles psychologiques chez la personne. […] Dès fois, il y a des jeunes qui en meurent parce qu'ils ne peuvent pas se contrôler ni supporter la situation.

En effet, la question du fardeau financier des grossesses non planifiées, en particulier chez les filles et les jeunes femmes célibataires, a été soulevée par de nombreux participants à l'évaluation qualitative. Certaines, comme la mère citée plus haut, ont souligné la pression exercée sur les jeunes hommes qui avaient fécondé les jeunes femmes. D'autres ont noté que ce fardeau financier retombait souvent sur les familles, celles-ci étant encore responsables des jeunes femmes ou des filles. Un pair éducateur à Matam a noté : « *Quand on tombe enceinte en étant adolescente, on ne peut pas s'acheter un morceau de pain et l'on donne naissance à un enfant, alors on crée un autre problème à la famille.* »
Cela devient encore plus problématique si le jeune homme qui a fécondé la jeune femme ne veut pas prendre la responsabilité financière de ses actes, comme le disait un père à Saint-Louis « *C'est une situation très difficile, le garçon va refuser de l'assumer et ce sera aux grands parents de prendre en charge ce nouveau-né en plus de sa fille.* »

Parmi les autres conséquences de la sexualité précoce et des grossesses précoces évoquées par les participants à l'évaluation qualitative figurent la transmission des IST et la décision des jeunes femmes de recourir à l'avortement. Ces deux conséquences sont examinées plus en détail ci-après.

2.3 Perceptions du mariage précoce

Interrogés sur les problèmes liés à la SRAJ qui prévalent dans leurs communautés, les participants à l'évaluation qualitative dans les six régions ont identifié le mariage précoce comme l'un des principaux problèmes. Un certain nombre de pairs éducateurs ont même déclaré que le taux élevé de mariages précoces les avait motivé de s'impliquer dans des efforts de sensibilisation pour essayer de changer cette tendance ; comme l'a affirmé un pair éducateur à Kolda, « *La fréquence des mariages précoces m'a poussé à fréquenter le CCA pour gagner de l'expérience à partager au quartier dans le but de réduire les erreurs.* » Il est important de noter que dans les six régions, les participants qui ont parlé de mariage précoce ont presque toujours parlé des filles, car il semble qu'il y ait peu de pression sur les garçons pour que ces derniers se marient à un âge précoce.

2.3.1 Perceptions concernant l'influence de la pauvreté sur le mariage précoce

Comme pour la sexualité précoce et les grossesses précoces, la pauvreté est l'un des principaux facteurs contribuant au mariage précoce, selon ceux qui ont participé à l'évaluation qualitative dans les six régions. Les participants à l'évaluation qualitative ont indiqué que les parents confrontés à des difficultés économiques prenaient souvent la décision de marier leurs filles à un plus jeune âge afin de réduire le fardeau financier de leur propre ménage, selon les termes d'un pair éducateur à Saint-Louis :

« *Les mariages précoces sont souvent dus aux parents qui donnent leur fille en mariage très tôt pour des raisons financières*. » Un père au cours d'une DG à Kaolack a expliqué, *« Le mariage précoce existe bien ici. Cela est dû au manque de moyens qui oblige les parents à donner leurs enfants très tôt en mariage. Si ces parents pauvres trouvent des hommes qui peuvent prendre en charge leurs filles, ils sont obligés de les donner tôt en mariage. »* Une mère à Matam a également décrit la nécessité d'alléger le fardeau financier de la famille comme une motivation valable pour le mariage précoce : « *Ici, il n'y a que des pauvres et sous ce rapport, nous voulons que les filles soient mariées avec des conditions meilleures pour nous permettre à nous parents de pouvoir nous décharger des charges familiales coûteuses. Si la fille a entre 14 ans et 18 ans, nous la donnons en mariage*. » À Kaolack, une mère qui a participé à une DG a décrit les mères comme étant largement opposées au mariage précoce et conscientes de ses potentiels impacts négatifs. Cependant, elle a déclaré qu'elles étaient incapables d'arrêter leurs maris en raison des pressions financières :

> *Le mariage précoce est notre problème le plus sérieux. Ici il y a des filles qu'on donne en mariage à 13 ans ; déjà le corps n'est pas mature à cet âge-là, et si le mari est sans pitié, il va utiliser ce petit corps jusqu'à épuisement. C'est seulement la maman de l'enfant qui va souffrir, les pères doivent arrêter avec cette pratique, nous les mamans ne sommes pas d'accord mais on est obligé de se plier, de courber l'échine. La vie est chère et ce sont des charges supplémentaires si je dois acheter les médicaments de ma fille à 5.000 francs alors que je n'ai même pas 1.000 francs en réserve, ça pose problème, on n'a aucun revenu, notre arachide on la vend très difficilement dès fois et à un très mauvais prix.*

De nombreux participants à l'évaluation qualitative ont souligné que les prétendants fortunés étaient extrêmement attrayants pour les parents et pouvaient les amener à prendre des décisions qu'ils ne prendraient peut-être pas dans des circonstances différentes. Un dirigeant communautaire à Matam a fait les observations suivantes

« *On constate que les parents donnent leurs filles en mariage forcé. On voit des filles qui sont en classe de terminale, mais dès que les parents voient un émigré qui a de l'argent, ils donnent la fille en mariage*. »

Un pair éducateur a décrit avec désapprobation le même phénomène à Kolda : « *En ce qui concerne les mariages précoces, je dirai que les principales causes sont les parents. En situation de pauvreté, ils vont marier leurs enfants d'âge 15 à 18 à des personnes riches et c'est ce qui est déplorable*. À Sédhiou, un père a utilisé un scénario hypothétique pour expliquer comment la pauvreté pouvait motiver un parent opposé au mariage précoce à donner sa fille en mariage à un jeune âge:

Quelque part il y a aussi la pauvreté, […] vous avez une fille mineure de moins de 20 ans, quelqu'un vient de l'Espagne avec ses millions devant vous pour vous demander votre fille, toutes les excuses sont bonnes pour que ce mariage aboutisse et quitte à dire que c'est le fils
de ma sœur, ce qui veut dire que c'est mon neveu. Donc je peux lui donner ma fille en mariage.
Alors que tout le monde sait qu'il y a un intérêt caché, c'est-à-dire avoir de l'argent auprès de ce dernier. Donner sa fille tôt en mariage revient à l'exposer à des risques, je ne suis ni médecin ni docteur mais je sais qu'à cet âge les organes reproductifs de la fille ne sont pas solides et cela pourrait être dangereux pour son organisme et même entrainer la mort.

2.3.2 L'influence que les normes sociales semblent avoir sur le mariage précoce

Dans les six régions, les normes sociales semblent être un facteur important des mariages précoces. En particulier, les relations sexuelles hors mariage sont profondément désapprouvées et jugées embarrassantes et honteuses non seulement pour ceux qui s'y livrent, mais aussi pour toute leur famille. Les participants à l'évaluation qualitative ont décrit la stigmatisation des jeunes célibataires qui ont des relations sexuelles (et qui risquent de se retrouver enceintes) comme l'un des principaux moteurs du mariage précoce. Un père à Sédhiou a fait la remarque suivante, « *Les parents veulent éviter que leur fille leur fasse honte c'est la raison pour laquelle on donne les jeunes filles en mariage alors qu'elles n'ont pas atteint l'âge normal. On veut éviter que la jeune fille fasse honte à sa famille.* » Un leader communautaire de Kaolack s'est fait l'écho de ce sentiment et a fait remarquer que : « *C'est la crainte des parents, il y a une catégorie de parents où c'est une honte que leur fille soit engrossée, c'est pour ça qu'ils donnent très tôt les filles en mariage.* » Un père à Kolda a fait remarquer que son désir d'éviter la grossesse d'une fille en dehors du mariage l'emporterait sur la considération de son âge :
« *Si un homme venait demander la main de ma fille je la lui accorderais sans calculer si elle est précoce ou pas, parce que le parent a peur que sa fille tombe enceinte de manière illégale (hors mariage), il y a ce problème ici.* »

De même, une mère à Sédhiou a indiqué qu'elle préférerait marier sa fille à un jeune âge plutôt que de la voir faire honte à la famille, même si elle aurait préféré un avenir différent pour elle.

Si on remarque de nos jours la fréquence des mariages précoces, c'est-à-dire faire arrêter les études d'une jeune fille et la forcer à se marier, bon c'est parce que nous voulons éviter d'avoir honte et qu'elles nous apportent des problèmes. Et vraiment ce n'est pas souhaitable parce qu'on ne peut pas mettre son enfant à l'école depuis le CI [Cours d'Initiation], acheter tout le nécessaire que ce soit à manger, à boire, ou s'habiller il y en a même qui paie la scolarité à l'école privée. Tout cela sous la charge de la maman qui n'a qu'un petit étal de commerce, pour un jour là où elle aura le plus d'espoir, que la jeune fille lui fasse un mauvais tour donc mieux vaut la donner en mariage.

Comme l'illustrent les citations ci-dessus concernant le mariage précoce et l'honneur familial, certains parents et d'autres membres de la communauté qui ont participé à l'évaluation qualitative ont tenu les adolescentes et les jeunes femmes responsables d'avoir été enceintes alors qu'elles étaient mineures, les décrivant comme volontaires ou impossibles à contrôler. Comme l'a dit un pair éducateur à Kolda : « *Pour les mariages précoces, je peux dire qu'elles sont à l'origine des parents et nous les jeunes filles. Vu que les jeunes filles deviennent de plus en plus incontrôlables, les parents profitent dès le bas âge (12 à 13 ans) pour les donner en mariage afin d'éviter que l'irréparable ne se produise*. » De plus, une mère à Sédhiou qui soutenait que les filles ne prenaient pas l'école au sérieux et qu'il était donc préférable de les marier, n'était pas la seule à défendre cette opinion. Un père à Kolda s'est plaint que les filles ne prenaient pas l'école au sérieux malgré l'investissement de leurs parents dans leur éducation, en déclarant : « *C'est pourquoi moi si quelqu'un se présente pour marier ma fille, que ce soit quand elle aura le BFEM, ou le BAC (Baccalauréat), je la marie parce que ce que les jeunes filles la manière dont elles se comportent, c'est dégradant et ça entache la respectabilité de la famille*. » De même, un leader communautaire à Kaolack a fait valoir que seules les « filles sérieuses » devraient être autorisées à rester à l'école, alors que celles qui se comportaient mal devraient se marier avant que quelque chose de mal leur arrive, même si cela mettait leur santé en danger en termes de grossesses résultant de mariages précoces :

> *Cela dépend parce que pour une fille qui visiblement est entrain de dévier du droit chemin il*
> *faut la marier tôt pour ne pas la perdre, mais le malheur dans le mariage précoce c'est la grossesse précoce, parce que le corps n'est pas préparé pour accueillir un fœtus. Donc le mieux c'est de la laisser à l'école, jusqu'à ce qu'elle soit mature pour la donner en mariage. Mais ça c'est pour les filles sérieuses mais quand elles foncent tout droit vers le déluge, il faut les intercepter à temps et à raison.*

Bien que la stigmatisation à l'égard de la sexualité et de la grossesse hors mariage semble être répandue dans les six régions, les participants à l'évaluation qualitative ont également noté qu'il y avait des contours culturels aux tendances et aux normes sociales concernant le mariage précoce, les grossesses et d'autres problèmes liés à la SRAJ. Un responsable de programme de SSR à Kédougou, par exemple, a déclaré que les jeunes les plus touchés par les problèmes liés à la SRAJ étaient généralement des jeunes femmes âgées de 16 à 20 ans appartenant au groupe ethnique Peulh (Pular) :

> *Elles sont, la plupart du temps, des personnes mariées et plus particulièrement des adolescents/jeunes mariés à des adultes. Elles sont, parfois, deuxième ou troisième épouse. La majorité des mariages réunit des fois deux adolescents-jeunes où le mari a 24 ans, la femme*
> *14, 15 ou 16 ans maximum. Ce phénomène est très fréquent chez nos parents Peulhs.*

Les gestionnaires de programmes de SSR interrogés à Kolda ont également observé que les adolescent(e)s et les jeunes de l'ethnie Peulh faisaient face à davantage de problèmes liés à la SRAJ, et l'un d'eux a ajouté un deuxième groupe ethnique à cette catégorie : *« Les jeunes filles mariées et non mariées, âgées de 10 à 19 ans, appartenant aux ethnies Peulhs et Sarakholé constituent les catégories d'adolescentes/jeunes qui sont les plus affectées par les problèmes de SSR*. »

Un responsable à Sédhiou a affirmé avoir noté des différences dans la durée de la scolarité des adolescentes :

> *Dans le milieu Mandingue, si les jeunes filles vont à l'école c'est juste au CM2 [Cours Moyen], celles qui poussent leurs études c'est jusqu'au troisième [ou] secondaire, après elles reviennent à la maison. Ce qui fait qu'il n'y a pas beaucoup de jeunes filles intellectuelles qui sortent de Sédhiou. Donc, il y a la culture qui est très déterminante.*

Un autre responsable à Sédhiou a noté que divers groupes ethniques avaient tendance à promouvoir des attitudes susceptibles d'entraver les progrès concernant la résolution des questions liées à la SRAJ :

> *Nous tous avons été moulés dans une société que ce soit le Mandingue, le Diola ou le Wolof dans une société très conservatrice, on nous a inculqué les manières de nous conduire. Par exemple, il ne faut pas toucher à une femme en état de grossesse, personne ne doit faire ça. […] Parfois la religion comme certaines valeurs socioculturelle peuvent être des facteurs bloquants. Des facteurs qui bloquent l'évolution, disons la participation des jeunes à ces activités ayant trait aux mariages précoces, l'excision, les grossesses précoces. Parce que je me dis que je donne ma fille en mariage à l'âge de 15 ans, 16 ans, parce que sinon elle va tomber en état*
> *de grossesse. Même si parfois on peut trouver dans nos coutumes des facteurs qui favorisent, mais ils ne sont pas beaucoup.*

En revanche, certains participants à l'évaluation qualitative ont déclaré que l'augmentation observée des problèmes de SR chez les adolescents et les jeunes était le résultat direct d'influences occidentales ou d'ailleurs, soutenant que les téléphones cellulaires et Internet avaient permis aux jeunes d'accéder à la pornographie ou d'être autrement corrompus par cette culture. Certains ont même soutenu que l'imposition de normes occidentales par le biais de campagnes visant à retarder le mariage s'était inversement traduite par plus des grossesses plus précoces en encourageant les adolescentes à avoir des rapports sexuels hors mariage, comme l'a fait remarquer un père à Kolda :

> *L'éducation traditionnelle héritée de nos ancêtres a disparu, aujourd'hui l'enseignement*
> *moderne occidental est venu nous dire que ce n'est pas comme ça qu'on devrait éduquer nos enfants, on ne doit pas marier une fille à l'âge de 13 ans [...] Avec l'éducation traditionnelle, la fille gardait sa virginité jusqu'à ce qu'elle se soit mariée et c'était une fierté pour ses parents, mais aujourd'hui on nous dit que cette manière d'éduquer n'est plus conforme, il faut adopter le système moderne occidental, c'est à dire scolariser les filles et ne pas les donner en mariage avant leur 20 ans, et avec ça comme je l'ai dit, elles auront déjà eu 2 grossesses.*

L'argument de ce père était analogue aux observations faites par un responsable du programme de SSR à Matam. Ce dernier a noté que le fait de marier des adolescentes à un âge précoce, mais de retarder la consommation jusqu'après la maturation, était autrefois courant :

On fait la sensibilisation autour des parents. Ils se disent que les Peulhs se marient très tôt, mais ce qui se faisait avant chez les Peulhs, c'est que la fille se mariait tôt, mais elle était là avec la belle-mère, elle grandissait avec la belle-mère au point qu'on le confondait à la fille de la belle-mère, jusqu'à ce qu'elle gagne sa maturité. Mais ce n'est plus le cas aujourd'hui, les gens se marient précocement, prennent des grossesses et ces grossesses sont souvent difficiles. Une fille qui a une grossesse à un âge très jeune et qui ne fait pas de visites en plus, cela devient très dangereux.

2.3.3 Perceptions concernant la prévalence du mariage précoce et ses conséquences

Quelles que soient les causes, les participants à l'évaluation qualitative dans les six régions étaient largement unanimes pour affirmer que le mariage précoce constituait un problème majeur liés à la SRAJ. Un pair éducateur à Kédougou a noté :

« *Jusqu'à présent nous voyons des jeunes filles de moins de 16 ans qui sont données en mariage. Malgré les efforts fournis, il y a des parents qui sont ignorants et continuent à faire cela sans mesurer les conséquences des mariages précoces des enfants de 12, 13 ans*. »

Un leader communautaire à Matam a noté :

Le mariage précoce fait partie des problèmes de santé sexuelle et reproductive des jeunes, parce qu'il est fréquent de voir au [une zone pastorale et agraire] *que l'on donne en mariage une fille de moins de dix-huit ans. On donne les filles en mariage entre 15 ans, 16 ans, cela est un problème parce que la fille n'a pas la maturité de se marier*.

Bien qu'il y ait eu accord sur le fait que le phénomène était répandu, certains participants ont exprimé leur approbation du mariage précoce, en particulier comme moyen de préserver leur sécurité financière et/ou l'honneur de leur famille. Toutefois, une plus grande proportion des participants à l'évaluation qualitative ont exprimé leur opposition personnelle au mariage précoce. A Kolda, un père a fait cette remarque : « *Aucun parent ne souhaiterait que son enfant soit marié à l'âge de 12-13ans, à cet âge c'est préférable qu'il étudie*. » Ce sentiment a été partagé par une mère de la même région, qui a déclaré:

« Maintenant on préfère investir dans l'éducation des enfants plutôt que les donner en mariage à un jeune âge (12-13 ou 14 ans), parce que cela ne lui créera que des problèmes à l'avenir. Elle peut tomber enceinte alors que son corps n'est pas encore apte à supporter cet état et cela va lui créer des problèmes. Je leur dis aussi à bien se tenir et d'éviter les garçons parce que si elles tombent enceintes, elles ramènent la honte à leurs parents. »

Comme l'a remarqué cette mère, les résultats négatifs sur la santé, particulièrement en ce qui concerne les grossesses précoces, constituaient une principale conséquence négative que les participants ont

identifiée en ce qui concerne le mariage précoce. Au sujet des dangers pour la santé auxquels les adolescentes pourraient être confrontées, un père à Saint-Louis a affirmé: « *Ceux qui ont des difficultés, c'est à cause des mariages précoces. Parce que marier une fille de 13, 14 ans qui tombe enceinte, c'est sûr qu'elle va avoir des problèmes au moment de l'accouchement.* » Un responsable du programme de SSR à Matam a déclaré qu'il était important d'éduquer les membres de la communauté sur les potentiels dangers du mariage précoce :

> *La petite fille se marie, elle décède parce que ces organes sont ceci, cela. En plus, elles ne font pas de visites prénatales dans les endroits reculés. Donc, tout cela fait qu'aujourd'hui, on les sensibilise sur ces aspects-là, pour dire que quand les organes de la fille ne sont pas matures, cela pourrait créer des problèmes.*

Quelques parents ont également souligné les potentielles conséquences psychologiques du mariage précoce, affirmant que le mariage demande une maturité émotionnelle et psychologique. Comme l'explique une mère à Saint-Louis, « *D'habitude, on dit qu'on peut marier une fille dès l'âge de 18 ans. Mais nous, on attend jusqu'à l'âge de 20 ans, parce qu'en ce moment, elles seront prêtes pour le mariage. Car le mariage n'est pas quelque chose de facile. C'est pourquoi, il n'y a pas de mariage précoce.* » Un pair éducateur à Kédougou a laissé entendre qu'un camarade de classe qui avait été forcé de se marier à un jeune âge s'était suicidé.

Outre les potentielles conséquences sur la santé, de nombreux participants à l'évaluation qualitative ont observé que le mariage précoce entraîne généralement l'abandon des études chez les adolescentes. Un dirigeant communautaire à Sédhiou a noté ce qui suit : « *Comme conséquence immédiate, la jeune fille ne pourra pas continuer d'aller à l'école avec une grossesse, c'est de même pour les mariages précoces, même si pour ce dernier cas le mari dit qu'elle va continuer ces études ; le constat est qu'une fois le mariage célébré la fille ne va plus à l'école.* » Un pair éducateur à Kédougou a fait la même remarque, « *L'entêtement des parents à donner leur fille en mariage précoce et les grossesses précoces qui persistent toujours en milieu scolaire. Je dirai que c'est défavorable surtout chez la fille qui finit par abandonner l'école et ne saura pas comment faire en plus*. »

Dans la région de Matam, un certain nombre de participants ont évoqué le divorce comme une autre potentielle conséquence du mariage précoce. Un représentant d'une organisation qui a mis en place des activités de sensibilisation à l'intention des jeunes femmes dans les écoles a expliqué que les jeunes femmes mariées précocement divorçaient souvent plus tard : « *Nous avions constaté que la plupart des jeunes filles qui sont au lycée sont divorcées, elles se marient précocement et elles divorcent tôt.* »

III. Comportement sexuel et utilisation de la PF chez les adolescents et les jeunes dans les communautés

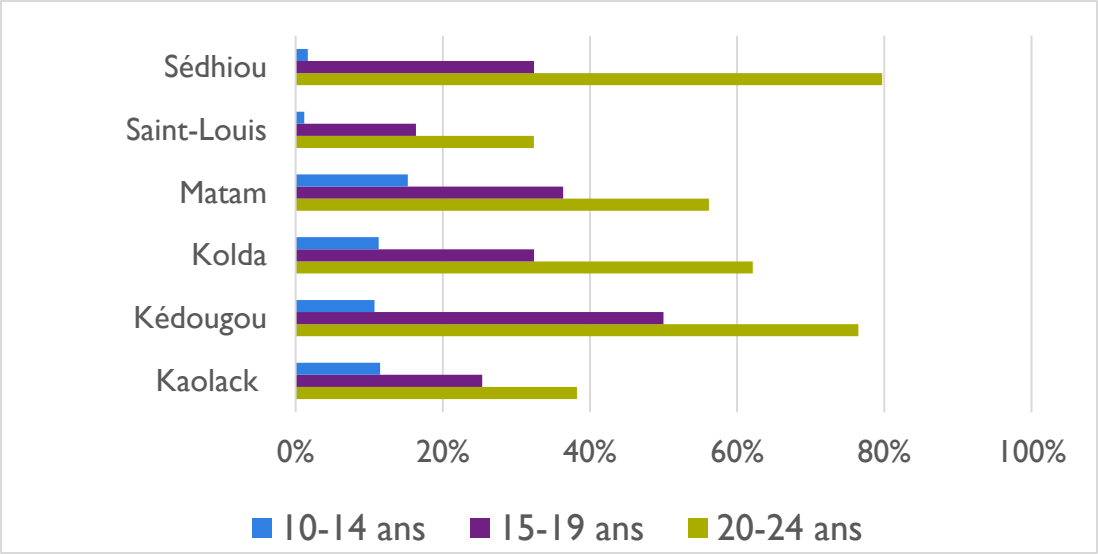
Les informations sur l'expérience sexuelle ont été recueillies auprès des adolescent(e)s et des jeunes afin de mettre en évidence leurs besoins en SR et d'informer les programmes existants pour mieux répondre à leurs besoins de santé. Par exemple, les résultats présentant un pourcentage significatif de

jeunes, âgés de 10 à 14 ans, comme sexuellement actifs pourraient encourager les décideurs à envisager l'introduction des informations sur les conséquences des rapports sexuels non protégés dans le matériel pédagogique de santé reproductive pour ce groupe d'âge. Cette section décrit les expériences sexuelles auto déclarées des jeunes de 10 à 24 ans. Le tableau 15 présente les données des hommes (uniquement) par région, et le tableau 16, celles des femmes (uniquement) par région. Le graphique 2 illustre le pourcentage de jeunes hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, par groupe d'âge et par région, tandis que le graphique 3 présente la même information pour les jeunes femmes.

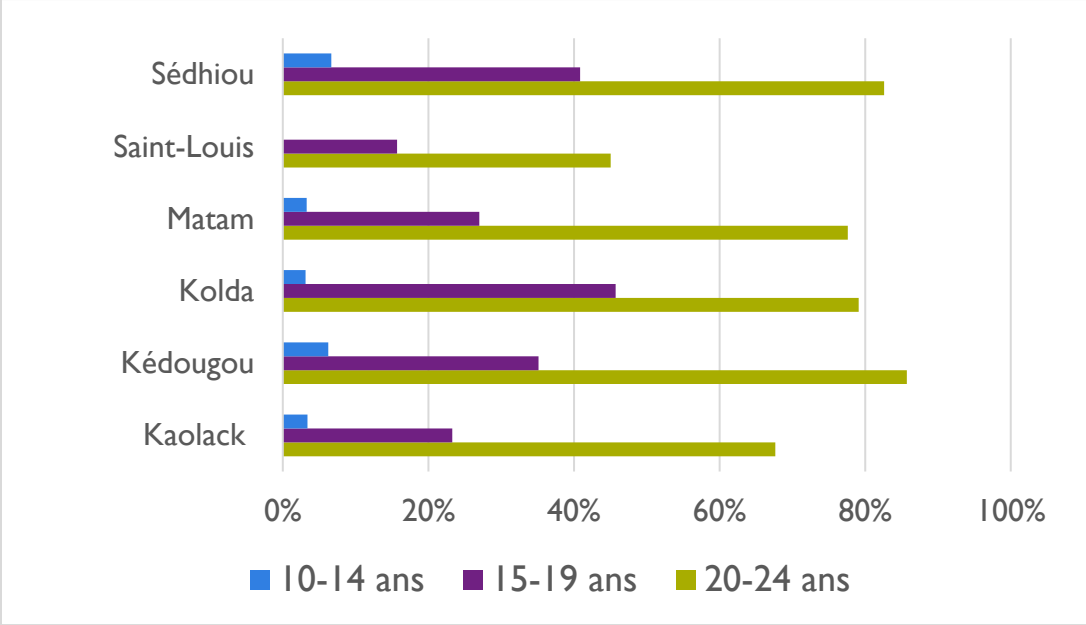
Déjà entendu parler de sexualité : Dans l'ensemble, les garçons de 10 à 14 ans étaient plus susceptibles que les femmes de la même tranche d'âge de déclarer soit d'avoir entendu parler de sexualité, soit de connaître quelqu'un qui a déjà eu des rapports sexuels. Environ 39,7 % des adolescents et 39,1 % des adolescentes âgées de 10 à 14 ans ont entendu parler de sexualité ou en ont parlé. Le pourcentage d'adolescents (garçons) âgés de 10 à 14 ans ayant entendu parler ou ayant parlé de sexualité varie de 20 % à Sédhiou à 67,2 % à Kaolack. Chez les filles de 10 à 14 ans, le pourcentage de celles qui ont déclaré avoir entendu parler de sexualité ou en avoir parlé varie de 25 % à Kédougou et Kolda (chacun) à 64,4 % à Kaolack. Parmi les enfants de 10 à 14 ans ayant déjà entendu parler de sexualité, 43,3 % de garçons (n=141) et 21,4 % des filles (n=363) ont déclaré connaître une personne de leur âge qui a déjà eu des relations sexuelles. Encore une fois, il y a des variations régionales quant au pourcentage indiquant si les répondants connaissaient quelqu'un qui a eu des relations sexuelles. Ce pourcentage va de 5,0 % à Saint-Louis à 69,2 %. à Kédougou pour les garçons et de 10,7 % à Matam à 50 % à Kédougou pour les filles.

Ayant déjà eu des rapports sexuels : Il a également été demandé à tous les jeunes qui avaient déjà entendu parler de sexualité s'ils avaient déjà eu des rapports sexuels. Comme on pouvait s'y attendre, la probabilité d'entrée dans la vie sexuelle par les adolescent(e)/jeunes augmentait avec l'âge. Parmi tous les garçons âgés de 10 à 14 ans, 7,9 % ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au moment de l'enquête, le pourcentage augmentant chez les jeunes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans (29,3 et 53,7 %, respectivement). Les jeunes de 10 à 14 ans à Saint-Louis et à Sédhiou étaient les moins susceptibles de déclarer avoir eu des rapports sexuels (1,2 % et 1,7 %, respectivement) tandis que ceux de 20 à 24 ans de Kédougou et de Saint-Louis étaient les plus susceptibles de déclarer avoir eu des rapports sexuels (76,5 % et 79,7 %, respectivement). Chez les femmes, le pourcentage initiant une activité sexuelle est passé de 4,7 % chez les femmes âgées de 10 à 14 ans à 18,6 % chez celles âgées de 15 à 19 ans, puis à 26,9 % chez les femmes âgées de 20 à 24 ans. Le taux d'entrée dans la vie sexuelle (avoir déjà eu des rapports sexuels) chez les filles de 10-14 ans variait de 0,0 % à Matam à 6,7 % à Sédhiou. Près de la moitié (49,3 %) des jeunes femmes de 20 à 24 ans à Kédougou ont déclaré avoir eu des rapports sexuels.

Graphique 2 : Pourcentage de jeunes hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, par groupe d'âges et région (n=1204)



Graphique 3 : Pourcentage de jeunes femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, par groupe d'âges et région (n=1196)



L'âge médian du début des rapports sexuels selon le lieu de résidence urbain ou rural est également présenté dans les tableaux 15 (hommes) et 16 (femmes). L'âge médian du début des rapports sexuels est d'environ 16 ans pour les répondants hommes et de 17 ans pour les femmes qui ont déjà eu des relations sexuelles. Les hommes des zones rurales ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel à un

âge légèrement plus précoce que ceux des zones urbaines (15,9 ans contre 16,2 ans), tout comme les femmes (16,5 ans contre 17,8 ans).
Alors que 76,5% des répondants hommes ayant eu une expérience sexuelle ont déclaré avoir eu des partenaires au premier rapport sexuel plus jeunes ou du même âge, seules 11,3% des femmes interrogées ont parlé de partenaires sexuels plus jeunes ou du même âge ; 87,3% des femmes ont déclaré que leurs partenaires sexuels étaient plus âgés qu'elles.

Tant chez les hommes que chez les femmes, les pourcentages relatifs aux partenaires sexuels plus jeunes, du même âge ou plus âgés qu'eux varient significativement selon les régions. Les tendances reflètent la pratique traditionnelle selon laquelle les hommes veulent avoir des relations sexuelles avec des femmes plus jeunes ou du même âge et les femmes veulent avoir des relations avec des hommes plus âgés ou du même âge. Une exception a été faite chez les hommes ayant déclaré avoir eu des partenaires sexuels plus âgés lors du premier rapport sexuel ; dans les régions de Kaolack et de Matam, 39,2 %. et 28,2 % des hommes (respectivement) ont déclaré que leur partenaire sexuel au premier rapport était plus âgé qu'eux.

Parmi ceux qui ont déclaré que leur partenaire était plus jeune ou plus âgé qu'eux, 9,3 % des hommes et 38 % des femmes ont déclaré que leur partenaire était de cinq ans ou plus leur aîné. En outre, 29,7 % des femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels ont déclaré que leurs premiers partenaires sexuels avaient 10 ans ou plus qu'elles. Un tel écart d'âge est important à souligner, car il peut indiquer une prévalence relativement importante du mariage d'enfants de sexe féminin ou d'autres relations avec des déséquilibres de pouvoir importants entre les adolescentes et les hommes adultes.

Expérience sexuelle au cours des 12 mois précédant l'enquête : Les tableaux 15 et 16 montrent également le pourcentage d'adolescent(e)s/ jeunes de la communauté répondant à l'enquête ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête, ainsi que la date de leurs derniers rapports sexuels. Les jeunes femmes sexuellement actives âgées de 20 à 24 ans ont fait part des niveaux d'activité sexuelle plus élevés dans les 12 mois précédant l'enquête que les jeunes hommes. Pour les hommes, le pourcentage ayant eu des rapports sexuels dans les 12 mois précédant l'enquête variait de 5,4 pour les garçons âgés de 10 à 14 ans, 18,7 % pour les adolescents âgés de 15 à 19 ans, à 34 % pour les hommes âgés de 20 à 24 ans. Chez les jeunes femmes, le pourcentage variait de 2,5% chez les 10-14 ans, 23,8% chez les femmes âgées de 15 à 19 ans et 55,2% chez les femmes âgées de 20 à 24 ans. La plupart des jeunes sexuellement expérimentés ont déclaré n'avoir pas eu de relations sexuelles récemment ; seulement 21,8% des hommes et 41,7% des femmes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours du dernier mois.

Table 15 : Les comportements sexuels des adolescent(e)s/jeunes hommes

Variable	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Pourcentage de jeunes hommes âgés de 10 à 14 ans ayant déjà entendu parler de sexe ou ayant déjà en parlé	67.2%	46.4%	43.5%	47.5%	23.5%	20.0%	39.7%
Nombre de cas	6	28	62	59	85	60	355
Connaître des personnes du même âge ayant des relations sexuelles (10-14 ans, uniquement ceux qui ont déjà entendu parler de sexe)	61.0%	69.2%	37.0%	46.4%	5.0%	25.0%	43.3%
Nombre de cas	4	13	27	28	20	12	141
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui déclarent avoir déjà eu de rapports sexuels (par âge) :							
10-14 ans	11.5%	10.7%	11.3%	15.3%	1.2%	1.7%	7.9%
Nombre de cas	6	28	62	59	85	60	355
15-19 ans	25.4%	50.0%	32.4%	36.4%	16.4%	32.4%	29.3%
Nombre de cas	7	34	71	77	110	71	434
20-24 ans	38.2%	76.5%	62.1%	56.2%	32.4%	79.7%	53.7%
Nombre de cas	6	34	66	73	105	69	415
Âge moyen au premier rapport sexuel selon le lieu de résidence :							
Rural	14.	16.1	16.1	15.4	16.0	16.7	15.9
Nombre de cas	2	21	49	63	20	62	236
Urbain/Péri-urbain	15.	15.5	16.0	15.0	17.4	17.0	16.2
Nombre de cas	2	20	21	9	32	17	128
Pourcentage des personnes ayant une expérience sexuelle dont :							
le partenaire avait le même âge au premier rapport sexuel	43.1%	56.5%	60.6%	47.4%	43.4%	70.9%	54.8%
Le partenaire était plus jeune au premier rapport sexuel	17.6%	21.7%	25.4%	21.8%	34.0%	12.7%	21.7%
Le partenaire était plus vieux au premier rapport sexuel	39.2%	21.7%	11.3%	28.2%	20.8%	16.5%	22.2%
L'âge du premier partenaire sexuel est inconnu ou le répondant a refuse de le dévoiler	0.0%	0.0%	2.8%	2.6%	1.9%	0.0%	1.4%
Nombre de cas	5	46	71	78	53	79	378

Le partenaire était de 5 ans l'ainé au premier rapport sexuel	5.9%	6.5%	5.6%	12.8%	9.4%	12.7%	9.3%
Nombre de cas	5	46	71	78	53	79	378
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui disent avoir été sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois (par âge, tous les jeunes) :							
10-14 ans	6.6%	10.7%	6.5%	10.2%	1.2%	1.7%	5.4%
Nombre de cas	6	28	62	59	85	60	355
15-19 ans	15.5%	41.2%	15.5%	22.1%	10.0%	23.9%	18.7%
Nombre de cas	7	34	71	77	110	71	434
20-24 ans	22.1%	47.1%	33.3%	37.0%	20.0%	58.0%	34.0%
Nombre de cas	68	34	66	73	105	69	415
Date du dernier rapport sexuel (parmi ceux qui ont déjà eu des rapports sexuels) :							
Au cours de la semaine dernière	3.9%	17.4%	11.3%	6.4%	15.4%	5.1%	9.3%
Il y a1-4 semaines,	13.7%	13.0%	14.1%	6.4%	11.5%	16.5%	12.5%
Il y a 1-11 mois,	33.3%	41.3%	25.4%	51.3%	32.7%	50.6%	40.1%
Il y a plus d'un an	41.2%	28.3%	47.9%	35.9%	38.5%	26.6%	36.3%
Ne sais pas / Ne peut se souvenir	7.8%	0.0%	1.4%	0.0%	1.9%	1.3%	1.9%
Nombre de cas	51	46	71	78	52	79	377

Table 16 : Les comportements sexuels des adolescentes/jeunes femmes

Variable	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Ayant déjà entendu parler de sexe (10-14 ans uniquement) ou ayant déjà en parlé	64.4%	25.0%	25.0%	45.9%	40.2%	28.3%	39.1%
Nombre de cas	59	32	64	61	87	60	363
Connaissance des personnes de même âge ayant des relations sexuelles (10-14 seulement, parmi ceux qui ont déjà entendu parler de sexe)	28.9%	50.0%	37.5%	10.7%	11.8%	35.3%	24.1%
Nombre de cas	38	8	16	28	34	17	141
Pourcentage d'adolescentes/jeunes qui déclarent avoir déjà eu de rapports sexuels (par âge) :							
10-14 ans	3.4%	6.3%	3.1%	3.3%	0.0%	6.7%	3.3%
Nombre de cas	59	32	64	61	87	60	363
15-19 ans	23.3%	35.1%	45.7%	27.0%	15.7%	40.8%	29.8%
Nombre de cas	73	37	70	63	102	71	416
20-24 ans	67.6%	85.7%	79.1%	77.6%	45.0%	82.6%	69.1%
Nombre de cas	68	35	67	67	111	69	417
Âge médian au premier rapport sexuel par lieu de résidence :							
Rural	16.76	16.67	15.80	16.34	18.14	16.50	16.54
Nombre de cas	33	30	70	64	35	74	306
Urbain/Péri-urbain	17.91	17.20	17.73	17.29	18.00	18.15	17.80
Nombre de cas	32	15	15	7	29	13	111
Pourcentage des personnes ayant une expérience sexuelle dont :							
le partenaire avait le même âge au premier rapport	4.6%	8.9%	8.0%	2.8%	4.5%	25.6%	9.9%
Le partenaire était plus jeune au premier rapport sexuel	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	4.5%	2.2%	1.4%
Le partenaire était plus âgé au premier rapport sexuel	95.4%	86.7%	90.8%	95.8%	89.4%	70.0%	87.3%
L'âge du premier partenaire sexuel est inconnu ou le répondant a refuse de le dévoiler	0.0%	2.2%	1.1%	1.4%	1.5%	2.2%	1.4%
Nombre de cas	65	45	87	71	66	90	424
Le partenaire était de 5 à 10 ans plus âgé au premier rapport	38.5%	48.9%	35.6%	35.2%	39.4%	35.6%	38.0%

Nombre de cas	65	45	87	71	66	90	424
Le partenaire était de 10 ans plus âgé au premier rapport sexuel	35.4%	17.8%	35.6%	47.9%	16.7%	21.1%	29.7%
Nombre de cas	65	45	87	71	66	90	424
% d'adolescentes/ jeunes qui disent avoir été sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois (par âge) :							
10-14 ans	1.7%	6.3%	1.6%	3.3%	0.0%	5.0%	2.5%
Nombre de cas	59	32	64	61	87	60	363
15-19 ans	23.3%	29.7%	32.9%	15.9%	14.7%	32.4%	23.8%
Nombre de cas	73	37	70	63	102	71	416
20-24 ans	61.8%	54.3%	55.2%	58.2%	37.8%	73.9%	55.2%
Nombre de cas	68	35	67	67	111	69	417
Date du dernier rapport sexuel (parmi ceux qui ont déjà eu des rapports sexuels) :							
Au cours de la semaine dernière	47.7%	20.0%	24.1%	16.9%	35.9%	26.7%	28.4%
Il y a 1-4 semaines,	13.8%	8.9%	14.9%	14.1%	18.8%	8.9%	13.3%
Il y a 1-11 mois,	29.2%	37.8%	26.4%	40.8%	23.4%	50.0%	35.1%
Il y a plus d'un an	7.7%	28.9%	29.9%	28.2%	14.1%	14.4%	20.4%
Ne sais pas / Ne peut se souvenir	1.5%	4.4%	4.6%	0.0%	7.8%	0.0%	2.8%
Nombre de cas	65	45	87	71	64	90	422

Grossesse et procréation

Des informations ont également été recueillies sur les expériences de grossesse et de procréation des répondants sexuellement actifs ou de leurs partenaires (dans le cas des hommes). Le tableau 17 présente des données sur les expériences de grossesse et de procréation des partenaires des répondants de sexe masculin et le tableau 18 présente des données sur les expériences de grossesse et de procréation des répondants de sexe féminin. Il convient de noter que très peu d'hommes âgés de 10 à 14 ans ou de 15 à 19 ans, voire aucun, ont déclaré que leurs partenaires sexuels avaient déjà été enceintes ou avaient déjà eu à donner naissance à un enfant. Ainsi, ces résultats pour ces deux groupes d'âge d'hommes (10-14 ans et 15-19 ans) sont combinés dans le Tableau 17.

Seulement 2,5 % de tous les répondants hommes ont déclaré que leurs partenaires sexuels avaient déjà été enceintes. Le pourcentage de jeunes hommes déclarant que leur partenaire a déjà été enceinte augmente légèrement avec l'âge (1,0 et 5,3 % chez les jeunes de 10 à 19 ans et de 20 à 24 ans, respectivement), avec de petites variations selon les régions. Parmi tous les répondants femmes, 23,7 % ont déclaré avoir été enceintes. Le pourcentage de femmes ayant déclaré avoir été enceintes augmente également avec l'âge : 0,3 % (une personne interrogée) de toutes les femmes âgées de 10 à 14 ans, 14,7 % de toutes les femmes âgées de 15 à 19 ans et 53 % de toutes les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans, respectivement. Ce pourcentage varie également selon les régions (de 15,7% à Saint-Louis à 31,7 % à Kédougou).

Les tableaux 17 et 18 présentent le pourcentage d'adolescent(e)s/jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels et qui ont eu au moins un enfant. Cette analyse montre que 4,5 % des hommes de 10 à 19 ans et 9,4 % des hommes de 20 à 24 ans ont déjà eu un enfant. Ces résultats sont également présentés selon le statut matrimonial : 1,2 % des jeunes hommes sexuellement actifs jamais mariés ont eu un enfant et 45,3 % des jeunes hommes mariés ont eu au moins un enfant. Chez les femmes sexuellement actives, 8,3 % (un répondant) âgées de 10 à 14 ans, 46,8 % âgées de 15 à 19 ans et 75,7 % des jeunes de 20 à 24 ans ont eu au moins un enfant. Selon l'état matrimonial, 24,6 % des adolescent(e)s/jeunes jamais mariées ont eu au moins un enfant et 72,2 % des adolescentes/jeunes femmes mariées ont eu au moins un enfant.

Parmi les adolescent(e)s/jeunes qui ont déjà eu un enfant, 88,5 % des hommes et 56 % des femmes ont déclaré avoir un enfant vivant au moment de l'entretien. Un tiers (33 %) des femmes ayant eu des enfants ont deux enfants en vie. Chez les adolescent(e)s/jeunes sexuellement actifs, 1,1 % des hommes et 8,5 % des femmes déclarent avoir actuellement un partenaire enceinte ou l'être. Presque tous les jeunes déclarent vouloir avoir un (autre) enfant (96,6 % des hommes et 96,9 % des femmes), la plupart ne souhaitent pas avoir d'enfant dans un proche avenir : 73,5 % des hommes et 71,2 % des femmes souhaitent attendre au moins deux ans (sinon plus) pour avoir un enfant.

Il a été demandé aux adolescent(e)s/jeunes femmes enceintes si leur grossesse était désirée au moment où elles sont tombées enceintes. Cette analyse montre que 41,7 % des répondantes ont déclaré que leur grossesse actuelle n'était pas désirée ; presque toutes ont déclaré qu'elles souhaitaient attendre plus tard avant de tomber enceintes. Ce constat consolide la nécessité de rendre la PF accessible et effective pour les adolescent(e)s/jeunes afin d'éviter les grossesses non désirées.

En ce qui concerne le nombre idéal d'enfants pour les hommes et les femmes dans leurs communautés, les adolescent(e)s/jeunes hommes et adolescent(e)s/jeunes femmes ont fait part des normes sociales qui reflètent une valeur pour les niveaux de fécondité élevés. Seulement 28% des jeunes hommes et 31,1% des adolescent(e)s/jeunes femmes ont déclaré que les femmes devraient avoir quatre enfants ou moins ; Les adolescent(e)s/jeunes hommes et les adolescent(e)s/jeunes femmes ont révélé que les femmes devraient avoir cinq ou six enfants et les hommes, sept à dix enfants au cours de leur vie (Cette révélation reflète le pourcentage modal dans les deux cas).

Les adolescent(e)s/jeunes hommes et les adolescent(e)s/jeunes femmes aimeraient que les hommes aient leur premier enfant à un âge plus avancé que les femmes. Les adolescent(e)s/jeunes hommes et les adolescent(e)s/jeunes femmes ont suggéré 18-19 ans comme âge idéal moyen au premier accouchement chez les femmes, et une fourchette idéale de 20-24 ans pour les hommes. Les fourchettes d'âge idéales pour un premier enfant varient d'une région à l'autre, mais ne varient pas beaucoup entre les adolescent(e)s/jeunes hommes et les adolescent(e)s/jeunes femmes.

Tableau 17 : Expérience de la grossesse et de la procréation chez les adolescent(e)s/jeunes hommes de 10 à 24 ans

Variable	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Pourcentage de tous les jeunes hommes dont le partenaire a déjà été enceinte (par âge) :							
10-19 ans	0.0%	1.6%	1.5%	2.2%	0.5%	0.8%	1.0%
Nombre de cas	132	62	133	136	195	131	789
20-24 ans	2.9%	11.8%	12.1%	2.7%	2.9%	4.3%	5.3%
Nombre de cas	68	34	66	73	105	69	415
Tous les hommes	1.0%	5.2%	5.0%	2.4%	1.3%	2.0%	2.5%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Pourcentage d'adolescents/jeunes sexuellement actifs qui indiquent avoir eu au moins un enfant :							
10-19 ans	0.0%	5.0%	6.7%	5.4%	5.3%	4.2%	4.5%
Nombre de cas	25	20	30	37	19	24	155
20-24 ans	7.7%	15.4%	19.5%	4.9%	5.9%	5.5%	9.4%
Nombre de cas	26	26	41	41	34	55	223
Jamais marié	0.0%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	1.2%
Nombre de cas	46	38	53	66	47	75	325
Marié/En union	40.0%	50.0%	55.6%	33.3%	50.0%	25.0%	45.3%
Nombre de cas	5	8	18	12	6	4	53
Nombre d'enfants **en vie** (parmi ceux qui ont déjà eu un enfant) :							
1	100.0%	80.0%	80.0%	100.0%	100.0%	100.0%	88.5%
2	0.0%	20.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.7%
3 ou plus	0.0%	0.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.8%
Nombre de cas	2	5	10	2	3	4	26
Pourcentage d'adolescents / jeunes sexuellement actifs qui rapportent que leur partenaire est actuellement enceinte	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	1.9%	0.0%	1.1%
Nombre de cas	51	46	71	75	53	79	375
Pourcentage d'adolescents/Jeunes qui aimeraient avoir d'autres enfants	99.5%	96.9%	96.5%	99.5%	94.3%	94.0%	96.6%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204

Pourcentage d'adolescents/jeunes qui aimeraient attendre au moins deux ans avant d'avoir un (autre) enfant	75.5%	74.0%	69.8%	72.2%	70.7%	80.5%	73.5%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Nombre d'enfants qu'une femme de cette communauté devrait avoir							
Un ou deux enfants	2.5%	11.5%	5.5%	2.4%	2.0%	6.5%	4.2%
Trois ou quatre enfants	16.5%	22.9%	27.1%	23.0%	28.3%	22.5%	23.8%
Cinq ou six enfants	33.0%	29.2%	30.2%	31.6%	20.7%	24.5%	27.5%
Sept enfant ou plus	26.5%	11.5%	16.1%	23.4%	20.0%	15.0%	19.5%
Ne sais pas	21.5%	25.0%	20.6%	19.6%	29.0%	31.5%	24.8%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Nombre moyen d'enfants qu'un homme dans cette communauté devrait avoir :							
Un ou deux enfants	4.0%	8.3%	6.5%	.5%	3.3%	4.5%	4.1%
Trois ou quatre enfants	11.5%	18.8%	23.6%	21.1%	19.0%	19.0%	18.9%
Cinq ou six enfants	24.5%	22.9%	19.6%	23.4%	17.7%	17.0%	20.4%
Sept ou dix enfants	27.5%	19.8%	22.1%	31.1%	22.0%	16.5%	23.4%
Plus de dix enfants	13.5%	4.2%	6.5%	7.2%	7.7%	10.5%	8.6%
Ne sais pas	19.0%	26.0%	21.6%	16.7%	30.3%	32.5%	24.7%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Âge moyen auquel une femme devrait avoir son premier enfant :							
10-14 ans	1.0%	4.2%	3.5%	3.3%	.7%	1.0%	2.0%
15-17 ans	9.5%	18.8%	17.6%	20.6%	7.7%	10.0%	13.1%
18-19 ans	24.5%	35.4%	34.7%	29.2%	26.7%	51.0%	32.8%
20-24 ans	33.5%	19.8%	16.6%	24.4%	28.7%	20.5%	24.7%
25 ans ou plus	14.5%	3.1%	5.0%	3.8%	9.3%	3.0%	7.0%
Ne sais pas	17.0%	18.8%	22.6%	18.7%	27.0%	14.5%	20.4%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Âge moyen auquel un homme devrait avoir son premier enfant :							
10-17 ans	4.5%	2.1%	3.0%	4.8%	1.3%	3.0%	3.1%
18-19 ans	15.5%	15.6%	23.1%	22.5%	10.0%	29.0%	18.9%
20-24 ans	29.5%	36.5%	35.2%	36.4%	19.7%	37.0%	31.0%
25-29 ans	25.5%	19.8%	12.6%	16.3%	31.7%	14.0%	20.9%
30 ans ou plus	9.0%	5.2%	5.5%	2.9%	12.0%	1.5%	6.6%
Ne sais pas	16.0%	20.8%	20.6%	17.2%	25.3%	15.5%	19.6%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204

Tableau 18 : Expérience de la grossesse et de la procréation chez les adolescent(e)s/jeunes femmes de 10 à 24 ans

Variable	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Pourcentage d'adolescentes/jeunes femmes qui rapportent avoir été enceintes:							
10-14 ans	0.0%	0.0%	1.6% (1)	0.0%	0.0%	0.0%	0.3% (1)
Nombre de cas	57	30	62	59	87	56	363
15-19 ans	12.3%	21.6%	24.3%	14.3%	7.8%	14.1%	14.7%
Nombre de cas	73	37	70	63	102	71	416
20-24 ans	57.4%	71.4%	53.7%	62.7%	35.1%	58.0%	53.0%
Nombre de cas	68	35	67	67	111	69	417
Toutes les femmes	24.0%	31.7%	26.9%	26.7%	15.7%	25.0%	23.7%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Pourcentage d'adolescents/jeunes sexuellement actifs qui indiquent avoir eu au moins un enfant :							
10-14 ans	0.0%	0.0%	50.0% (1)	0.0%	--	0.0%	8.3% (1)
Nombre de cas	2	2	2	2		4	12
15-19 ans	35.3%	61.5%	53.1%	52.9%	50.0%	34.5%	46.8%
Nombre de cas	17	13	32	17	16	29	124
20-24 ans	52.8%	51.8%	46.8%	47.3%	48.8%	38.4%	46.8%
Nombre de cas	72	56	94	93	84	112	511
Jamais marié	25.0%	27.3%	0.0%	100.0%	0.0%	25.8%	24.6%
Nombre de cas	4	11	8	3	4	31	61
Marié/en union	67.2%	88.2%	68.4%	70.6%	75.8%	71.2%	72.2%
Nombre de cas	61	34	79	68	62	59	363
Nombre d'enfants en vie (parmi ceux qui ont déjà eu un enfant) :							
1	57.1%	53.1%	55.8%	58.8%	60.9%	50.0%	56.0%
2	28.6%	37.5%	32.7%	35.3%	32.6%	32.0%	33.0%
3 ou plus	14.3%	9.4%	11.5%	5.9%	6.5%	18.0%	11.0%
Nombre de cas	42	32	52	51	46	50	273
Le plus jeune enfant a moins d'un an	35.7%	34.4%	36.5%	27.5%	28.3%	42.0%	34.1%
Nombre de cas	42	32	52	51	46	50	273

Pourcentage d'adolescentes / jeunes femmes sexuellement actives qui rapportent actuellement être enceintes	15.4%	4.5%	8.0%	11.4%	1.5%	8.9%	8.5%
Nombre de cas	65	44	87	70	66	90	422
Pourcentage d'adolescentes/ jeunes (actuellement enceintes) qui rapportent avoir vécu une grossesse non-désirée	60.0%	0.0%	14.3%	87.5%	0.0%	12.5%	41.7%
Nombre de cas	10	2	7	8	1	8	36
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui aimeraient avoir un autre enfant	98.5%	95.2%	97.5%	97.9%	94.7%	98.0%	96.9%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui aimeraient attendre au moins deux ans avant d'avoir un	76.5%	63.5%	63.2%	73.8%	68.0%	80.0%	71.2%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Nombre d'enfants qu'une femme de cette communauté devrait avoir :							
Un ou deux enfants	3.0%	3.8%	2.0%	4.7%	6.7%	4.0%	4.3%
Trois ou quatre enfants	26.0%	19.2%	25.4%	31.9%	29.3%	24.5%	26.8%
Cinq ou six enfants	37.5%	37.5%	31.3%	37.2%	28.3%	26.0%	32.2%
Sept enfants ou plus	21.0%	7.7%	16.4%	16.8%	13.7%	15.5%	15.6%
Ne sais pas	12.5%	31.7%	24.9%	9.4%	22.0%	30.0%	21.1%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Nombre moyen d'enfants qu'un homme dans cette communauté devrait avoir :							
Un ou deux enfants	3.0%	3.8%	2.0%	1.0%	3.3%	3.0%	2.7%
Trois ou quatre enfants	12.0%	8.7%	12.9%	13.1%	17.3%	12.0%	13.4%
Cinq ou six enfants	15.5%	26.0%	19.4%	24.1%	17.7%	15.5%	19.0%
Sept à dix enfants	26.0%	12.5%	20.4%	29.8%	19.3%	21.5%	22.1%
Plus de dix enfants	13.0%	6.7%	9.0%	9.4%	5.3%	10.5%	8.9%
Ne sais pas	30.5%	42.3%	36.3%	22.5%	37.0%	37.5%	34.0%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Âge moyen auquel une femme devrait avoir son premier enfant							
10-14 ans	.5%	2.9%	4.5%	1.0%	.7%	1.5%	1.7%
15-17 ans	8.0%	24.0%	17.4%	19.4%	9.3%	15.5%	14.4%
18-19 ans	25.0%	33.7%	32.8%	24.6%	19.7%	53.0%	30.4%
20-24 ans	33.5%	18.3%	18.9%	32.5%	33.7%	18.0%	27.0%

25 ans ou plus	13.5%	3.8%	4.0%	4.2%	13.7%	.5%	7.4%
Ne sais pas	19.5%	17.3%	22.4%	18.3%	23.0%	11.5%	19.1%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Âge moyen auquel un homme devrait avoir son premier enfant :							
10-17 ans	4.0%	1.9%	4.0%	5.2%	3.3%	4.5%	3.9%
18-19 ans	9.5%	11.5%	14.9%	13.6%	10.3%	26.5%	14.3%
20-24 ans	30.5%	36.5%	33.3%	33.5%	17.3%	43.5%	30.9%
25-29 ans	19.0%	9.6%	10.4%	14.7%	23.0%	7.5%	15.1%
30 ans ou plus	11.0%	9.6%	9.0%	8.4%	12.7%	1.5%	8.9%
Ne sais pas	26.0%	30.8%	28.4%	24.6%	33.3%	16.5%	26.8%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196

Utilisation passée et actuelle de la contraception

Les tableaux 19 et 20 présentent les résultats relatifs à l'utilisation passée et actuelle de la contraception chez les adolescent(e)s/jeunes hommes et les adolescent(e)s/jeunes femmes. Comme dans le cas du tableau 17 pour les hommes, il convient de noter que très peu ou pas d'adolescent(e)s/jeunes hommes ou femmes âgés de 10 à 14 ans ou de 15 à 19 ans ont déclaré qu'eux-mêmes ou leurs partenaires sexuels avaient déjà utilisé une méthode de PF ou ont utilisé une de ces méthodes lors du dernier rapport sexuel.

Comme le montrent ces tableaux, de nombreux adolescent(e)s/jeunes ayant eu une expérience sexuelle (61,4 % pour les hommes et 32,1 % pour les femmes) ont déclaré avoir déjà utilisé une méthode contraceptive. Les pourcentages d'adolescent(e)s/jjeunes déclarant utiliser des contraceptifs varient selon les régions (de 47,4% à Matam à 86,1% à Sédhiou pour les hommes, et de 12,7% à Matam à 48,5% à Saint-Louis pour les femmes).

La principale méthode contraceptive utilisée par les hommes est le préservatif masculin (96,1 %) et pour les femmes, l'injectable (46,3 %). Son utilisation lors du dernier rapport sexuel chez les adolescent(e)s/jeunes est légèrement inférieure à son utilisation actuelle : 55,1 % des hommes et 18,9 % des femmes ayant une expérience sexuelle ont utilisé une méthode contraceptive lors du dernier rapport sexuel. Les hommes et les femmes qui ont déclaré avoir eu recours à une méthode de PF lors du dernier rapport sexuel étaient plus susceptibles d'avoir utilisé un préservatif masculin (99 % des hommes et 48,1 % des femmes).

Étant donné que la plupart des adolescent(e)s/jeunes femmes ayant un enfant ont affirmé préférer attendre au moins deux ans avant de tomber enceintes et que près de la moitié des femmes actuellement enceintes ont déclaré que leur grossesse était non désirée ou n'avait pas eu lieu au bon moment, il s'agit d'un problème / écart significatif de programmation à résoudre. Les deux principales sources d'approvisionnement de méthodes contraceptives utilisées lors du dernier rapport sexuel (principalement le préservatif masculin) sont les pharmacies et les postes de santé publics. Près de 65% de répondants hommes et 76% de répondants femmes ont déclaré avoir reçu leur méthode de ces deux types de PPS. Seul un faible pourcentage (moins de six pour cent) des jeunes a déclaré avoir reçu sa dernière méthode de PF d'un centre de jeunes désigné (ASBEF, équipe mobile, Centre Conseils ADO). Les ASC / relais ou les pairs éducateurs n'ont pas été mentionnés comme sources d'approvisionnement en préservatifs ou de toute autre méthode de contraception.

Tableau 19 : Utilisation de la planification familiale par les adolescent(e)s/jeunes hommes âgés de10-24 ans

	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Pourcentage d'adolescents/ jeunes hommes **sexuellement actifs (ayant déjà eu des rapports sexuels)** qui déclarent avoir déjà utilisé une méthode moderne de PF (par type de méthode)							
10-14 ans	14.3% (1)	0.0%	42.9% (3)	33.3% (3)	0.0%	0.0%	25.0%
Nombre de cas	7	3	7	9	1	1	28
15-19 ans	66.7%	70.6%	52.2%	35.7%	27.8%	82.6%	55.1%
Nombre de cas	18	17	23	28	18	23	127
20-24 ans	46.2%	76.9%	58.5%	58.5%	76.5%	89.1%	69.5%
Nombre de cas	26	26	41	41	34	55	223
Tout (10-24 ans)	49.0%	69.6%	54.9%	47.4%	58.5%	86.1%	61.4%
Nombre de cas	51	46	71	78	53	79	378
Méthodes contraceptives déjà utilisées (avec un partenaire) :							
Pilule contraceptive orale	0.0%	0.0%	2.6%	0.0%	6.5%	0.0%	1.3%
Nombre de cas	25	32	39	37	31	68	232
Injectable	0.0%	0.0%	0.0%	5.4%	6.5%	0.0%	1.7%
Nombre de cas	25	32	39	37	31	68	232
Implant	0.0%	3.1%	0.0%	0.0%	3.2%	0.0%	.9%
Nombre de cas	25	32	39	37	31	68	232
Préservatif masculin	96.0%	96.9%	100.0%	91.9%	90.3%	98.5%	96.1%
Nombre de cas	25	32	39	37	31	68	232
Autres méthodes (DIU, méthode permanente, méthode du calendrier, préservatif féminin)	4.0%	0.0%	0.0%	2.7%	3.2%	1.5%	1.7%
Nombre de cas	25	32	39	37	31	68	232
Pourcentage d'adolescents/jeunes hommes sexuellement actifs qui déclarent avoir utilisé une méthode moderne de PF lors du dernier rapport sexuel :							
10-14 ans	0.0%	0.0%	42.9% (3)	37.5% (3)	0.0%	0.0%	22.2%
Nombre de cas	7	3	7	8	1	1	27
15-19 ans	66.7%	70.6%	39.1%	32.1%	22.2%	78.3%	50.4%
Nombre de cas	18	17	23	28	18	23	127
20-24 ans	46.2%	69.2%	45.0%	53.7%	67.6%	80.0%	61.7%

Nombre de cas	26	26	40	41	34	55	222
Tout (10-24 ans)	47.1%	65.2%	42.9%	44.2%	50.9%	78.5%	55.1%
Nombre de cas	51	46	70	77	53	79	376
Méthode contraceptive utilisée lors du dernier rapport (avec un partenaire) :							
Préservatifs masculins	95.8%	100.0%	96.7%	100.0%	100.0%	100.0%	99.0%
Préservatifs féminins	4.2%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Nombre de cas	24	30	30	34	27	62	207
Source d'approvisionnement en méthode PF chez les adolescents/jeunes hommes sexuellement actifs qui déclarent s'en servir (PPS à caractère public/privé ; OSC ; pharmacie ; etc.)							
Pharmacie	62.5%	36.7%	13.3%	38.2%	81.5%	27.4%	39.6%
Poste de santé	16.7%	10.0%	20.0%	20.6%	7.4%	48.4%	25.1%
Centre de santé	4.2%	13.3%	23.3%	0.0%	0.0%	3.2%	6.8%
Boutique/Marché	12.5%	10.0%	3.3%	23.5%	0.0%	1.6%	6.8%
Case de santé	0.0%	13.3%	20.0%	0.0%	0.0%	3.2%	5.8%
Centre Conseils Adolescents ASBEF	0.0%	3.3%	6.7%	2.9%	0.0%	4.8%	3.4%
Stratégie avancée/Equipe mobile	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	1.0%
Centre ADO	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	1.6%	1.0%
Autres (ami, partenaire, une connaissance)	4.2%	10.0%	9.9%	14.7%	11.1%	8.1%	7.8%
Nombre de cas	24	30	30	34	27	62	207

Tableau 20 : Utilisation de la PF par les adolescent(e)s/jeunes femmes de 10 à 24 ans

	REGION (Non						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Pourcentage d'adolescentes/jeunes femmes **sexuellement actives (Ayant déjà eu des rapports sexuels)** qui déclarent avoir déjà utilisé une méthode moderne de PF (par type de méthode)							
10-14 ans	0.0%	50.0% (1)	50.0% (1)	0.0%	--	0.0%	16.7%
Nombre de cas	2	2	2	2		4	12
15-19 ans	17.6%	23.1%	15.6%	5.9%	18.8%	31.0%	19.4%
Nombre de cas	17	13	32	17	16	29	124
20-24 ans	28.3%	36.7%	37.7%	15.4%	58.0%	50.9%	38.2%
Nombre de cas	46	30	53	52	50	57	288
Tout(10-24 ans)	24.6%	33.3%	29.9%	12.7%	48.5%	42.2%	32.1%
Nombre de cas	65	45	87	71	66	90	424
Méthodes contraceptives déjà utilisées :							
Injectables	50.0%	40.0%	42.3%	22.2%	78.1%	28.9%	46.3%
Nombre de cas	16	15	26	9	32	38	136
Implants	31.3%	20.0%	38.5%	44.4%	12.5%	42.1%	30.9%
Nombre de cas	16	15	26	9	32	38	136
Préservatif masculin	12.5%	46.7%	15.4%	22.2%	3.1%	36.8%	22.1%
Nombre de cas	16	15	26	9	32	38	136
Pilule contraceptive orale	31.3%	0.0%	3.8%	22.2%	40.6%	0.0%	15.4%
Nombre de cas	16	15	26	9	32	38	136
Autres méthodes (DIU, méthodes permanentes, méthode du calendrier, préservatif féminin)	0.0%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	2.6%	2.2%
Nombre de cas	16	15	26	9	32	38	136
Pourcentage d'adolescentes/jeunes sexuellement actifs qui déclarent avoir utilisé une méthode moderne de PF lors du dernier rapport sexuel							
10-14 ans	0.0%	50.0% (1)	0.0%	0.0%	--	0.0%	8.3%
Nombre de cas	2	2	2	2		4	12
15-19 ans	5.9%	38.5%	12.9%	5.9%	12.5%	27.6%	17.1%
Nombre de cas	17	13	31	17	16	29	123
20-24 ans	15.2%	26.7%	23.5%	11.8%	16.0%	28.6%	20.1%
Nombre de cas	46	30	51	51	50	56	284

Tout (10-24 ans)	12.3%	31.1%	19.0%	10.0%	15.2%	27.0%	18.9%
Nombre de cas	65	45	84	70	66	89	419
Méthode contraceptive utilisée lors du dernier rapport sexuel							
Préservatifs masculins	25.0%	50.0%	56.3%	28.6%	0.0%	75.0%	48.1%
Injectables	25.0%	28.6%	6.3%	14.3%	60.0%	12.5%	21.5%
Implants	50.0%	21.4%	31.3%	42.9%	10.0%	12.5%	24.1%
Pilules du lendemain	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%	20.0%	0.0%	3.8%
Pilules d'urgence	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	10.0%	0.0%	2.5%
Nombre de cas	8	14	16	7	10	24	79
Source d'approvisionnement en méthode PF chez les adolescents/jeunes sexuellement actifs qui déclarent s'en servir (PPS à caractère public/privé ; OSC ; pharmacie ; etc.)							
Poste de santé	87.5%	21.4%	43.8%	57.1%	80.0%	66.7%	57.0%
Pharmacies	12.5%	35.7%	25.0%	14.3%	10.0%	12.5%	19.0%
Case de santé	0.0%	14.3%	18.8%	0.0%	10.0%	8.3%	10.1%
Centre de santé	0.0%	21.4%	0.0%	14.3%	0.0%	4.2%	6.3%
Centres MSI	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.2%	1.3%
Boutique/Marché	0.0%	7.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%
Autres (ami, partenaire, une connaissance)	0.0%	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	2.5%
Ne sait pas	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	4.2%	2.5%
Nombre de cas	8	14	16	7	10	24	79

Dans le cadre de l'évaluation qualitative, les adolescent(e)s/jeunes femmes qui avaient utilisé une méthode de PF et avaient consenti à prendre part à une interview semi-structurée ont été interrogées sur leurs motivations à utiliser la PF. Dans les six régions, la réponse la plus fréquente chez les adolescent(e)s/jeunes femmes mariées était qu'elles voulaient espacer leurs naissances.

Comme l'a dit une jeune femme à Sédhiou, elle a choisi la méthode contraceptive réversible à longue durée d'action (LARC) « *Pour espacer les naissances et veiller à l'éducation des enfants*. » Ces femmes ont dit vouloir attendre entre deux et cinq ans avant de concevoir à nouveau. Les raisons qui les ont poussées à espacer leurs grossesses allaient de leur permettre, à elles et à leur corps, de se reposer, d'attendre que leurs enfants soient sevrés ou de s'assurer qu'ils seraient en mesure de bien élever leurs enfants, à des difficultés financières.

Dans quelques cas, les adolescent(e)s/jeunes femmes ont expliqué que la motivation première était financière ; comme l'a fait remarquer une jeune femme à Matam, « *En ce moment je préfère rester 5 ans encore pour avoir un autre enfant. Mon seul but est d'avoir un boulot* » De plus, à Matam, deux des femmes ont déclaré avoir choisi d'adopter une méthode de PF parce qu'elles avaient eu des complications d'accouchement avec leurs enfants précédents et une qui a dit que sa mère l'avait encouragée à espacer ses naissances pour qu'elle puisse poursuivre ses études.

Dans deux régions, une ou plusieurs des femmes ayant participé aux entretiens semi-structurés étaient célibataires. Lorsqu'elle a été interrogée sur ses motivations à utiliser la PF, une femme célibataire à Kédougou a répondu «*je voulais arrêter d'avoir des enfants hors mariage* » et a indiqué qu'elle pourrait cesser d'utiliser sa méthode de PF choisie «*si ma situation s'améliore ; et que je trouve du boulot*. » À Kolda, où trois des femmes ayant participé aux entretiens semi-structurés étaient célibataires sans enfants, les jeunes femmes ont déclaré qu'elles utilisaient la PF pour prévenir les grossesses.

3.1 Perceptions concernant les IST, le VIH et la violence fondée sur le genre, leurs causes et leurs conséquences

Les tableaux 21 et 22 présentent des données d'enquête pour les hommes et les femmes sur les IST, le VIH et les Violences Basées sur le Genre (VBG), définie comme la violence physique, psychologique ou sexuelle (y compris le viol), l'exploitation sexuelle ou les mutilations génitales féminines (MGF). Environ trois quarts (76 %) des hommes et des femmes de 10 à 14 ans n'ont jamais entendu parler des IST, et environ un tiers des hommes et des femmes de 20 à 24 ans n'en ont jamais entendu parler. Seulement 15 % des hommes et 17 % des femmes pouvaient citer au moins un symptôme d'une IST. Les adolescent(e)s/jeunes étaient plus susceptibles d'avoir des informations sur le VIH, mais ils avaient relativement peu de connaissances sur les méthodes de prévention du VIH. Alors que 11 % des hommes de 10-14 ans et 12,7 % des femmes de 10-14 ans n'avaient jamais entendu parler du VIH ou du sida, et que moins de 3 % des jeunes de 20-24 ans n'avaient jamais entendu parler du VIH/sida, moins d'un tiers des adolescent(e)s/jeunes hommes ou femmes ont mentionné l'abstinence ou l'utilisation du préservatif comme méthodes de prévention du VIH. Moins de cinq pour cent des adolescent(e)s/jeunes hommes ou femmes ont mentionné le fait d'éviter d'avoir de multiples partenaires sexuels comme méthode de prévention du VIH.

Les cas signalés d'IST étaient relativement rares. Moins de 5 % des adolescent(e)s/jeunes hommes et des adolescent(e)s/jeunes femmes ayant vécu une expérience sexuelle ont déclaré avoir déjà contracté une IST (1,9 % des hommes et 4,5 % des femmes). L'utilisation du préservatif chez les jeunes femmes était aussi relativement faible : parmi les jeunes ayant été sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois, 56% des hommes et seulement 12,7% des femmes ont déclaré avoir utilisé un préservatif masculin lors de leur dernier rapport sexuel pour prévenir une IST, le VIH ou une grossesse non souhaitée.

En définitive, les adolescent(e)s/jeunes hommes et les adolescent(e)s/jeunes femmes ont été brièvement interrogés sur leurs expériences en matière de VBG, notamment la violence physique, psychologique ou sexuelle (y compris le viol), l'exploitation sexuelle ou la mutilation génitale féminine (MGF). Les adolescent(e)s et les jeunes des deux sexes ont signalé une certaine expérience de VBG, qui a diminué avec l'âge (l'expérience en matière de VBG variait de 17,5 % chez les hommes de 10-14 ans à 10,8 % chez les hommes de 20-24 ans, et de 14,3 % chez les femmes de 10-14 ans à 8,9 % chez les femmes de 20-24 ans). Bien que l'on puisse s'attendre à ce que l'inverse soit vrai parce que les jeunes plus âgés disposent de plus de temps et sont potentiellement plus exposés aux abus, cette tendance est peut-être due au niveau croissant de prise de conscience des adolescent(e)s/jeunes au sujet des VBG, y compris l'idée selon laquelle les MGF et les sévices physiques sont plus largement considérés comme faisant partie des VBG.

Table 21 : IST/VIH/GBV chez les adolescent(e)s/jeunes hommes de 10-24 ans

Variable	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui n'ont jamais entendu parler des IST :							
10-14 ans	62.3%	78.6%	62.9%	86.4%	77.6%	90.0%	76.1%
Nombre de cas	61	28	62	59	85	60	355
15-19 ans	28.2%	52.9%	52.1%	54.5%	54.5%	39.4%	47.2%
Nombre de cas	71	34	71	77	110	71	434
20-24 ans	26.5%	35.3%	47.0%	56.2%	39.0%	18.8%	37.6%
Nombre de cas	68	34	66	73	105	69	415
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui connaissent au moins un symptôme d'une IST	9.0%	20.8%	15.6%	7.2%	9.0%	35.0%	15.0%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui n'ont jamais entendu parler du VIH :							
10-14 ans	8.2%	14.3%	14.5%	16.9%	5.9%	10.0%	11.0%
Nombre de cas	61	28	62	59	85	60	355
15-19 ans	1.4%	0.0%	7.0%	6.5%	3.6%	2.8%	3.9%
Nombre de cas	71	34	71	77	110	71	434
20-24 ans	1.5%	2.9%	3.0%	0.0%	1.0%	1.4%	1.4%
Nombre de cas	68	34	66	73	105	69	415
Pourcentage d'adolescents/jeunes capables de citer les méthodes de prévention du VIH							
Abstinence	30.5%	29.2%	26.6%	28.2%	25.0%	25.0%	27.1%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Utilisation de préservatifs	35.0%	45.8%	29.1%	30.1%	23.3%	35.0%	31.1%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Éviter les partenaires multiples	0.0%	4.2%	7.0%	2.9%	3.0%	.5%	2.8%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Éviter les objets tranchants souillés	10.0%	3.1%	6.5%	10.5%	17.7%	17.0%	12.0%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Pourcentage d'adolescents/jeunes (qui ont déjà eu des rapports sexuels) qui rapportent avoir contracté une infection sexuelle	2.0%	4.3%	4.2%	0.0%	0.0%	1.3%	1.9%
Nombre de cas	51	46	71	78	53	79	378

Pourcentage d'adolescents/jeunes, sexuellement actifs (12 derniers mois), qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel pour prévenir les IST/VIH et/ou une grossesse non désirée	56.7%	57.6%	35.1%	42.0%	57.6%	79.3%	56.0%
Nombre de cas	30	33	37	50	33	58	241
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui déclarent avoir été exposés aux violences basées sur le genre au cours des 12 derniers mois :							
10-14 ans	49.2%	0.0%	4.8%	16.9%	17.6%	6.7%	17.5%
Nombre de cas	61	28	62	59	85	60	355
15-19 ans	22.5%	5.9%	5.6%	15.6%	18.2%	7.0%	13.6%
Nombre de cas	71	34	71	77	110	71	434
20-24 ans	8.8%	11.8%	6.1%	23.3%	8.6%	7.2%	10.8%
Nombre de cas	68	34	66	73	105	69	415

Tableau 22 : IST/VIH/GBV chez les adolescent(e)s/jeunes femmes de 10-24 ans

Variable	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Pourcentage d'adolescentes/jeunes qui n'ont jamais entendu parler des IST :							
10-14 ans	62.7%	78.1%	70.3%	83.6%	79.3%	81.7%	76.0%
Nombre de cas	59	32	64	61	87	60	363
15-19 ans	35.6%	48.6%	55.7%	50.8%	45.1%	36.6%	45.0%
Nombre de cas	73	37	70	63	102	71	416
20-24 ans	27.9%	40.0%	32.8%	43.3%	33.3%	29.0%	33.8%
Nombre de cas	68	35	67	67	111	69	417
Pourcentage d'adolescentes/jeunes qui connaissent au moins un symptôme d'une IST	16.5%	19.2%	17.4%	7.3%	11.7%	33.0%	17.0%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Pourcentage d'adolescentes/jeunes qui n'ont jamais entendu parler du VIH :							
10-14 ans	10.2%	18.8%	18.8%	3.3%	16.1%	10.0%	12.7%
Nombre de cas	59	32	64	61	87	60	363
15-19 ans	1.4%	10.8%	14.3%	4.8%	2.0%	0.0%	4.8%
Nombre de cas	73	37	70	63	102	71	416
20-24 ans	1.5%	0.0%	7.5%	1.5%	.9%	2.9%	2.4%
Nombre de cas	68	35	67	67	111	69	417
Pourcentage d'adolescentes/jeunes capables de citer les méthodes de prévention du VIH							
Abstinence	24.0%	29.8%	36.8%	27.2%	28.0%	28.0%	28.8%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Utilisation de préservatifs	30.0%	25.0%	15.4%	20.4%	20.3%	30.0%	23.2%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Éviter les partenaires multiples	4.5%	11.5%	5.0%	5.2%	4.3%	.5%	4.6%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Éviter les objets tranchants souillés	13.5%	10.6%	7.0%	17.8%	13.7%	15.5%	13.2%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Pourcentage d'adolescentes/jeunes (qui ont déjà eu les rapports sexuels) qui rapportent avoir contracté une infection sexuelle	4.6%	4.4%	9.2%	2.8%	6.1%	0.0%	4.5%
Nombre de cas	65	45	87	71	66	90	424

Pourcentage d'adolescentes/ jeunes, sexuellement actifs (au cours des 12 derniers mois), qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel pour prévenir les IST/VIH et/ou une grossesse non désirée	3.3%	21.9%	18.0%	7.8%	3.5%	22.1%	12.7%
Nombre de cas	60	32	61	51	57	77	338
Pourcentage d'adolescentes/jeunes qui déclarent avoir été exposés aux violences basées sur le genre au cours des 12 derniers mois :							
10-14 ans	32.2%	0.0%	3.1%	9.8%	27.6%	1.7%	14.3%
Nombre de cas							
15-19 ans	17.8%	13.5%	5.7%	19.0%	11.8%	4.2%	11.8%
Nombre de cas							
20-24 ans	13.2%	5.7%	9.0%	14.9%	6.3%	4.3%	8.9%
Nombre de cas							

Dans les six régions, les données des entretiens qualitatifs, y compris les descriptions de la prévalence des IST, en particulier du VIH, chez les adolescent(e)s et les jeunes, ont été nettement mitigées. Dans cette partie, cela semblait être le résultat d'une forte stigmatisation associée aux IST, et au VIH/SIDA en particulier, ce qui empêchait les adolescent(e)s et les jeunes d'apprendre, de se faire dépister ou de parler de ces questions. En conséquence, les membres plus âgés de la communauté avaient des opinions très différentes sur l'ampleur et l'intensité des IST comme un problème lié à la SRAJ.
À Kaolack, les IST constituaient l'une des conséquences les plus fréquemment identifiées de l'activité sexuelle chez les adolescent(e)s et les jeunes. D'autres dans la région, cependant, ont déclaré qu'il n'y avait pas eu de cas de VIH/SIDA à Kaolack, et un leader communautaire a même fait cette remarque : « *Je me demande réellement si le Sida existe. […] le Coran a parlé du Sida mais personnellement je n'y crois pas*. »

De nombreux participants à l'évaluation qualitative à Kolda et à Matam ont également noté que les IST figuraient parmi les problèmes les plus pressants liés à la SRAJ auxquels leurs communautés étaient confrontées, classant parfois la question des IST et du VIH chez les adolescent(e)s et les jeunes au second rang, après les grossesses précoces. Un pair éducateur à Matam a noté :
« Dans notre société, il y a trop de filles qui tombent enceintes sans se marier, aussi, il y a trop d'infections sexuellement transmissibles qui touchent les adolescents. C'est ce qui m'a poussé à devenir pair éducateur. »
Cependant, dans la même région, un membre de la communauté interrogé à propos des IST et du VIH a répondu : « *Non, je n'ai jamais entendu parler de cela*. » À Saint-Louis, la plupart des participants à l'évaluation qualitative ont nié l'existence d'IST et du VIH/SIDA dans leur communauté ou ont reconnu qu'ils pourraient exister mais ne sont pas évoqués. A Sédhiou, les IST ont été évoquées par de nombreux participants comme un problème majeur lié à la SRAJ, mais elles ont été décrites comme moins pressantes que les problèmes de mariage et de grossesse précoces. La description la plus détaillée des IST chez les adolescent(e)s et les jeunes de Sédhiou provient d'un responsable de programme de SSR, qui a noté qu'il s'agissait d'une conséquence majeure des rapports sexuels non protégés entre

adolescents et jeunes : « *Il y a des risques parce qu'il y a la transmission de certaines maladies comme les IST/VIH SIDA. Par rapport à cela, le district est au rouge pour le taux de prévalence du VIH/SIDA c'est-à- dire que le taux est élevé par rapport aux autres régions*. »

Les membres de la communauté qui ont identifié les IST et le VIH comme des problèmes majeurs ont tendance à souligner le fait que beaucoup de jeunes ne se sont pas fait dépister, ce qui a aggravé le problème. Un dirigeant communautaire qui travaillait dans le secteur de la santé à Kolda a déploré : « *Les adolescents/jeunes d'ici, excusez-moi du terme mais comme on dit, ils adorent le sexe mais n'aiment pas le dépistage. Ils veulent faire des rapports sexuels, des rapports très précoces mais ils ne se dépistent jamais. De ce fait, je pense qu'il leur faut une éducation sexuelle très tôt*. » Un responsable de programme de SSR à Matam a également décrit les adolescents et les jeunes comme étant extrêmement réticents à consentir au test de dépistage des IST : « *J'en profite aussi pour leur demander s'ils ont fait le dépistage, non seulement les dépistages sur les infections sexuellement transmissibles, la syphilis, mais aussi du cancer. Et c'est très rare que les jeunes te disent qu'ils vont se dépister, parfois même ils ne reviennent pas*. »

Certains dirigeants et responsables de programmes de santé ont souligné que l'ampleur de la stigmatisation associée aux IST et au VIH, en particulier, pourrait aider à expliquer pourquoi les adolescent(e)s et les jeunes pourraient être plus enclins à cacher leurs problèmes plutôt qu'à demander un test ou un traitement. Un leader communautaire à Kédougou a observé que la peur et la honte empêchaient les adolescent(e)s/jjeunes femmes de se faire dépister : « "*quand on la demande d'aller à l'hôpital, elle dit qu'elle a honte d'y aller. Lorsqu'on leur demande de faire des tests de dépistage sur le VIH/SIDA/IST, elles disent qu'elles ont peur sous prétexte que leur avenir sera en danger. Donc, tous ces cas de figure constituent de véritables problèmes pour nous*. »

Les adolescents et les jeunes célibataires semblent faire face à une honte et à un stigmate supplémentaire en raison de la perception, dans certaines régions, que les IST constituent le résultat des relations sexuelles hors mariage. Un père à Kolda a expliqué :
"*J'ai l'habitude de dire que la sexualité si elle est précoce et qu'elle se fait hors mariage, forcément la personne va avoir ces problèmes d'IST*. » L'ampleur de la stigmatisation était visible dans les remarques d'une mère au cours d'une DG à Saint-Louis : « *Tu peux même contracter des maladies vu que les hommes d'aujourd'hui agissent comme des animaux sauvages en matière de rapports sexuels et ce sont des maladies qui peuvent vous empêcher, dans le futur, de ne plus entrer en mariage. »* La croyance selon laquelle les IST sont surtout répandues parmi les personnes non mariées et qu'elles se transmettent entre elles, pourrait également avoir des conséquences négatives pour les adolescent(e)s mariés et les jeunes à risque, comme l'a fait remarquer un pair éducateur à Saint-Louis

« *Le problème des IST est très fréquent également. Le malheur est que, dans notre société, quand entend IST on pense que quelqu'un qui n'est pas marié ne peut pas les contracter*. »

À Kédougou uniquement, quelques participants à l'évaluation qualitative ont relevé un obstacle supplémentaire empêchant les adolescent(e)s et les jeunes de passer un test de dépistage des IST et du VIH : des rumeurs selon lesquelles leur sang serait vendu. Comme l'a expliqué un pair éducateur :
« *J'ai vécu des choses avec les adolescents/jeunes garçons qui disent « les gens qui font le dépistage sont ici pour*

prendre notre sang et aller le vendre pour en tirer bénéfice ». Actuellement beaucoup d'adolescent(e)s/jeunes ne veulent pas se faire dépister à cause de cela. »

Le niveau élevé de stigmatisation autour des IST semble avoir engendré le fait que les adolescent(e)s et les jeunes cachent leurs symptômes, refusent de consulter un médecin et continuent de propager les infections et le VIH / SIDA à leurs partenaires. Cette situation a été décrite comme particulièrement problématique lorsque les personnes infectées étaient dans des mariages polygames ou avaient des partenaires infidèles. Comme une mère de famille à Saint-Louis l'a fait remarquer au sujet des conseils qu'elle donnerait à ses filles : « *Si elle est mariée, bien sûr que je lui propose d'aller auprès de ces structures pour qu'elle soit diagnostiquée. Mais aussi pour voir si elles n'ont pas de maladies sexuelles surtout si tu as un mari qui n'est pas fidèle à toi ou qui est polygame.* »

3.2 Perceptions concernant d'autres problèmes liés à la SRAJ

3.2.1 Perceptions concernant l'avortement

Les perceptions concernant la prévalence de l'avortement et la question de savoir s'il s'agit d'un problème important liés à la SRAJ varient considérablement d'une région à l'autre parce que le Sénégal a une loi très restrictive concernant l'avortement[27] et également parce que cette pratique est fortement stigmatisée. Certains participants à l'évaluation qualitative à Kédougou ont décrit l'avortement comme l'un des problèmes prédominants de la région en matière de SRAJ ; certains participants d'autres régions ont également décrié les avortements comme étant courants, alors que d'autres les ont souligné comme des cas rares et certains sont restés silencieux sur le sujet. À Kolda, par exemple, un leader communautaire impliqué dans le domaine de la santé a fait la remarque suivante : « *Pour les avortements, je n'ai connu qu'un seul cas dans le quartier*, » Tandis qu'un autre leader communautaire a observé que, « *Nous voyons souvent des cas d'avortements clandestins avec des risques énormes causés la plupart du temps à des grossesses non désirées. Mais s'il s'agit de viol, l'avortement est toléré.* »

De même, à Saint-Louis, un leader communautaire a dit que l'avortement n'était pas un problème dans sa communauté. Un autre leader communautaire, en revanche, a déclaré qu'il s'agissait d'une pratique courante, bien que l'information ne soit pas disponible de façon fiable, « *Il y en a beaucoup au niveau de la localité, parfois nous recevons l'information parfois non.*" À Sédhiou, une mère au cours d'une DG a affirmé, "*Cela ne se fait plus, il y avait des avortements clandestins mais de nos jours on en entend plus parler parce que maintenant tout le monde connait l'hôpital, il y a la Planification Familiale ; il suffit juste d'aller à l'hôpital et dire ses préoccupations au docteur.* »

Comme l'illustre la citation du deuxième leader communautaire de Kolda, certains membres de la communauté ont estimé que l'avortement devrait être toléré dans les cas de violence sexuelle, et certains ont même soutenu que la loi devrait être modifiée. Une mère à Kaolack a noté que l'avortement était approprié si une adolescente était trop jeune pour mener une grossesse à terme en toute sécurité : « *Oui il y a des cas d'avortement parce que si la jeune fille tombe enceinte alors que son corps n'est pas suffisamment préparé, cela pose problème, le fœtus n'a pas assez de place, du coup le bébé meurt avant terme.* » D'autres ont exprimé leur opposition à l'avortement en général ou ont déclaré avoir conseillé aux autres de ne pas recourir à l'avortement en raison de risques pour la santé.

Dans les cas où il a été question d'avortement, il est clair que les adolescentes et les jeunes femmes étaient motivées à recourir à l'avortement parce que la stigmatisation des grossesses hors mariage était extrêmement forte. Comme l'a relevé un pair éducateur à Matam,
« *Moi je pense que le fait de faire sortir sa fille de la maison parce qu'elle est enceinte, peut décourager la fille et la pousser à faire pire, ce dont on ne souhaite pas*. »

Les participants ont également noté que les familles s'occupaient parfois d'organiser des avortements pour leurs adolescentes et jeunes filles célibataires afin de s'assurer qu'elles n'apportent pas la honte à leur famille ; comme l'a fait savoir un responsable de programme de SSR à Matam,
« *Je reçois des jeunes qui viennent ici parce qu'elles ont peur de tomber enceintes, mais malheureusement, elles viennent avec la grossesse et il y a pas de suivi après. C'est la famille même qui décide d'arrêter la grossesse*. »
Une mère à Kédougou a parlé de la stigmatisation de la grossesse en dehors du mariage et de la façon dont elle pourrait inciter les jeunes femmes et leurs familles à choisir d'avorter :

> *Ce n'est pas facile personnellement je vous parle de notre situation de mères célibataires. Si notre fille tombe enceinte, la communauté peut même aller jusqu'à dire qu'elle ne fait que suivre les pas de sa mère ! Et hop commencent les commérages surtout nous qui vivons dans un gros village où les gens ne sont pas assez instruits le discours ne sera pas positif. […] Ce sont ces genres de cas qui poussent les mères à faire avorter leur fille parce qu'elles ont peur d'être pointées du doigt car elles ont failli dans l'éducation de leur fille.*

3.2.2 Perceptions concernant les VBG

Les perceptions sur l'existence et l'ampleur des VBG e, physique ou sexuelle, varient considérablement d'un participant à l'autre et selon les six régions dans lesquelles l'évaluation qualitative a eu lieu. La culture du silence autour des VBG semblait être un facteur majeur, en particulier lorsqu'elle s'est déroulée dans un cadre familial.

À Kaolack, Kédougou et Kolda, un certain nombre de participants ont décrit le viol et d'autres formes de violence familiale comme étant courants chez les adolescent(e)s et les jeunes dans ces régions. Un leader communautaire à Kolda a noté ce que : « *Ici les violences sexuelles jusqu'à présent persistent et nous recevons énormément de cas surtout des jeunes filles*. » : Un responsable de programme de SSR à Kédougou a noté que la violence sexuelle contre les jeunes femmes constitue l'un des facteurs des taux élevés de grossesses précoces dans la région :

> *C'est vrai que les gens ont tendance à dire que « Oui, ce sont les filles qui provoquent les garçons »', l'un dans l'autre quand même, il y a des situations dans lesquelles la fille n'a rien fait et se retrouve comme étant une victime, laquelle victime se retrouve avec une grossesse qu'elle ne désire pas.*

Dans toutes les régions, les participants qui ont identifié les VBG comme étant un problème ont noté que la violence est souvent dissimulée et que les adolescent(e)s et les jeunes victimes de violence sont

souvent incapables de le révéler en raison des tabous entourant le fait de discuter ouvertement de ces questions, même (ou particulièrement) avec des membres de la famille.

Un pair éducateur à Koalack a observé que, « *Des fois il peut arriver qu'une fille soit violée et que ses parents ne lui accordent pas l'attention qu'il faut.* » Une Bajenu gox à Kolda a remarqué que, « *Pour ce qui est des violences sexuelles, elles peuvent bel et bien exister mais il nous sera difficile d'y apporter notre soutien. La plupart du temps, ce sont des faits qui restent dans la famille pour ne pas dénoncer certains membres*. »

Peut-être en raison du silence entourant la violence, certains participants à l'évaluation qualitative ont affirmé que la violence était rare ou inexistante. À Saint-Louis, les VBG étaient très rarement mentionnées et évoquées en grande partie de manière indirecte, tout comme les dangers que les jeunes peuvent rencontrer dans la rue. À Matam et à Sédhiou, les leaders communautaires avaient tendance à ne pas considérer les VBG comme un problème contrairement aux pairs éducateurs. Alors qu'un leader communautaire à Sédhiou a déclaré que les viols étaient rares et qu'un éducateur a affirmé n'avoir jamais entendu parler d'un cas de VBG, les pairs éducateurs au cours d'une DG ont observé que les VBG étaient courantes, comme l'a affirmé un des leurs, « *Dans cette communauté les violences faites aux adolescent(e)s/jeunes sont très nombreuses. De même les viols et les mariages précoces et grossesses non désirées sont aussi fréquents*. »

Selon ce qui était rapporté, les VBG contre les adolescents et les jeunes se produisent dans divers endroits : à la maison, quand les jeunes sont dans la rue ou sur le chemin de l'école, ou comme mentionné ci-dessus, quand ils constituent la proie d'hommes plus âgés ou plus riches. Un responsable de programme de SSR à Matam a fait remarquer que la violence est souvent le fait 'hommes plus âgés qui exploitaient des femmes plus jeunes :

> *Même les VBG , on les voit surtout [...] C'est qu'il y a des jeunes qui ne connaissent rien et il y a des adultes qui abusent d'eux. Par exemple, tu vois une jeune fille de 14 ans ou une jeune fille de 16 ans, 18 ans qui ne connaissent rien sur la sexualité, elles fréquentent un homme adulte de 38 ans ou de 30 ans. Cet homme va abuser de sa conscience, il lui dit je t'aime et au finish, il couche avec la jeune fille et elle tombe enceinte sans le savoir.*

Un autre exemple d'exploitation qui a été soulevé (rarement, encore une fois, peut-être en raison de la sensibilité de la question) dans plusieurs régions - Kaolack, Kolda et Saint-Louis - était que les enseignants de sexe masculin prenaient parfois pour cible leurs élèves de sexe féminin. Une mère à Kaolack a affirmé : « *Les professeurs sortent avec leurs élèves, parfois ils les engrossent même*. » L'hésitation constatée dans la description de ce phénomène par un pair éducateur à Saint-Louis semble indiquer qu'il était difficile de discuter ouvertement de cette question :

> *On note beaucoup de grossesses dans les écoles. Cela est le fait des professeurs.* [Il hésite un peu] *...ce sont les professeurs qui parfois font des chantages aux élèves en leur demandant de venir chez eux leur rendre visite. Et si une fille refuse de céder, le professeur va diminuer ses notes et commencer à être sévère avec elle.*

3.2.3 Perceptions concernant les mutilations génitales féminines (MGF)

Les participants à l'évaluation qualitative des six régions ont tergiversé quant à savoir si et dans quelle mesure les mutilations génitales féminines constituaient un problème récurrent dans leurs communautés. Comme dans le cas de l'avortement, l'une des raisons pour lesquelles il y avait des perceptions différentes du degré ou de la gravité du problème peut être liée au fait que, comme l'ont fait remarquer les participants, la pratique a souvent lieu dans le secret, car les participants ont relevé que le gouvernement et les organisations avaient fait campagne pour réduire cette pratique.

À Saint-Louis, tous les participants qui ont été interrogés sur les MGF ont dit qu'elles n'existaient pas dans la région. A Sédhiou, il a été unanimement affirmé que la pratique était en déclin (bien qu'ayant toujours lieu, souvent en secret) grâce aux efforts de sensibilisation de la communauté. Un leader communautaire a fait remarquer que : « *Pour l'excision, on le faisait dans les temps mais avec les sensibilisations ça a beaucoup diminué et celles qui le font actuellement le font en cachette, elles se cachent de nous les autorités*. » A Kaolack, la plupart des participants ont déclaré que les MGF étaient très rares ou pratiquées principalement dans les zones rurales et isolées, et qu'elles étaient souvent pratiquées en secret. En revanche, un leader communautaire a déclaré que la pratique a été médicalisée : « *L'excision n'est pas fréquent ici parce que beaucoup de gens font recours maintenant aux structures sanitaires afin de médicaliser la pratique. La méthode traditionnelle est rare maintenant*. » À Matam, les opinions sur la prévalence des MGF étaient plus mitigées. Une mère de la région a affirmé que cette pratique n'existait plus et un leader communautaire a déclaré, « *Maintenant, il est rare de voir une fille excisée*. » En revanche, un pair éducateur a affirmé « *Il existe beaucoup de jeunes filles dans ma localité qui sont victimes des mutilations*. » Comme à Kaolack, certains participants à Matam ont déclaré que les MGF étaient plus fréquentes dans la zone rurale la plus reculée de la région. Les participants qui ont déclaré que les MGF demeuraient courantes avaient également le sentiment que la pratique commençait à décliner, bien qu'un responsable de programme de SSR ait expliqué qu'il y avait une nature cachée aux MGF qui rendait difficile le fait de savoir à quel point elles étaient courantes :

> *Oui, les gens le font, mais ils disent qu'ils ne le font pas, mais en réalité on le fait, parce que quand on envoie une fille de quinze ans à la maternité, on voit que la vulve est enlevée, on sait que cette fille est excisée. Mais quand on demande à la fille si elle est excisée, elle dit non, elle ne sait pas. Donc, c'est fait à un âge très jeune.*

L'observation de ce responsable de la SSR selon laquelle les MGF se produisent chez les filles à un âge plus précoce que d'habitude a été reprise par d'autres, dont un autre responsable à Kédougou, une région où les MGF ont été déclarées comme courantes :

> *La tradition également favorise toujours la pratique des mutilations génitales féminines qui en théorie et cela reste à vérifier semble-t-il, a beaucoup baissé. Parce qu'avant, l'excision se faisait à un âge un peu plus avancé et c'était difficile à cacher, mais aujourd'hui les jeunes filles sont excisées très tôt avant même qu'elles n'atteignent l'âge de deux ans ou avant d'aller à l'école. Donc ces « avancées » méritent des études approfondies pour voir la réalité, bien vrai que des chiffres sont annoncés, mais compte tenu de l'attachement des communautés à leurs*

> *coutumes et traditions, il peut y avoir une part de vérité quant au fait que rien n'a changé, c'est juste que les filles sont excisées un peu plus tôt maintenant.*

Les MGF ont été citées comme un problème majeur lié à la SRAJ à Kolda, en particulier dans les villages les plus isolés. Interrogé sur les principaux problèmes liés à la SRAJ à Kolda, un pair éducateur a répondu : « *L'excision. Cette dernière est très fréquente et se pratique jusqu'à présent dans certaines contrées périphériques de Kolda*. ». Comme dans d'autres régions, les participants à Kolda ont noté que la pratique est souvent cachée, comme l'a relevé un autre pair éducateur « *Il y a aussi l'excision que les gens continuent à pratiquer mais secrètement. Ils le pratiquent même maintenant chez le nouveau-né âgé à peine d'un mois*. »

Les participants qui ont parlé des MGF dans les six régions avaient des points de vue divergents sur la question de savoir si les MGF étaient acceptables et si elles devaient continuer à être pratiquées. Parfois, les participants ont mentionné les efforts d'assistance et de sensibilisation qui avaient été consentis en matière de mutilations génitales féminines dans leurs explications sur leur soutien ou leur opposition à cette pratique, les félicitant ou les vilipendant. Un pair éducateur à Matam, par exemple, a noté l'opposition que les pairs éducateurs rencontrent de la part des autres membres de la communauté lorsqu'ils discutent à propos des MGF : « *On discutait avec nos parents mais quand on évoque les risques énumérés dans le cours liés à l'excision, ils nous disent que ce sont les blancs qui essaient de bannir nos pratiques traditionnelles. Ils soutiennent aussi que l'Islam l'autorise*. » Dans la même région, de nombreux pères au cours d'une DG étaient d'accord pour dire que les MGF étaient acceptables : comme l'a expliqué un père, « *C'est une pratique qui fait partie de notre culture et de la religion musulmane. On l'a trouvée ici et je pense que personne ne peut venir ici nous empêcher de la pratiquer […] Par exemple, si la fille n'est pas excisée, tout ce qu'elle touche reste souillé. Quand elle prépare à manger, personne ne mange*. » En revanche, un père au cours d'une autre DG à Matam a noté qu'il y avait des divergences de point de vues quant à savoir si la religion soutient la pratique :

> *Concernant l'excision, il y a des divergences parce qu'il y'a ceux qui affirment que l'excision est interdite par la religion et ceux qui disent que la religion l'accepte et l'exige. Aussi des autorités religieuses affirment que cela n'est pas une contrainte religieuse ; on peut dire que les avis sont partagés*.

L'argument de ce père était étayé par les propos d'un chef religieux (imam) de Sédhiou, qui a remarqué que : « *Pour l'excision c'est la tradition, la culture. Parce que dans le coran, il n'est écrit dans aucun verset d'exciser les filles*. » Lorsqu'il lui a été demandé d'expliquer pourquoi les efforts d'éducation communautaire étaient importants, un responsable de programme de SSR à Sédhiou a également affirmé que les croyances concernant la pureté rituelle des filles étaient préjudiciables aux adolescentes et aux jeunes filles :

> *C'est de l'ignorance qui nous a amenés à faire du n'importe quoi. On dit que si tu es une fille et que tu n'es pas excisée, tu n'es pas propre. Donc tu n'as pas le droit de cuisiner. Tu es considérée impropre. Et quand tu pries Dieu ne va pas accepter tes prières. Mais c'est faux, les gens l'ont démenti dans le Coran. Donc Ils ont traumatisé les gens comme ça.*

Comme l'illustre la déclaration de ce responsable, il y avait des croyances solides attachées à la MGF qui pouvaient entraîner l'ostracisme social pour les filles et les femmes qui n'avaient pas subi de MGF. Un pair éducateur à Matam l'a relevé,

« D'*aucuns soutiennent qu'on doit bannir l'excision, les jeunes filles disaient qu'une fille non excisée, on ne doit pas la saluer. En plus, elle risque de tomber enceinte avant le mariage parce qu'elle n'est pas pure. Elle ne pourrait pas s'abstenir*. »

Bien que le fait de ne pas subir de MGF puisse entraîner l'isolement social et la propagation de rumeurs sur les adolescentes et les jeunes femmes, de nombreux participants ont noté que les MGF pouvaient avoir de graves conséquences sur la santé. Les parents qui ont participé aux DG à Kolda étaient tous, sans exception, opposés aux MGF, et il est apparu que la sensibilisation aux potentielles conséquences avait joué un rôle important dans leur prise de décision. Une mère à Kolda a noté que :

« *Et concernant l'excision, moi je ne vais jamais faire cette pratique à cause des problèmes que cela comporte : les infections, les complications durant l'accouchement, etc.* » Une mère à Matam a affirmé que dans sa communauté, les femmes interdisaient les MGF à cause des complications sur la santé : « *Il y a trop de complications sanitaires qui tournent autour de cette pratique, c'est la raison pour laquelle les femmes l'ont interdite*. » Un leader communautaire à Kédougou a remarqué que, « *L'excision cause beaucoup de problèmes chez les enfants lors des accouchements*. » Une mère à Kolda a même cité les MGF comme l'une des principales causes de divorce dans la région : « *Aujourd'hui la majeure partie des causes de ruptures dans les mariages sont dues à l'excision, parce que il n'y pas de plaisir dans les mariages*. »

IV. Normes concernant la communication sur les questions liées à la SRAJ dans les communautés

L'une des questions examinées en profondeur dans l'évaluation qualitative était celle de la communication autour des questions liées à la SRAJ. Il a été demandé aux participants si et dans quelle mesure la SRAJ était évoquée au sein des familles, des communautés, des pairs et des couples. Étroitement liés à cette question, il a également été demandé aux participants s'ils estimaient qu'il était approprié d'éduquer les adolescent(e)s et les jeunes sur les questions liées à la SRAJ, de les orienter vers les services de santé reproductive et de leur offrir la PF.

4.1 Communication entre les parents et les adolescents/jeunes sur les questions de SR

Dans les six régions, les participants à l'évaluation qualitative ont évoqué des tabous persistants entourant la discussion sur les questions liées à la SRAJ, et de nombreux participants - y compris les parents eux-mêmes - ont déclaré que les parents ne parlaient pas à leurs enfants des sujets comme la puberté, la curiosité sexuelle ou la PF par honte ou parce qu'ils étaient convaincus que cela était mal ou contraire à leur culture. Un père à Sédhiou explique :

> « *Au niveau des obstacles, nous avons tout d'abord le problème de communication à la vie sexuelle des adolescent(e)s/jeunes à l'âge de liberté. […] C'est un vrai problème dans notre communauté, les parents ont souvent honte de discuter de ce sujet à leurs enfants. C'est un sujet souvent tabou*. »
>
> Un gestionnaire de programme à Matam a remarked, "*Pour la famille, l'ainé de la famille doit communiquer avec les enfants, mais malheureusement,*

l'ainé même nepeut pas en parler. Parce qu'il y a ce tabou de communication entre parents, les parents ne parlent pas, la mère, le père, les tantes, les oncles et les ainés ne parlent pas. »

Selon un pair éducateur à Saint-Louis, parler des questions liées à la SRAJ était considéré comme un tabou qu'un adolescent ou un jeune qui portait un problème à l'attention d'un parent risquait d'être traité de mauvais enfant :

Le problème majeur, c'est le « manque d'éducation sexuelle » qui existe entre les parents et leurs enfants. Parce que l'on a tendance à considérer cela comme étant un sujet tabou, par exemple de parler de pertes blanches avec ses parents comme le font les occidentaux. Lorsque ces derniers ont des problèmes de santé sexuelle, ils les exposent à leurs parents, que ce soit la mère ou le père. Ces derniers leur expliquent ce qui se passe quand on a l'âge de la puberté. Ce qui n'est pas le cas dans notre pays...les parents n'ont même pas ce temps- là. Parce que la majeure partie de la population est analphabète [...] Ainsi, le parent va considérer que son enfant est mauvais, alors que ce n'est pas le cas, mais plutôt il n'a pas eu une éducation sexuelle.

Certains parents, en particulier à Kaolack et à Sédhiou, ont affirmé qu'ils ont parlé à leurs enfants, en particulier à leurs filles, des questions liées à la SRAJ. Souvent, ces conversations étaient entamées avec l'arrivée des premières règles d'une fille, car les parents, surtout les mères, voulaient avertir leurs filles des potentielles conséquences des relations sexuelles, en particulier des grossesses précoces et des IST. Beaucoup ont insisté sur le fait qu'ils avaient parlé à leurs enfants de l'abstinence sexuelle. Comme l'a fait remarquer une mère à Sédhiou :

« Je discute avec mes enfants surtout les jeunes filles et cela dès qu'elles commencent à avoir
leurs menstrues. Je leur fais savoir quelles sont devenues des femmes et si jamais elles avaient ne serait qu'une relation sexuelle avec un homme, elles pourraient avoir une grossesse. N'empêche que je discute aussi avec mes jeunes garçons. »

Une mère à Kaolack a affirmé s'être inspirée de son expérience personnelle pour parler à ses enfants :

Il faut les conscientiser, leur expliquer les choses, moi qui vous parle j'ai eu mon premier enfant à l'âge de 13ans, donc j'ai l'habilité à parler de tout à mon enfant. Je leur explique que si vous entretenez des rapports sexuels avec un homme, vous pouvez tomber enceinte, avec la sexualité précoce on peut même avoir la fistule obstétricale et c'est grave comme maladie, je parle à mes enfants des conséquences.

Contrairement aux exemples susmentionnés de Kaolack et de Sédhiou, certains participants à Kolda et à Matam ont observé que même parler des menstruations était tabou. Un pair éducateur à Matam a relevé que : « *On ne peut pas regarder sa mère et lui demander comment on doit faire avec ses menstrues. Le*

pair éducateur qui a été formé, peut aider sur ces questions et aider même les autres filles qui ont des règles douloureuses, parce qu'il arrive que la fille voit ses règles et ne peut pas en parler à sa mère. » Une paire éducatrice à Kolda a raconté son histoire personnelle, disant qu'elle avait demandé conseil à une amie plus âgée quand elle a eu ses règles pour la première fois parce que les questions relatives au sexe étaient taboues dans sa famille : « *Deux ans après, ma maman m'a demandé si j'ai commencé à voir ce que les filles voient à leur âge. Je lui ai dit comment ? Elle avait le complexe de prononcer le mot règles. J'avais toujours la tête baissée parce que j'avais honte*. »

Dans quelques régions, les participants ont également noté que le manque de communication allait dans les deux côtés , faisant remarquer que, tout comme les parents peuvent ne pas parler à leurs enfants, les adolescents et les jeunes ne veulent pas écouter leurs parents. Un pair éducateur à Matam a noté que : « *Avec l'adolescence, on n'écoute pas le père ni la mère, on n'écoute pas ce qu'on dit, on ne se soucie que de notre bonheur, on fait ce que l'on a envie de faire*. » Une mère à Kedouguo a remarqué que, « *Si je prends mon cas je discute souvent de sexualité avec mes enfants. Mais le problème est que tu leur parles tout le temps d'éviter ceci ou cela mais ils ne t'écoutent même pas*. »

Peut-être à cause du silence qui entoure les questions liées à la SRAJ dans les familles, les adolescent(e)s et les jeunes ont été décrits comme réticents à parler à leurs parents des problèmes liées à la SRAJ, comme l'a fait remarquer un leader communautaire à Kolda : « *A Kolda, il y a beaucoup de sujets tabous, les jeunes, surtout les jeunes filles ne vont jamais vers les parents pour discuter de ce qui leur arrive*. » Une mère à Kédougou s'est lamentée : « *Mes enfants ont honte de discuter avec moi, je ne sais pas pourquoi.* »

En plus du tabou entourant les questions liées à la SRAJ, les participants ont soulevé plusieurs autres causes liées au manque de communication sur ce sujet au sein des familles. À Kédougou et à Kolda, quelques participants ont dit que le manque de communication entre parents et enfants résultait de la perte des formes traditionnelles d'éducation. Un leader communautaire à Kolda a expliqué : « *Les parents ne communiquent plus avec leurs enfants surtout en matière de sexualité. Ils ont honte de parler de sexualité, et pourtant auparavant cela se faisait à travers des contes et à travers ces contes les adolescent(e)s/jeunes savaient comment se protéger contre certains problèmes, mais ce n'est plus le cas*. »

Un leader communautaire à Kédougou a affirmé, « *Autrefois, nos grands- pères faisaient le « Pencco » c'est-à-dire discutaient pour faire passer leurs messages. Mais, de nos jours, nous n'avons plus ces bonnes pratiques pour bien préparer nos enfants*. » Les participants ont également parlé des problèmes créés par les exigeances de travailler, surtout dans les familles où le père a émigré ou où les deux parents n'étaient pas à la maison pendant une bonne partie de la journée pour surveiller leurs enfants et discuter avec eux. Un père à Kolda a relevé que : « *Le père, le matin tu quittes tôt la maison pour aller travailler et tu ne reviens que tard le soir et là tu ne pourras pas comme le faisaient les anciens, t'asseoir et communiquer avec les enfants, c'est pourquoi il n'y a plus de communication [...] Moi je n'ai pas cette communication à la maison*. » Outre les tabous socioculturels, les participants ont le plus souvent cité le manque de connaissances des parents sur les questions liées à la SRAJ et à la façon de les traiter en tant qu'obstacle important à l'éducation des adolescent(e)s/jeunes sur leur santé et à la création des opportunités de communication entre parents et enfants. Un Bajenu gox à Matam a expliqué que : « *Les parents même ne connaissent pas comment prendre en charge la vie des adolescents, ils n'ont pas les connaissances pour comprendre leurs enfants. Donc, cela aussi ça va freiner, parce qu'il n'y a pas une bonne communication*. » Un père à Saint-Louis

a relevé que : « *Je dois reconnaître que nous n'avons pas les connaissances nécessaires pour pouvoir encadrer nos enfants. Car nous n'avons pas assez d'instruction ou de connaissances dans ce domaine*. »

Pour cette raison, de nombreux participants ont préconisé, comme stratégie, d'éduquer les parents sur les questions de SR, particulièrement parce que cela concerne les adolescents et les jeunes. Un responsable de programme de SSR à Saint-Louis a fait valoir que : « *Au-delà des « ados/jeunes », il est nécessaire de sensibiliser les parents : les mères, les pères pour que véritablement ils aient un dialogue sur la SSR avec ces derniers*. » Cela a été repris par une Bajenu gox de Kolda, qui a révélé à la personne chargée de l'entretien que : « *Pour moi, la meilleure méthode consiste à sensibiliser les parents d'abord, puis les adolescent(e)s/jeunes. De ce fait, ils vont comprendre le pourquoi des choses et seront à l'aise pour communiquer avec leurs enfants*. »

De nombreux participants, y compris les parents, ont également demandé que les adolescents et les jeunes soient sensibilisés aux questions de SR à l'école, étant donné les contraintes auxquelles les parents sont confrontés dans l'éducation de leurs enfants. Comme le disait un père à Saint-Louis :

> *Il faut comprendre que il y a des barrières socio-culturelles qui font qu'aujourd'hui on ne discute pas souvent avec nos enfants sur la question, et il y a eu une évolution de la société qu'on n'a pas pu adapter à nos réalités, donc on doit passer par des campagnes de sensibilisation, de communication et de plaidoyer. On doit même insérer ces questions dans le système éducatif sénégalais. On a un problème de société.*

4.2 Communication au sein des communautés au sujet de la SRAJ

Lorsqu' il a été demandé aux participants à l'évaluation qualitative dans les six régions dans quelle mesure la communauté dans son ensemble discutait des questions de SR avec les adolescent(e)s et les jeunes, beaucoup ont répondu qu'il était difficile de discuter de ces questions, en particulier dans les lieux publics ; comme l'a relevé un leader communautaire à Sédhiou « En ce qui concerne la communauté elle-même, je n'ai jamais entendu qu'elle a une fois discuté ou communiqué avec les enfants sur un problème de sexualité. » Pourtant, certaines régions semblaient faire plus de progrès en ce qui concerne l'engagement sur les questions liées à la SRAJ. Un père à Matam, par exemple, a dit que les parents menaient certaines activités pour s'éduquer :

"Nous les parents, nous faisons des conférences. Nous discutons avec les imams et les relais. Nous avons une commission dont les membres sont élus comme conseillers municipaux pour travailler dans le bénévolat dans le sens d'aider les jeunes.

Les principales voies à travers lesquelles es communautés semblaient s'engager sur le sujet de la SRAJ étaient par le biais d'activités de sensibilisation, organisées en grande partie par des pairs éducateurs, des prestataires de service de santé, Bajenu Gox et / ou des OSC, ou par la transmission de messages de sensibilisation par la radio ou d'autres médias (ceux-ci sont traités plus en détail à la section 4). Certains de ces acteurs ont affirmé faire face au rejet des membres de la communauté et d'être mal interprétés dans leur travail. Un pair éducateur à Kaolack a expliqué avoir dû parler à la mère d'une amie pour la convaincre de permettre à sa fille de continuer à assister aux activités de l'ASBEF, car la mère avait

appris de son amie que l'*« ASBEF ne fait que de la PF »*," expliquant que: *« C'est comme ça même entre jeunes ça radote, ils disent tous que les filles ont été toutes perverties parce qu'elles fréquentent ASBEF mais à chaque fois je rectifie le tir en leur disant de ne jamais juger et qu'il y a un mouvement de jeunes à ASBEF. »* Un pair éducateur à Saint Louis s'est plaint, *« On peut vouloir parler à un jeune, mais dès que la maman arrive, elle va dire que nous voulons pervertir son enfant en lui parlant de « sexe ». Donc, cela constitue une difficulté à cause du tabou. »*

Les participants ont souvent souligné que la culture et la religion sont des facteurs qui entravent le débat public sur les questions de SR avec ou concernant les adolescent(e)s et les jeunes. Un père à Matam a observé que :

> *La communauté n'aide pas réellement les ados/jeunes, parce que les gens se réfugient derrière la tradition ou la religion, pour ne pas aborder les sujets qui sont liés à la sexualité surtout concernant les jeunes. A moins que ce ne soit certains projets/programmes qui prennent ça en charge, jamais tu ne verras quelqu'un prendre l'initiative d'initier un tel débat public, c'est pourquoi le problème continue de s'aggraver, par exemple le cas du mariage précoce les gens argumentent comme quoi c'est leurs coutumes ou ils sont en conformité avec la religion. Donc la communauté n'accompagne pas les jeunes dans ce sens.*

Un chef religieux (imam) à Saint-Louis a fait remarquer qu'un jeune célibataire ne devrait pas recevoir les mêmes informations qu'une personne mariée :

> *On ne tient pas le même discours devant un marié que devant un jeune célibataire. Nous leurs rappelons juste les recommandations de la religion musulmane. Avec les mariés nous discutons des devoirs et droits conjugaux mais pour ce qui est des autres, on les exhorte juste à s'abstenir en leur listant les conséquences pouvant surgir dans le cas contraire*.

Un chef de village interrogé à Sédhiou, lorsqu'il lui a été demandé de discuter des questions liées à la SRAJ avec les membres de sa communauté, a répondu : « *Notre culture et notre coutume ne nous permettent pas pour le moment de discuter sur cette question. C'est un sujet tabou*. »

Malgré l'opposition de certains lchefs coutumiers et religieux, les participants de plusieurs régions - en particulier Kédougou, Kolda et Matam - ont présenté de nombreux membres de la communauté comme étant activement impliqués et soutenant non seulement les efforts pour aborder les questions liées à la SRAJ, mais aussi les acteurs qui les mènent à bien. Un responsable de programme de SSR à Matam, par exemple, a approuvé les nombreuses façons dont les jeunes s'engageaient à propos des questions liés à la SRAJ : « *Les clubs de jeunes qui sont là, les coordonnateurs de jeunes, les associations sportives et culturelles (ASC), ce sont des jeunes que l'on devrait capitaliser pour multiplier la sensibilisation*. » Un leader communautaire à Kolda a perçu la communauté comme étant en train de changer grâce aux efforts de sensibilisation et d'éducation : « *Maintenant avec la sensibilisation, les ONGs nous aident vraiment, les relais aussi etc., et la situation commence à changer*. »

Un leader communautaire à Matam a décrit les changements qu'il dit avoir remarqués dans la façon dont

les dirigeants religieux ont réagi aux activités relatives aux questions liées la SRAJ :

> *Je pense que c'étaient des facteurs bloquants, la tradition et la religion mais maintenant comme je vous l'ai dit, même les imams ont tendance à venir dans les rencontres qui sont organisées. Pour qu'eux aussi puissent jouer leur partition, parce qu'il faut les intégrer, il faut intégrer les imams, il faut intégrer les chefs religieux, les chefs de village et autres pour qu'ils puissent quand même prendre la question en charge.*

Un responsable de programme de SSR à Kolda a également perçu un changement d'attitudes à l'égard de la SRAJ. Il a attribué ce changement à divers facteurs, notamment les niveaux d'études supérieures, l'augmentation des voyages et l'accès aux informations, ainsi que les efforts de sensibilisation :

> *C'est le fait que, de plus en plus, dans ces milieux il y a des gens instruits, cela est une remarque que nous avons faite. Ensuite dans ces milieux il y a beaucoup de gens qui ont eu à voyager, soit avec l'immigration ou l'exode rural et souvent s'ils reviennent avec d'autres idées différentes de celles qui ont cours ici. Et aussi de plus en plus dans ces milieux il y a l'accessibilité à l'information par différents canaux de communication, la radio, la télé, les réseaux sociaux ; et a ussi il y a l'implication des relais communautaires et des « Bajenu gox » bien informés qui sont du milieu. Ce sont ces différents facteurs qui favorisent aujourd'hui une bonne mise en œuvre des interventions.*

4.3 Communication entre pairs au sujet de la SRAJ

Les opinions des participants à l'évaluation qualitative variaient considérablement, tant à l'intérieur des régions qu'entre elles, quant à la question de savoir si les adolescents et les jeunes discutaient entre eux des questions de SR. Certains ont affirmé que les camarades constituent une source importante d'information et ceux-ci se confient mutuellement des problèmes qu'ils ne peuvent pas partager avec leurs parents. Un pair éducateur à Kédougou a noté que : « *Les adolescents quand ils n'ont pas de recours aux parents pour résoudre leurs problèmes, ils parlent à leurs proches et qui forcément vont les orienter vers les districts et les centres de santé voire les CCA. Même en discutant avec leurs camarades de classe, ils peuvent avoir des informations par rapport à leurs inquiétudes.* »

Un pair éducateur à Kolda a également affirmé qu'il était plus confortable pour les jeunes de parler avec leurs pairs que leurs parents : « *Le jeune est plus à l'aise avec ses pairs pour parler de sexualité et de tous les sujets qu'avec ses propres parents.* » Un autre pair éducateur à Saint-Louis s'est fait l'écho de cette affirmation et a laissé entendre que les pairs éducateurs étaient plus efficaces que les adultes pour informer les adolescents et les jeunes, « *Les jeunes sont plus à l'aise et se comprennent avec leur pair. Avec les adultes, il peut y avoir un blocage à cause de la différence d'âge. Donc, l'information passe mieux entre jeunes* ». Les pairs éducateurs se sont présentés comme jouant un rôle important dans la facilitation de la communication et la sensibilisation des adolescent(e)s et des jeunes aux questions de SR, en particulier lorsque les jeunes étaient trop gênés pour se rendre sur les sites des SSAJ ; comme l'explique un pair éducateur à Sédhiou :

> *Des fois il y a des jeunes qui empruntent les circuits parallèles par ce qu'ils ont le complexe d'aller au district ou au CCA [Centre Conseil d'Adolescents]. Ils préfèrent passer par leur copine, ou voir quelqu'un qui est familier à ces thématiques, pour leur poser leur problème, c'est pourquoi à notre niveau, on voudrait avoir des pairs dans chaque quartier.*

Les écoles et les médias sociaux ont été deux canaux importants à travers lesquels les participants ont déclaré que les 'informations sur la SR était partagées avec et entre les adolescent(e)s et les jeunes. Une mère qui a participé à une DG à Sédhiou a noté que dans les CEM (Collège d'enseignement moyen), « *Il y a tout le temps des sensibilisations, soit entre professeurs et élèves ou les élèves entre eux*. » Un pair éducateur à Kédougou a relevé que, « *Pour les contributions qu'on essaye d'apporter au niveau du CCA c'est d'aller au niveau des écoles et des amicales d'étudiants car beaucoup de jeunes n'ont pas le temps pour se déplacer, nous allons vers eux pour organiser des causeries*. » Les pairs éducateurs et les parents ont noté que les adolescent(e)s et les jeunes communiquaient aussi par WhatsApp, Facebook et les téléphones cellulaires, apprenant et partageant les informations entre eux.

Malgré l'opinion de certains participants selon laquelle les adolescent(e)s et les jeunes parlaient ouvertement des questions de SR, d'autres ont affirmé que les tabous qui existent au sein des ménages touchent aussi la communauté et empêchent les jeunes de se sentir à l'aise face aux sujets tels que la puberté, les règles, le sexe, et la PF. Un leader communautaire à Matam a demandé que plus de travail soit fait pour créer des espaces où les adolescents et les jeunes pourraient parler librement des questions de SR parce que même les pairs ne parlent pas de ces choses entre eux :

> « *Nous avons convenu avec le ministre de la jeunesse pour qu'il y ait dans chaque district un espace ADO, afin que les jeunes puissent discuter des choses qu'ils ne peuvent parler entre amis ou qui sont tabous dans la rue.* »

Un responsable de programme de SSR à Kolda a également déclaré que les jeunes ne se parlaient pas à propos des problèmes de SR :« *Parler avec les gens ce n'est pas facile parce qu'il arrive des cas où nous rencontrons des adolescents/ jeunes qui qui ont un complexe de parler leurs problèmes. Mais nous prenons le temps nécessaire voire deux heures pour qu'ils puissent s'ouvrir et expliquer leur problème*. »

Un portrait tout aussi mitigé de la mesure dans laquelle les adolescent(e)s et les jeunes ont abordé les problèmes de santé de la reproduction ont émergé lors des entretiens semi-structurés avec des jeunes femmes et des entretiens avec des responsables de programmes de SSR et avec les Bajenu gox. D'une part, une Bajenu gox à Matam a décrit les adolescents et les jeunes comme étant en contact perpétuel, y compris au sujet des questions de SR : « *Ils sont en contact permanent. Si un ou une d'entre eux a des inquiétudes sur sa santé sexuelle et reproductive, il ou elle discute avec ses pairs dans la confidentialité avant de voir la badiènu gokh*. » D'autre part, une seule des jeunes femmes qui avaient participé aux entretiens semi-structurés à Matam affirme avoir parlé avec ses amis de sa décision d'utiliser la PF ; une des jeunes femmes qui a dit ne pas avoir parlé à ses amis de la PF explique : « *Je n'ai pas d'informations sur mes amies car les femmes se cachent*. »

À Saint-Louis, très peu de jeunes femmes savaient si l'une de leurs amies utilisait la PF ou non, et presqu'aucune d'entre elles n'avait discuté de leur décision d'utiliser la contraception avec leurs amies. A Sédhiou et Kolda, en revanche, la plupart des jeunes femmes savaient quels types de contraceptifs modernes leurs amis utilisaient ; une jeune femme a dit avoir reçu des conseils « *à travers les amies » au sujet de la « meilleure protection pour empêcher la grossesse*. » Cela confirmait une observation d'un responsable de programme de SSR à Kédougou selon laquelle les adolescent(e)s et les jeunes qui venaient dans les centres de santé pour des services de PF avaient souvent des idées préconçues sur ce qu'ils voulaient, sur la base de leurs conversations avec les pairs : « *Elles sont bien informées des coûts des produits PF. Même en faisant le counseling, tu vois nettement qu'elles ont déjà fait leurs choix sur tel ou tel produit avant de venir. Et là, je pense qu'elles s'informent entre copines*. »

Certains participants à l'évaluation qualitative ont condamné la communication des adolescent(e)s et des jeunes sur les questions liées à la SRAJ, qualifiant cette communication de potentiellement nuisible à leur développement. Un leader communautaire de Kolda a commenté :

> *Les parents sont surtout confrontés à l'éducation de la rue. Non seulement il y a l'éducation familiale qui est celle de base, mais aussi l'éducation de la rue avec les copains, les amies qui constituent des obstacles. L'enfant peut subir une très bonne éducation à la maison mais, une fois dans la rue, il y a d'autres informations qui viennent se greffer par rapport à l'éducation des parents. Donc, c'est un combat perpétuel.*

Les parents à Saint-Louis ont parlé du fait que les adolescent(e)s/jeunes partagent la pornographie par le biais de leur téléphone cellulaire et des médias sociaux. À ce sujet, un leader communautaire à koalack a relevé que : « *Les gens n'ont pas ici l'habitude de discuter de sexualité de manière ouverte dans le but de s'informer. Les jeunes discutent de ces questions mais de manière inconsciente et dangereuse parce qu'ils discutent entre eux seulement. Il n'y a pas un adulte qui peut les orienter et leur donner de bons conseils*. »

4.4 Communication et prise de décision concernant la PF chez les adolescent(e)s/jeunes couples

Les questions de prise de décision concernant l'utilisation de la PF et l'espacement des grossesses ont été abordées dans une mesure très restreinte dans l'évaluation qualitative et se limitaient largement aux entretiens semi-structurés avec les jeunes femmes qui avaient accepté une méthode contraceptive moderne. Dans les six régions, les femmes ont fourni une grande variété de réponses concernant la mesure dans laquelle leurs maris ou partenaires masculins ont été impliqués dans la discussion et la décision de faire recours à la PF, ce qui était généralement présenté comme souhaité pour espacer les grossesses.

À Kaolack et à Matam, plusieurs femmes ont noté que les hommes avaient demandé ou suggéré à leurs épouses d'adopter une méthode de PF. Une jeune femme à Matam a noté que, « *Lors de mon dernier accouchement, c'est lui-même qui m'a suggéré d'adopter une méthode PF*. »

À Kolda, plusieurs femmes ont déclaré que la décision d'utiliser la PF comme une décision dans laquelle le mari devait donner son consentement ou son approbation. Lorsque l'une d'elles avait eu à dire à son

mari qu'elle voulait utiliser la contraception, elle affirme qu'il était « *Rassurant, il a dit que c'est bien*. ». Ce type de réaction était également fréquent chez les femmes de Matam, de Saint-Louis et de Sédhiou. Lorsqu'on leur a demandé qui avait finalement pris la décision d'utiliser ou non un dispositif contraceptif, beaucoup de femmes ont répondu qu'elles l'avaient fait elles-mêmes ; néanmoins, dans de nombreux cas, cette décision a été nettement éclairée par le soutien explicite qu'elles avaient déjà obtenu de leur mari. Une jeune femme à Sédhiou qui avait demandé le consentement de son mari pour utiliser la PF a dit qu'en réponse à cela, « *Il m'a dit oui mais ne le fait pas trop longtemps*. ».

Une jeune femme à Matam a laissé entendre que lorsqu'elle avait abordé le sujet avec son mari « *Il était favorable à ma décision et c'est lui-même qui a donné l'argent pour l'achat de la méthode* », tandis qu'une autre a indiqué qu'elle avait discuté de sa décision avec son mari pour obtenir son consentement : « *Oui et c'était pour avoir son consentement pour qu'il n'y ait pas de problème ultérieure. Et il a donné son accord sans détour*. »

Un leader communautaire à Kaolack a noté que les maris refusaient parfois les demandes de leurs épouses visant à obtenir la permission d'utiliser une méthode contraceptive moderne, estimant que c'était dû à un manque de connaissance liées aux questions de SR : *« Il y a aussi les maris qui refusent que leurs femmes aient recours à la planification familiale. J'ai même vu un enseignant qui voulait porter plainte contre une sage-femme pour avoir permis à sa femme de faire la planification familiale. Tout cela est dû à l'ignorance*. »

Certaines femmes à Kédougou, Kolda et Saint-Louis ont affirmé qu'elles n'avaient pas discuté de leur décision d'utiliser la PF avec leur mari. Comme l'a expliqué une femme à Kédougou, lorsqu'il lui a été demandé pourquoi elle n'avait pas parlé à son mari, « *C'est ma propre santé*. » a-t-elle répondu. À Saint-Louis, une des femmes qui ne l'avait pas dit à son mari a affirmé que c'était parce qu'elle avait peur qu'il refuse de l'accepter ; lorsque plus tard il a appris sa décision, telle était sa réaction « *Il m'a reproché cela mais il m'a laisse continuer*. »

Une femme à Kolda n'avait pas parlé à son mari par peur, tout en notant également que « *Cela dépend de moi. Parce que c'est ma propre santé*. » Un responsable de programme de SSR à Kolda a noté que certaines femmes mariées qui voulaient poursuivre leurs études ont caché leur décision d'utiliser la PF à leurs maris. Une mère à Kaolack a noté que lorsqu'une fille est mariée à un jeune âge, il pourrait être souhaitable d'utiliser la PF sans informer le mari de cette décision :

> *Il faut conscientiser les enfants, leur montrer le chemin de la droiture. Quand on marie notre fille à un jeune âge, le coup est déjà parti certes, mais il faut lui conseiller discrètement à l'insu du mari de faire la PF jusqu'à ce qu'elle atteigne une certaine maturité physique. Mais tout ça, il faut que le mari l'ignore, sinon ça va brouiller nos relations. Si les parents sont avisés, ils peuvent amener leur fille au poste pour la PF sans que le mari ne soit au courant.*

Un leader communautaire à Matam, en revanche, a fait valoir que c'était une très mauvaise idée de ne pas parler à son conjoint de la décision d'utiliser la PF : « *Ce ne sont pas des problèmes dans la mesure où elles demandent une discussion avec le conjoint. Si ce dernier est d'accord cela ne pose aucun problème. Le problème surgit que quand la conjointe le fait sans un consentement du mari.* »

C. Mesure dans laquelle les centres de santé évalués dans les 6 régions répondent aux normes spécifiées dans le Plan stratégique national du Sénégal pour la SSRAJ (2014-2018)

Comme indiqué dans l'introduction, l'objectif principal de cette étude est de fournir des informations pour renforcer l'opérationnalisation des composantes de prestation de services du Plan stratégique national du Sénégal pour la SSRAJ (2014-2018), en tirant les leçons des expériences de mise en œuvre de différents modèles de services adaptés aux jeunes dans six régions du Sénégal avec des résultats relativement plus mauvais en PF/SR.

Pour assurer les SSAJ, les prestataires doivent adhérer à un ensemble de normes élaborées par le Gouvernement du Sénégal. La présente section met l'accent sur la mise en œuvre de la Stratégie SSAJ. Conformément à cet objectif d'évaluation, nous évaluons la mesure dans laquelle les normes SSAJ ont été respectées à différents niveaux des soins de santé et des points de prestation de services et soulignons les lacunes de la mise en œuvre, en vue d'y remédier dans le cadre du processus de mise à l'échelle des SSAJ. La présente section vise à fournir des données sur les normes suivantes :

1. Tout adolescent (e) ou jeune, quelles que soient les circonstances, a accès à des informations et à des conseils adaptés à son état de santé, à son développement et à ses droits.
2. Chaque point de prestation de services est organisé de façon à offrir à chaque adolescent (e) et jeune des services de qualité adaptés à ses besoins.
3. Tous les prestataires ont les connaissances, les compétences et les attitudes positives (requises) pour offrir des services adaptés aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes.
4. Les membres de la communauté, y compris les adolescent(e)s et les jeunes, facilitent la mise en œuvre et l'utilisation des services de santé par les adolescent(e)s et les jeunes.
5. Le système de gestion des services de santé prend en compte de manière appropriée les aspects liés à la SR des adolescent(e)s et des jeunes.

Les principes directeurs clés de ces normes sont les suivants : (1) la participation active des adolescent(e)s/jeunes à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des services de santé en fonction de leur niveau de capacité ; (2) la prestation de services fondés sur le développement et les besoins sanitaires des jeunes, (3) la participation de la communauté aux activités et à la prestation de services ; (4) la fourniture des SSAJ par des agents de santé et des volontaires communautaires formés ; et (5) l'accréditation et la certification de tous les PPS fournissant des SSAJ. Les normes doivent être mises en œuvre aux différents niveaux du système de soins de santé : communauté, CS, hôpital, district et nation. Des indicateurs opérationnels ont été utilisés pour évaluer l'application de chaque norme telle que présentée dans les sous-sections suivantes.

Pour cette étude, nous avons évalué la mise en œuvre des cinq normes SSAJ énumérées ci-dessus au niveau du PPS, du client et de la communauté. Les informations sur la mise en œuvre des normes au niveau du PPS ont été obtenues par le biais des questionnaires administrés au niveau du PPS et lors des EA tenus avec les points focaux de SR au niveau du district, et évaluées en outre au niveau du client et de la communauté pour déterminer si les efforts du PPS pour répondre aux divers critères ont également été expérimentés par les jeunes au niveau des résultats. Seulement 23 PPS dans les six régions ont été identifiées comme fournissant des SSAJ, ce qui limite toute analyse interrégionale de divers indicateurs ou le calcul des indicateurs en pourcentage. Aux fins de la présente analyse, le niveau de mise en œuvre a été défini comme le nombre de PPS déclarant mettre en œuvre un indicateur spécifié dans le cadre d'un élément standard.

Il importe aussi de souligner qu'il s'agissait d'une évaluation visant à déterminer le niveau et le fonctionnement des services dans ces six régions et qu'il ne s'agissait pas d'une évaluation des efforts d'un PPS ou d'une organisation particulière. Par conséquent, étant donné le nombre de PPS offrant des services de SSAJ pendant la période de collecte des données dans les six régions, il n'est pas possible d'analyser statistiquement l'efficacité des divers PPS ou approches dans la mise en œuvre des SSAJ dans les six régions. Toutefois, ce rapport fournira une cartographie critique de la mise en œuvre actuelle des services de SSAJ au niveau du PPS et de la communauté et fournira des données sur la performance des indicateurs clés retenus dans le Plan stratégique national.

Norme 1 : Dans tous les PPS, chaque adolescent(e) ou jeune, quelles que soient les circonstances, a accès à des informations et des conseils adaptés à son état de santé, à son développement et à ses droits.

Dans le but d'évaluer cette première norme, l'évaluation visait d'abord à déterminer dans quelle mesure Les adolescent(e)s et les jeunes des six régions du Sénégal avaient des connaissances sur les principales questions de santé grâce à des méthodes quantitatives et qualitatives. Cette section commence par examiner la compréhension et le niveau de conscience des adolescent(e)s/jeunes de la communauté à l'égard des indicateurs clés des connaissances matière de SR afin de comprendre leurs besoins et leur niveau de conscience à l'égard des indicateurs clés des connaissances en matière de SR. Les tableaux 23 et 24 présentent les connaissances des jeunes hommes et des jeunes femmes sur le cycle menstruel et la période de fertilité, le pourcentage d'adolescent(e)s/jeunes qui peuvent citer au moins une conséquence des rapports sexuels non protégés, le pourcentage de jeunes qui connaissent au moins un avantage de l'espacement des naissances et de la connaissance de la contraception.

1.1 Connaissances des adolescents et des jeunes à l'égard des questions clés de SR

Comme le montrent les tableaux 23 et 24, aucun des hommes âgés de 10 à 14 ans et seulement 1,4 % des femmes âgées de 10 à 14 ans n'avaient de connaissance au sujet du cycle menstruel et de la période correcte de fertilité (« au milieu du cycle menstruel »). De plus, seulement 14,1% des femmes de 20-24 ans (le groupe susceptible d'avoir la plus grande connaissance de cette information) connaissaient le cycle menstruel et la période correcte de fertilité, avec une plage de 7,2% à Saint-Louis à 23,5% à Kaolack. Les adolescent(e)s/jeunes étaient mieux informés des conséquences des rapports sexuels non protégés. Environ un tiers des adolescent(e)s/jeunes hommes et des adolescent(e)s/jeunes femmes âgés de 10 à 14 ans (34,6 % et 28,9 %, respectivement) pouvaient citer au moins une conséquence (le plus souvent « contracter une grossesse non-désirée »), et plus des trois quarts des adolescent(e)s/jeunes hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans pouvaient en citer au moins une. Un pourcentage très semblable d'adolescent(e)s/jeunes hommes et de jeunes femmes de tous les groupes d'âge et de toutes les régions pouvait aussi citer au moins un avantage de l'espacement des naissances.

Environ deux tiers des adolescent(e)s/jeunes hommes et des adolescent(e)s/jeunes femmes (64,0 % et 69,8 % respectivement) avaient déjà entendu parler de la contraception, bien que peu d'adolescent(e)s/jeunes hommes et d'adolescent(e)s/jeunes femmes de 10 à 14 ans pouvaient citer au moins trois méthodes de contraception (10,1 % et 13,5 %, respectivement). La connaissance de trois méthodes variait considérablement d'une région et d'un groupe d'âge à l'autre, tant pour les adolescent(e)s/jeunes hommes que pour les adolescent(e)s/jeunes femmes. Par exemple, le pourcentage d'hommes âgés de 15 à 19 ans qui pouvaient citer trois méthodes variait de 25,4 % à Saint-Louis à 56,3 % à Kaolack. En ce qui concerne les méthodes individuelles, les jeunes hommes étaient les plus susceptibles de connaître les préservatifs masculins (57,3 %) et environ 40 % ont parlé des pilules contraceptives orales et des injectables. Seulement 8,5 % des adolescent(e)s/jeunes hommes ont mentionné la contraception d'urgence comme méthode de prévention de la grossesse. Toutefois, les adolescent(e)s/femmes étaient plus susceptibles de mentionner les injectables (54,5 %), et près de la moitié des adolescent(e)s/jeunes femmes connaissaient l'existence des pilules orales, des préservatifs masculins et des implants. Les adolescent(e)s/jeunes femmes de Kaolack avaient plus de connaissances des différentes méthodes que celles des autres régions, tandis que les adolescent(e)s/jeunes femmes de Sédhiou avaient le moins de connaissance dans l'ensemble des régions.

Au cours des entretiens, les adolescent(e)s/jeunes hommes et les adolescent(e)jeunes femmes ont écouté une série d'énoncés reflétant des mythes et des idées fausses sur les méthodes contraceptives et ont indiqué s'ils étaient d'accord ou non avec chaque énoncé en utilisant une échelle de quatre points (extrêmement d'accord, d'accord, pas d'accord et extrêmement pas d'accord).

Une grande proportion d'adolescent(e)s/jeunes étaient soit d'accord avec ces énoncés ou soit n'était pas certaine des divers mythes et perceptions erronées liés à l'utilisation de la PF, tels que « les contraceptifs peuvent vous donner des bébés ayant une malformation. » Entre 70 et 90 % de tous les hommes et de toutes les femmes étaient d'accord ou n'étaient pas certains de dix différentes fausses idées sur la contraception, ce qui indique un niveau très élevé de scepticisme et des perceptions négatives des effets à long terme de la contraception.

Tableau 23 : Connaissance de la SR/PF chez les adolescent(e)s/jeunes hommes de 10 à 24 ans

Variable	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Pourcentage d'adolescentes/jeunes qui connaissent le cycle menstruel et les périodes de fertilité :							
10-14 ans	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nombre de cas	61	28	62	59	85	60	355
15-19 ans	11.3%	2.9%	14.1%	9.1%	6.4%	7.0%	8.8%
Nombre de cas	71	34	71	77	110	71	434
20-24 ans	7.4%	8.8%	16.7%	12.3%	4.8%	4.3%	8.7%
Nombre de cas	68	34	66	73	105	69	415
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui connaissent les éventuelles conséquences des rapports sexuels non protégés (au moins un) :							
10-14 ans	44.3%	64.3%	51.6%	33.9%	11.8%	26.7%	34.6%
Nombre de cas	61	28	62	59	85	60	355
15-19 ans	88.7%	97.1%	70.4%	74.0%	60.0%	77.5%	74.7%
Nombre de cas	71	34	71	77	110	71	434
20-24 ans	94.1%	91.2%	87.9%	79.5%	85.7%	94.2%	88.2%
Nombre de cas	68	34	66	73	105	69	415
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui connaissent les avantages de l'espacement des naissances (au moins un) :							
10-14 ans	21.3%	32.1%	30.6%	25.4%	17.6%	53.3%	29.0%
Nombre de cas	61	28	62	59	85	60	355
15-19 ans	78.9%	67.6%	66.2%	66.2%	46.4%	70.4%	64.1%
Nombre de cas	71	34	71	77	110	71	434
20-24 ans	82.4%	82.4%	81.8%	74.0%	77.1%	87.0%	80.2%
Nombre de cas	68	34	66	73	105	69	415
Pourcentage des personnes ayant déjà entendu parler de la contraception	74.5%	70.8%	59.3%	65.6%	57.7%	62.5%	64.0%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Pourcentage d'adolescentes/jeunes qui connaissent au moins 3 méthodes de PF :							
10-14 ans	23.0%	17.9%	8.1%	8.5%	7.1%	1.7%	10.1%
Nombre de cas	61	28	62	59	85	60	355
15-19 ans	56.3%	41.2%	28.2%	50.6%	30.9%	25.4%	38.0%
Nombre de cas	71	34	71	77	110	71	434
20-24 ans	82.4%	52.9%	34.8%	61.6%	59.0%	55.1%	58.3%
Nombre de cas	68	34	66	73	105	69	415

Connaissance des méthodes contraceptives							
Préservatif masculin	72.5%	63.5%	45.2%	61.7%	48.3%	60.0%	57.3%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Pilule contraceptive orale	53.5%	38.5%	28.1%	47.4%	46.3%	24.0%	40.4%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Injectables	52.5%	41.7%	32.7%	42.6%	33.7%	27.5%	37.8%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Implants	24.5%	25.0%	16.1%	22.5%	22.7%	30.5%	23.3%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Condom féminin	48.5%	15.6%	9.0%	18.7%	15.3%	11.5%	19.8%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
dispositif intra utérin (IUD)	15.0%	10.4%	3.0%	8.6%	8.7%	12.5%	9.6%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Contraception d'urgence (EC)	18.0%	9.4%	4.5%	10.5%	6.0%	4.0%	8.5%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Pourcentage de personnes qui sont d'accord ou ne sont pas sûres que…							
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
L'utilisation d'une injection contraceptive peut rendre une femme infertile en permanence.	71.5%	83.3%	78.9%	65.1%	86.7%	86.5%	78.8%
L'utilisation d'un implant contraceptif peut rendre une femme infertile en permanence.	70.5%	84.4%	84.4%	69.9%	86.3%	86.0%	80.3%
L'utilisation d'un DIU peut rendre une femme infertile en permanence.	72.0%	91.7%	87.9%	75.1%	86.0%	87.5%	82.8%
L'utilisation d'une pilule quotidienne, peut rendre une femme infertile en permanence.	73.0%	83.3%	82.4%	65.1%	86.3%	86.0%	79.5%
Les personnes qui utilisent la contraception peuvent avoir beaucoup de problèmes de santé plus tard dans la vie.	79.0%	93.8%	87.9%	77.5%	87.7%	90.0%	85.4%
Les contraceptifs peuvent endommager l'utérus.	80.0%	93.8%	88.9%	78.9%	89.7%	82.5%	85.2%
Les contraceptifs réduisent l'envie sexuelle	77.0%	80.2%	83.4%	86.1%	88.3%	81.5%	83.5%
Les contraceptifs peuvent causer le cancer.	65.5%	91.7%	84.9%	79.4%	89.3%	84.5%	82.3%
Les contraceptifs peuvent vous donner des bébés ayant une malformation.	71.5%	90.6%	86.9%	77.5%	89.0%	81.5%	82.6%
Les contraceptifs sont dangereux pour les jeunes femmes qui n'ont pas encore eu de grossesse.	88.0%	93.8%	89.9%	87.6%	94.7%	88.5%	90.4%

Pourcentage d'adolescents/jeunes (qui ont déjà eu des rapports sexuels) qui manifestent le désir d'utiliser la contraception dans l'avenir	72.5%	76.1%	71.8%	57.7%	58.5%	89.9%	71.4%
Nombre de cas	51	46	71	78	53	79	378

Table 24 : Connaissance de la SR/PF chez les adolescent(e)s/jeunes femmes de 10 à 24 ans

Variable	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Pourcentage d'adolescentes/jeunes qui connaissent le cycle menstruel et les périodes de fertilité :							
10-14 ans	0.0%	0.0%	3.1%	3.3%	0.0%	1.7%	1.4%
Nombre de cas	59	32	64	61	87	60	363
15-19 ans	15.1%	8.1%	7.1%	7.9%	6.9%	9.9%	9.1%
Nombre de cas	73	37	70	63	102	71	416
20-24 ans	23.5%	17.1%	14.9%	16.4%	7.2%	11.6%	14.1%
Nombre de cas	68	35	67	67	111	69	417
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui connaissent les éventuelles conséquences des rapports sexuels non protégés (au moins une) :							
10-14 ans	33.9%	40.6%	48.4%	16.4%	11.5%	35.0%	28.9%
Nombre de cas	59	32	64	61	87	60	363
15-19 ans	79.5%	73.0%	68.6%	66.7%	63.7%	87.3%	72.6%
Nombre de cas	73	37	70	63	102	71	416
20-24 ans	89.7%	94.3%	83.6%	79.1%	83.8%	84.1%	84.9%
Nombre de cas	68	35	67	67	111	69	417
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui connaissent les avantages de l'espacement des naissances (au moins un) :							
10-14 ans	32.2%	31.3%	35.9%	41.0%	13.8%	53.3%	33.3%
Nombre de cas	59	32	64	61	87	60	363
15-19 ans	82.2%	59.5%	60.0%	68.3%	65.7%	80.3%	70.0%
Nombre de cas	73	37	70	63	102	71	416
20-24 ans	94.1%	97.1%	80.6%	89.6%	87.4%	91.3%	89.2%
Nombre de cas	68	35	67	67	111	69	417
Pourcentage de personnes ayant déjà entendu parler de la contraception	79.5%	65.4%	55.7%	78.5%	66.0%	74.0%	69.8%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Pourcentage d'adolescentes/jeunes qui connaissent au moins 3 méthodes de PF :							

10-14 ans	23.7%	12.5%	9.4%	27.9%	4.6%	6.7%	13.5%
Nombre de cas	59	32	64	61	87	60	363
15-19 ans	75.3%	48.6%	35.7%	69.8%	52.9%	52.1%	56.0%
Nombre de cas	73	37	70	63	102	71	416
20-24 ans	92.6%	65.7%	59.7%	83.6%	73.0%	60.9%	73.1%
Nombre de cas	68	35	67	67	111	69	417
Connaissances des méthodes contraceptives :							
Injectables	66.0%	51.0%	48.8%	65.4%	52.7%	43.0%	54.5%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Pilule contraceptives orales	68.0%	48.1%	37.3%	66.0%	57.7%	36.5%	52.9%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Préservatif masculin	67.0%	37.5%	25.4%	57.1%	39.0%	66.0%	48.7%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Implants	56.5%	40.4%	28.9%	54.5%	47.0%	45.5%	45.9%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Dispositif intra-utérin (DIU)	26.0%	13.5%	15.4%	18.3%	16.0%	23.5%	19.0%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Préservatif féminin	42.5%	11.5%	10.0%	22.0%	14.0%	16.5%	19.6%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Contraception d'urgence (EC)	21.0%	7.7%	5.5%	8.9%	3.3%	5.5%	8.3%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Pourcentage de personnes qui sont d'accord ou ne sont pas sûres que…							
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
L'utilisation d'une injection contraceptive peut rendre une femme infertile en permanence.	61.5%	76.0%	74.1%	57.6%	76.7%	75.5%	70.4%
L'utilisation d'un implant contraceptif peut rendre une femme infertile en permanence.	64.0%	80.8%	75.1%	65.4%	78.7%	76.5%	73.3%
L'utilisation d'un DIU peut rendre une femme infertile en permanence.	63.5%	93.3%	83.6%	74.3%	78.7%	76.0%	77.1%
L'utilisation d'une pilule quotidienne, peut rendre une femme infertile en permanence.	59.0%	78.8%	75.1%	55.0%	74.7%	76.5%	69.6%
Les personnes qui utilisent la contraception peuvent avoir beaucoup de problèmes de santé plus tard dans la vie.	75.0%	89.4%	86.1%	79.1%	78.0%	77.0%	79.8%
Les contraceptifs peuvent endommager l'utérus.	71.5%	95.2%	92.0%	76.4%	82.0%	67.5%	79.8%
Les contraceptifs réduisent l'envie sexuelle	74.0%	88.5%	86.6%	90.6%	84.0%	68.0%	81.5%
Les contraceptifs peuvent causer le cancer.	63.0%	89.4%	86.6%	73.8%	77.7%	66.5%	75.3%
Les contraceptifs peuvent vous donner des bébés ayant une malformation.	59.0%	85.6%	84.1%	73.8%	74.0%	64.0%	72.5%

Les contraceptifs sont dangereux pour les jeunes femmes qui n'ont pas encore eu de grossesse.	85.5%	88.5%	91.0%	92.7%	95.3%	80.5%	89.5%
Pourcentage d'adolescents/jeunes (qui ont déjà eu des rapports sexuels) qui manifestent le désir d'utiliser la contraception dans	38.5%	44.4%	33.3%	32.4%	51.5%	44.4%	40.3%
Nombre de cas	65	45	87	71	66	90	424

Dans l'évaluation qualitative, le degré de connaissance des adolescent(e)s/jeunes au sujet des questions de SR - du point de vue des jeunes - a été abordé à travers des entretiens semi-structurés menés auprès des adolescent(e)s/jeunes femmes qui avaient choisi une méthode moderne de PF. À Kaolack, à Kédougou, à Saint-Louis et à Sédhiou, les adolescent(e)s/jjeunes femmes qui ont participé aux entretiens semi-structurés semblaient généralement comprendre comment leur méthode de PF choisie fonctionnait en termes de durée et de prévention de la grossesse et pouvaient citer ses avantages et ses effets secondaires.

Les femmes à Matam avaient une compréhension plus incohérente des potentiels effets secondaires des méthodes de PF qu'elles avaient choisies. Elles avaient également cette croyance exprimée par une jeune femme selon qui sa méthode de PF protège complètement contre la grossesse et n'a aucun effet secondaire. A Kolda, alors que certaines adolescent(e)s/jeunes femmes connaissaient très bien la méthode qu'elles avaient choisie (une jeune femme a même précisé le jour de son cycle où l'injectable devait être administré et qu'il pouvait provoquer des saignements irréguliers entre les règles), d'autres ne pouvaient se rappeler ce qu'elles savaient sur leur méthode de PF. Une adolescent(e)s/jeune femme ne semblait pas comprendre la différence entre la contraception hormonale et la contraception d'urgence, disant à la personne chargée de l'entretien que, « *Je prends la pilule après avoir fait les rapports sexuels*. »

Dans les six régions, certaines des adolescent(e)s/jeunes femmes ont noté qu'elles avaient remarqué un gain de poids avec certains contraceptifs, en particulier la pilule. Bien que certaines y voyaient un avantage (une jeune femme à Sédhiou a même dit qu'elle recommanderait la PF aux femmes qui voulaient prendre du poids), d'autres, non, et à Kaolack, certaines adolescent(e)s/jeunes femmes ont dit que leurs camarades n'étaient pas disposées à adopter une méthode de PF par crainte de prendre du poids. Dans cette région, les femmes ont également exprimé la crainte que la PF puisse les empêcher de retomber enceintes. En fait, la croyance que la PF pouvait conduire à la stérilité a été évoquée dans de nombreuses régions. Un père à Matam a affirmé « *Je vois que c'est risqué dans la mesure où elles peuvent ne plus tomber enceinte après l'utilisation de la planification familiale. Elle peut leur causer des maladies graves*. » Une mère à Saint-Louis de la même façon déclaré que, « *La planification familiale provoque la stérilité chez nos enfants et les mènent vers d'autres activités illicites qui ont comme finalité la prostitution... Les produits contraceptifs vous aident à ne pas tomber enceinte mais détruisent tout votre organisme*. » Un leader communautaire qui a travaillé sur les questions de santé à Kaolack a expliqué que la persistance de ces idées fausses sur la PF nécessitait une plus grande sensibilisation, affirmant que cela était nécessaire : « *Faire toujours des plaidoyers, des sensibilisations auprès des personnes qui ne comprennent pas surtout la PF. Il y'a beaucoup de rumeurs par rapport aux différentes méthodes de PF qui disent telle méthode rend grosse [renvoie à la prise de poids], telle méthode empêche les naissances, etc*. »

1.2 Connaissance des services disponibles pour les adolescent(e)s et les jeunes

L'un des principaux objectifs de cette étude est de déterminer la couverture des services de SR adaptés aux jeunes, définie ici comme le pourcentage d'adolescent(e)s/jeunes âgés de 10 à 24 ans qui connaissent les services de SRAJ et qui y ont accès. Pour maximiser l'utilisation/accès et les avantages issus des SSAJ, les adolescent(e)s/jeunes doivent être au courant des services offerts, percevoir les services comme bénéfiques en termes de satisfaction de leurs besoins de santé, avoir un accès physique et financier aux services, et être satisfaits de la qualité des services fournis. Ces informations donnent également un aperçu des lacunes en matière de communication qui peuvent être comblées par les efforts déployés par les PPS pour sensibiliser les jeunes aux services, ce qui fait partie de la norme 1. Dans cette section, nous déterminons, au niveau de la communauté et parmi les clients des PPS, les connaissances et l'acceptation des jeunes en ce qui concerne les SSAJ, ainsi que leur accès et leur utilisation desdits services.

Pour cette évaluation, la connaissance des SSAJ a été mesurée par une enquête communautaire auprès d'adolescent(e)s/jeunes âgés de 10 à 24 ans et complétée par des entretiens de sortie avec des adolescent(e)s/jeunes du même groupe d'âges qui avaient reçu des services de SR des PPS sélectionnés pour cette étude le jour de l'entretien. Il a été demandé aux répondants à l'enquête communautaire ce qu'ils avaient entendu et compris au sujet des SSAJ et comment ils avaient obtenu l'information. L'utilisation était déterminée par une réponse positive à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé ces services [SRAJ] ? » Cette question n'a été posée qu'à ceux qui ont déclaré avoir entendu parler de SRAJ et où les obtenir. Les tableaux 25 et 26 examinent ces indicateurs du point de vue des jeunes ou du niveau de rendement, tant chez les clients que chez les jeunes vivant dans les communautés desservies par les PPS. Le tableau 25 présente les points de vue de 180 jeunes clients qui viennent de recevoir des services dans les six régions visées par l'étude. Comme indiqué ci-dessus, la connaissance des SSAJ a été évaluée parmi les jeunes sélectionnés au hasard qui ont reçu des services dans les PPS qui ont fait l'objet de l'enquête le jour de l'entretien. L'équipe de l'étude n'a pas présumé que tous les adolescent(e)s/jeunes qui ont reçu des services d'un PPS offrant les SSAJ connaissent la SRAJ et qu'ils savaient que le PPS offrait des SSAJ. Il a été demandé aux clients interrogés d'indiquer s'ils connaissaient les SSAJ et le type de services fournis dans le cadre des SSAJ. Lorsqu'il leur a été demandé s'ils étaient au courant de la SRAJ dans les PPS où ils venaient de recevoir des services, seulement la moitié (53,3%) des clients interrogés savaient même qu'ils fréquentaient un PPS qui offrait des services de santé spécifiques adaptés aux adolescents et aux jeunes. Ce pourcentage variait de 23,3 % à Sédhiou à 73,3 % à Saint-Louis, ce qui met en évidence un grave déficit de sensibilisation[e]. Ce résultat suggère une ou les trois choses suivantes : (i) Les clients ne comprennent pas les caractéristiques de l'ensemble des SSAJ ; (ii) les PPS n'ont pas suffisamment sensibilisé les clients et les membres de la communauté à propos de leurs services de SRAJ ; ou (iii) les clients ne voient aucune différence entre le PPS où ils viennent de recevoir les services et les autres PPS concernant la façon dont les services sont fournis aux adolescent(e)s/jeunes. Quelle qu'en soit la raison, les PPS doivent mieux faire connaître leurs services et les offrir de manière à les rendre attrayants pour les jeunes.

[e] Il convient de souligner que tous les PPS fournissent des services aux jeunes, qu'ils mettent ou non en œuvre le SRAJ. A moins d'une mise en œuvre adéquate, le client peut ne pas remarquer de différences entre les PPS qui offrent le SRAJ et ceux qui n'en offrent pas.

Il a été demandé aux clients qui étaient au courant des services de SRAJ mis en œuvre dans les PPS quels services étaient offerts aux adolescents et aux jeunes. Le tableau 25 présente que près des deux tiers (63,5 %) des clients ont mentionné que leur PPS offrait des services de contraception, et environ la moitié (57,3 %) ont fait savoir que leur PPS offrait des soins prénataux et d'accouchement aux jeunes. Moins de clients ont mentionné les conseils en SR (38,5%) ou les consultations gynécologiques (24%). Moins de 20 % des clients ont mentionné les conseils sur le VIH/sida, ainsi que son dépistage, le soutien en matière de violence basées sur le genre (VBG), les soins post-avortement (SPA) ou les services de santé mentale.

Les clients ont été interrogés sur leurs principales sources d'information sur les questions relatives à la SRAJ. Les sources d'information sont variées, l'école, les parents et les pairs éducateurs. Ces trois sources constituent les principales sources d'information pour les jeunes clients. Très peu de clients ont mentionné les médias, le matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) ou les clubs/programmes pour les jeunes comme sources d'information sur la SRAJ. Il a également été demandé aux clients comment l'information leur avait été communiquée au cours de leur visite le jour de l'entretien. Moins d'un quart (22,8 %) des clients ont déclaré que leur prestataire avait utilisé du matériel d'IEC, comme des tableaux à feuilles mobiles, des brochures ou des exemples de méthodes contraceptives, pendant leur séance de conseil avec le prestataire, et encore moins ont reçu du matériel d'IEC à ramener chez eux (5,6 %). Toutefois, une grande majorité de clients (86,7 %) ont déclaré qu'ils avaient reçu juste ce qu'il fallait ou beaucoup d'information lors de leur visite le jour de l'entretien, cette déclaration a été constatée dans les six régions.

Table 25 : Expérience en matière de service de SRAJ chez les clients adolescent(e)s/jeunes de 10-24 ans

Variable	REGION (non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui sont au courant de l'existence des services SRAJ dans le PPS	50.0%	46.7%	66.7%	60.0%	73.3%	23.3%	53.3%
Nombre de cas	30	30	30	30	30	30	180
Liste des services mentionnés - par les jeunes qui connaissent que les services de SRAJ sont offerts dans les PPS - comme offerts							
Planification familiale	60.0%	14.3%	60.0%	83.3%	72.7%	100.0%	63.5%
Soins pendant la grossesse et L'accouchement	46.7%	0.0%	75.0%	88.9%	68.2%	28.6%	57.3%
Education et/ou counselling sur la SSR	6.7%	100.0%	55.0%	11.1%	36.4%	14.3%	38.5%
Prise en charge gynécologique	26.7%	7.1%	20.0%	33.3%	22.7%	42.9%	24.0%
Conseils/Dépistage pour le VIH/SIDA	0.0%	21.4%	30.0%	11.1%	22.7%	14.3%	17.7%
Soins postnatals	20.0%	0.0%	0.0%	66.7%	18.2%	28.6%	21.9%
Traitement et conseils sur les IST	0.0%	14.3%	0.0%	5.6%	50.0%	0.0%	14.6%
Violences basées sur le genre	0.0%	28.6%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9.4%
Soins après avortement	0.0%	0.0%	0.0%	22.2%	9.1%	28.6%	8.3%
Santé mentale et aide psychosociale	6.7%	7.1%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.1%
Autres	0.0%	14.3%	5.0%	36.5%	0.0%	0.0%	11.5%
Nombre de cas	15	14	20	18	22	7	96
Source d'informations au sujet de la SRAJ							
Ecole	0.0%	100.0%	20.0%	11.1%	22.7%	0.0%	26.9%
Parents	26.7%	0.0%	15.0%	38.9%	36.4%	75.0%	26.9%
Amis/Pairs éducateurs	0.0%	0.0%	55.0%	5.6%	31.8%	0.0%	20.4%
Structure de santé	13.3%	7.1%	5.0%	50.0%	13.6%	0.0%	17.2%
Membre de la Communauté	46.7%	0.0%	10.0%	5.6%	14.6%	25.0%	15.1%
NGO/MOH coordinateur	0.0%	35.7%	0.0%	0.0%	18.2%	0.0%	8.7%
A travers les médias	0.0%	7.1%	5.0%	5.6%	4.5%	0.0%	4.3%
Conjoint/Partenaire	6.7%	0.0%	0.0%	5.6%	0.0%	0.0%	2.2%
Dépliants/posters	0.0%	0.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%
Club de jeunes filles	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%
Nombre de cas	15	14	20	18	22	4	93
Pourcentage des adolescents/Jeunes client qui affirment que leur prestataire a utilisé des tableaux à feuilles mobiles, des posters, des brochures ou des exemples de contraceptifs, pendant les conseils	23.3%	6.7%	16.7%	6.7%	30.0%	53.3%	22.8%
Nombre de cas	30	30	30	30	30	30	180

Pourcentage de clients adolescents/jeunes qui déclarent avoir reçu du matériel d'IEC sur la PF ou d'autres services au cours de leur visite	20.0%	0.0%	0.0%	3.3%	10.0%	0.0%	5.6%
Nombre de cas	30	30	30	30	30	30	180
Pourcentage de clients adolescents/jeunes qui ont déclaré que la quantité d'information qu'ils ont reçue pendant la visite était juste ce qu'ils devaient recevoir ou abondante.	90.0%	93.3%	80.0%	86.7%	80.0%	90.0%	86.7%
Nombre de cas	30	30	30	30	30	30	180

Le tableau 26 présente des informations semblables pour les adolescent(e)s/jeunes de la communauté, en indiquant le pourcentage des répondants de la communauté adolescent(e)s/jeune ayant déjà entendu parler de la SRAJ, qui connaissent un point de prestation de services offrant des services liés à la SRAJ, et qui ont déjà eu accès à ces services. Les connaissances relatives aux SSAJ était généralement faible (17,3%), avec des différences importantes entre les régions : la connaissance était la plus grande à Kédougou (33,0 %) et la plus faible à Matam (7%). De plus, dans chaque région, les connaissances augmentent avec l'âge, mais pas selon le sexe (15,9 % chez les hommes et 18,7 % chez les femmes). Le taux de connaissance variait entre 0,0 % chez les 10-14 ans à Matam, à 49,3 % à Kédougou. Un indicateur sur la connaissance à la fois de l'existence des services de SRAJ et de l'existence d'un PPS ou d'une organisation où ces services peuvent être obtenus a également été calculé. Environ 13,2 % connaissaient à la fois l'existence des services et l'endroit où les obtenir. Ces résultats étaient semblables à ceux de la connaissance des services (uniquement), ce qui signifie que les adolescent(e)s/jeunes qui sont au courant des services sont également susceptibles de connaître un prestataire ou un PPS où ils peuvent les obtenir.

Les répondants vivant dans les zones desservies par les PPS offrant des SSAJ ont été interrogés sur les canaux d'information à propos des endroits où recevoir les services de SRAJ. Les adolescent(e)s/jeunes qui avaient déjà entendu parler des services de SRAJ et qui savaient où les obtenir étaient les plus susceptibles de mentionner leurs amis, parents ou voisins comme principale source d'information sur les services de SRAJ et sur où les obtenir. Les adolescent(e)s/jeunes ont également mentionné que les écoles (36,6 %), les agents de santé communautaires (p. ex. ASC/relais/Bajenu Gox ; 24 %) et les prestataires de services de santé (17,7 %) constituaient également des sources importantes d'information. La radio et la télévision n'étaient pas des sources d'information essentielles pour savoir où obtenir ces services, bien que près de la moitié des jeunes à Sédhiou (28,3 % à la radio et 20 % à la télévision) aient mentionné avoir obtenu des informations par ces canaux. En outre, les écoles constituaient la source d'information la plus fréquemment mentionnée par les jeunes de Sédhiou en ce qui concerne le lieu où obtenir les services liés à la SRAJ. Les agents de santé communautaire (ASC/relais) ont été d'importantes sources d'information à Kolda (34,1 %) et à Sédhiou (36,7 %). Il a également été demandé aux jeunes qui avaient déjà entendu parler de ces services quels PPS ou

organisations particulières offraient ces services. Les résultats variaient selon la région, reflétant le paysage global des prestataires disponibles. Une liste complète figure également au tableau 26.

Les adolescent(e)s/jeunes à travers les régions (à l'exception de Saint-Louis) étaient souvent susceptibles de mentionner qu'un Centre de Santé près de leur communauté offrait des services de SRAJ (37,2%). À Kaolack, les services d'équipes mobiles et le CDEPS[f] (Centre Départemental d'Éducation Populaire et Sportive) ont également été mentionnés (23,1 % et 15,4 %, respectivement). À Kedougou, les postes de santé (22,0 %) et les services d'équipes mobiles (18 %) ont été mentionnés. Les jeunes de Saint-Louis étaient les plus susceptibles de mentionner l'ASBEF (62,5 %), suivis des Centres MSI (18,8 %). À Kolda et à Sédhiou, les adolescent(e)s/jeunes étaient également susceptibles de mentionner les CCA (centres ADO ; 29,3 % et 41,7 %, respectivement).

Le tableau 26 présente également un indicateur sur le pourcentage d'adolescent(e)s/jeunes qui connaissaient au moins un service de SRAJ fourni dans ces PPS. Parmi les adolescent(e)s et les jeunes qui connaissaient la SRAJ, 70,4% pouvaient citer au moins un service de SRAJ. Il a été demandé à ces adolescent(e)s/jeunes quels services ils connaissaient précisément. La plupart des adolescent(e)s/jeunes ont mentionné les conseils/dépistage pour le VIH/SIDA (79,5%), suivis de la PF (58,7%) et de l'éducation et les conseils sur la SR (53,6 %). Les jeunes étaient les moins susceptibles de mentionner les services liés à la VBG (6,1%), les consultations gynécologiques (5,8%) et les soins après avortement (SAA) (5,5%). Ces résultats varient selon les régions. Les adolescent(e)s/jeunes à Saint-Louis étaient les plus susceptibles de mentionner le counseling sur la PF/SR (73 % pour chacun) ; seulement un tiers (32,1 %) des adolescent(e)s/jeunes à Kaolack et 42,9 % des jeunes à Matam ont mentionné la PF comme un service de SRAJ.

Enfin, le tableau 26 montre le pourcentage d'adolescent(e)s et de jeunes qui peuvent citer au moins une méthode de contraception que l'on trouve dans les SSAJ, ainsi que les méthodes de PF citées par les jeunes. Plus de la moitié (52,2 %) de tous les adolescent(e)s/jeunes qui avaient déjà entendu parler des SSAJ pouvaient citer au moins une méthode contraceptive offerte dans le cadre des services de SRAJ. Ce pourcentage variait de 35,4 % à Saint-Louis à 65,0 % à Kolda. Parmi ces adolescent(e)s/jeunes, la plupart ont mentionné qu'ils savaient que des préservatifs masculins étaient disponibles dans le cadre des services de SRAJ (75,7%). Les jeunes ont également mentionné les injectables (40,4 %), les pilules contraceptives orales (37,6 %) et les implants (33,5 %). La connaissance des préservatifs masculins était la plus élevée à Kaolack (93,9%) et à Matam (90,0%) et la connaissance des injectables était la plus élevée à Kolda (56,7%) et à Saint-Louis (65,2%).

[f] Le Centre départemental d'éducation populaire ou le Centre régional d'éducation populaire et de Sport est en charge de l'appui au sport de haut niveau, de la formation aux métiers de l'animation et de l'encadrement sportif, ainsi que de l'accueil des associations de jeunesse et d'éducation populaire. Il gère également un réseau de centres de jeunesse similaires aux CCA qui fournissent des informations et des services limités en matière de SR aux adolescents et aux jeunes.

Tableau 26: Expérience des services d'assistance communautaire chez les adolescent(e)s/jeunes de 10 à 24 ans

Variable	REGION (Non						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
1.5. Pourcentage d'adolescents/jeunes qui sont au courant de l'existence des services SRAJ, par âge et par sexe :							
Total	21.3%	33.0%	25.8%	7.0%	10.8%	17.3%	17.3%
Nombre de cas	400	200	400	400	600	400	2400
10-14 ans	10.0%	8.3%	10.3%	0.0%	1.7%	.8%	4.7%
Nombre de cas	120	60	126	120	172	120	718
15-19 ans	21.5%	38.0%	24.8%	7.9%	12.3%	19.7%	18.6%
Nombre de cas	144	71	141	140	212	142	850
20-24 ans	30.9%	49.3%	41.4%	12.1%	16.7%	29.0%	26.9%
Nombre de cas	136	69	133	140	216	138	832
Homme	22.0%	36.5%	26.1%	4.3%	8.0%	14.0%	15.9%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Femme	20.5%	29.8%	25.4%	9.9%	13.7%	20.5%	18.7%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
21) Pourcentage d'adolescents/jeunes qui sont au courant de l'existence de services SRAJ et où ces services sont-ils offerts :							
Total	13.0%	25.0%	20.5%	6.3%	8.0%	15.0%	13.2%
Nombre de cas	400	200	400	400	600	400	2400
10-14 ans	4.2%	5.0%	7.1%	0.0%	1.2%	.8%	2.8%
Nombre de cas	120	60	126	120	172	120	718
15-19 ans	13.9%	25.4%	17.0%	7.1%	9.0%	17.6%	13.6%
Nombre de cas	144	71	141	140	212	142	850
20-24 ans	19.9%	42.0%	36.8%	10.7%	12.5%	24.6%	21.8%
Nombre de cas	136	69	133	140	216	138	832
Homme	13.5%	27.1%	22.1%	3.8%	5.0%	11.5%	11.9%
Nombre de cas	200	96	199	209	300	200	1204
Femme	12.5%	23.1%	18.9%	8.9%	11.0%	18.5%	14.5%
Nombre de cas	200	104	201	191	300	200	1196
Sources d'information sur les endroits où obtenir les services de SRAJ :							
Amis/Parents/Voisins	32.7%	36.0%	57.3%	44.0%	66.7%	38.3%	46.7%
Ecoles	32.7%	36.0%	32.9%	36.0%	31.3%	50.0%	36.6%
ASC/Relais/Bajenu Gox	15.4%	20.0%	34.1%	8.0%	12.5%	36.7%	24.0%

Prestataires de santé	11.5%	22.0%	28.0%	12.0%	8.3%	15.0%	17.7%
Pairs éducateurs	3.8%	6.0%	9.8%	4.0%	4.2%	13.3%	7.6%
Radio	15.4%	2.0%	13.4%	0.0%	0.0%	28.3%	11.7%
Télévision	3.8%	0.0%	4.9%	16.0%	0.0%	20.0%	6.9%
Journaux/magazines/affiches	1.9%	2.0%	2.4%	0.0%	0.0%	1.7%	1.6%
Internet	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	0.0%	0.0%	.3%
Nombre de cas	52	50	82	25	48	60	317
21) Pourcentage d'adolescents/jeunes qui sont au courant de l'existence de services SRAJ, et où ces services sont-ils offerts (réponses multiples) :							
Centre de santé	63.5%	20.0%	26.8%	72.0%	18.8%	43.3%	37.2%
Centre ADO (CCA)	1.9%	16.0%	29.3%	0.0%	2.1%	41.7%	18.6%
Antenne ASBEF	0.0%	0.0%	13.4%	8.0%	62.5%	8.3%	15.1%
Stratégies avancées/Equipes mobiles	23.1%	18.0%	8.5%	8.0%	2.1%	20.0%	13.6%
Poste de santé	1.9%	22.0%	19.5%	20.0%	0.0%	15.0%	13.2%
Case de Santé	0.0%	14.0%	19.5%	0.0%	0.0%	5.0%	8.2%
Centres MSI	0.0%	0.0%	7.3%	0.0%	18.8%	10.0%	6.6%
CDEPS (Centre Départemental d'Education Populaire et Sportive)	15.4%	8.0%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	4.1%
Espace jeune	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	0.0%	1.9%
Structure de Santé	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
Alliance française	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
ONG	1.9%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%
École	1.9%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.9%
ASC	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
Terrain Aménagé	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
Croix Rouge	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
Église (une sœur)	0.0%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
PMI	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.1%	0.0%	0.3%
Hôpital	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
ECDE EVF	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.1%	0.0%	0.3%
Nombre de cas	52	50	82	25	48	60	317
Parmi les adolescents/jeunes qui connaissent la SRAJ, le pourcentage de ceux qui peuvent citer au moins un service de SRAJ	65.9%	75.8%	73.8%	75.0%	56.9%	76.8%	70.4%
Nombre de cas	85	66	103	28	65	69	416
Services mentionnés, par les adolescents, comme étant offerts dans les PPS mettant en œuvre les SSAJ :							
Conseils/Dépistage pour le VIH/SIDA	96.4%	80.0%	72.4%	71.4%	59.5%	88.7%	79.5%
Planification Familiale	32.1%	70.0%	71.1%	42.9%	73.0%	54.7%	58.7%

Education et/ou counselling sur la SSR	87.5%	24.0%	38.2%	76.2%	73.0%	45.3%	53.6%
Traitement et conseils sur les IST	23.2%	12.0%	18.4%	23.8%	29.7%	32.1%	22.5%
Soins pendant la grossesse et l'accouchement	0.0%	10.0%	17.1%	0.0%	21.6%	3.8%	9.6%
Santé mentale et aide psychosociale	3.6%	10.0%	7.9%	4.8%	13.5%	0.0%	6.5%
Violences basées sur le genre	5.4%	2.0%	7.9%	0.0%	18.9%	1.9%	6.1%
Prise en charge gynécologique	1.8%	6.0%	9.2%	4.8%	8.1%	3.8%	5.8%
Soins après avortement	0.0%	10.0%	10.5%	0.0%	2.7%	3.8%	5.5%
Nombre de cas	56	50	76	21	37	53	293
Parmi les adolescents/jeunes qui connaissent la SRAJ, le pourcentage de ceux qui peuvent citer au moins une méthode de contraception qui peut être obtenue auprès des services de santé adaptés aux jeunes.	37.6%	60.6%	65.0%	35.7%	35.4%	65.2%	52.2%
Nombre de cas	85	66	103	28	65	69	416
Méthodes de contraception disponibles dans les services de SRAJ (parmi ceux qui peuvent citer au moins une méthode) :							
PRÉSERVATIF MASCULIN	93.9%	85.0%	73.1%	90.0%	56.5%	64.4%	75.7%
INJECTABLES	15.2%	37.5%	56.7%	20.0%	65.2%	28.9%	40.4%
PILULE CONTRACEPTIVE ORALE	24.2%	35.0%	50.7%	30.0%	69.6%	15.6%	37.6%
IMPLANTS	15.2%	37.5%	31.3%	10.0%	60.9%	37.8%	33.5%
PRÉSERVATIF FÉMININ	36.4%	5.0%	13.4%	0.0%	26.1%	4.4%	14.2%
DIU (DISPOSITIF INTRA UTERIN)	6.1%	0.0%	9.0%	0.0%	21.7%	0.0%	6.0%
CONTRACEPTION D'URGENCE	3.0%	2.5%	6.0%	0.0%	4.3%	0.0%	3.2%
COLIER	0.0%	0.0%	3.0%	0.0%	4.3%	0.0%	1.4%
Nombre de cas	33	40	67	10	23	45	218

L'évaluation qualitative a permis d'obtenir un large éventail de connaissances et de perspectives concernant les services de SR destinés spécifiquement aux adolescents et aux jeunes disponibles dans les communautés des six régions.

À Kaolack, Matam, Saint-Louis et Sédhiou, la plupart des parents qui ont participé aux DG semblaient avoir une connaissance limitée des services de SRAJ disponibles dans leur région. Les parents de ces régions à qui l'on a demandé où les adolescent(e)s et les jeunes devraient se rendre pour obtenir de l'aide pour leurs besoins en SR ont le plus souvent mentionné les centres de santé (établissements de santé, postes de santé et hôpitaux - et parfois les cliniques et les dispensaires mobiles) et/ou des prestataires de services de santé comme les gynécologues et les sages-femmes. Une mère en Kaolack a noté, « *Chez les gynécologues, ou à ASBEF Kaolack, il y a une dame qui fait des causeries là-bas même les plus jeunes y vont.* » Certains parents ont affirmé ne pas connaître l'existence de services de SRAJ dans leur région ; un père à Sédhiou, par exemple, a fait le commentaire suivant : « *J'ai entendu l'existence de ces services, mais au niveau de Dakar et de Thiès, mais ici dans la région de Sédhiou, ces structures adaptées aux adolescents jeunes, à ma connaissance, elles n'existent pas pour le moment.* » D'autres, en particulier les

pères, semblaient considérer la question comme ne relevant pas de leur compétence, répondant que les adolescent(e)s ou les jeunes devraient parler des questions de SR avec leur mère ou avec des professionnels de la santé. Un père à Matam a relevé : *« Les docteurs, ce sont eux qui peuvent faire des diagnostics et prescrire des ordonnances dans l'optique d'apporter des soins nécessaires. Nous sommes des hommes et nous ne sommes pas censés avoir connaissance de la santé sexuelle et reproductive de nos adolescents/jeunes*. »

Ceux de ces quatre régions qui n'ont pas pu identifier où les services étaient offerts ont souvent mentionné les Bajenu gox de leurs communautés susceptibles de référer les adolescent(e)s/jeunes aux bons endroits. À Kédougou et à Kolda, les parents ont eu tendance à évoquer les CCA lorsqu'on leur a posé des questions sur les services de SRAJ, bien qu'il y ait eu des parents dans les deux régions qui ont dit ne pas connaître de tels services ou qui ont indiqué des structures sanitaires telles que les hôpitaux. Lorsqu'il leur a été demandé où les adolescents et les adolescent(e)s/jeunes pouvaient aller pour avoir des solutions à leurs problèmes de SR, un père a répondu : « *Il y a les structures de santé, elle peut se rendre au niveau des postes de santé, des centres de santé et le centre conseil ado*. » À Kédougou, le CCA semblait tellement avoir des liens étroits avec les services de SRAJ qu'un père a affirmé, « *Je ne vois que le CCA*. » Un autre père a noté que « *Les services que je connais, il y a le CCA, le KEO (Kédougou Encadrement Orientation). Au CCA, il y a un laborantin pour le dépistage, la sage-femme pour les grossesses, les conseils sur le cycle menstruel, et les conseillers techniques*. »

Les leaders communautaires qui ont participé à l'évaluation qualitative, tout comme les parents, étaient assez peu au courant des services de SRAJ disponibles dans leur communauté. De nombreux ledars communautaires à Matam, Saint-Louis et Sédhiou ont dit que les adolescent(e)s ou les jeunes ayant besoin d'aide pour des besoins de PF/SR devraient visiter une structure de santé (les hôpitaux étaient souvent mentionnés), un prestataire de services de santé ou une personne ressource, comme un Bajenu gox, qui pourrait les référer à un prestataire de services de santé en cas de besoin. Lorsqu'il lui a été demandé où les adolescent(e)s/jeunes devraient aller pour trouver satisfaction à leurs besoins en SR, un chef religieux (Imam) à Saint-Louis a répondu, « *Je n'ai pas vraiment de connaissances en cela*, » tandis qu'un autre dirigeant communautaire a répondu qu'il n'y avait pas de place pour les services de SRAJ. Un leader communautaire à Matam a déclaré : « *Nous avons ici des Bajenu gox et des ONG qui s'occupent bien de cet aspect en octroyant aux enfants de la nourriture*, » ce qui semble indiquer un manque de compréhension à propos de ce qu'implique la SRJA. Un leader communautaire à Matam a constitué une exception. Ce dernier a travaillé avec une association de jeunes et a dévoilé sa connaissance des services en affirmant, « *Au niveau du district nous avons l'espace ADO. Il se trouve à l'intérieur du district sanitaire et qui est spécifiquement dédié aux jeunes. Là, ils peuvent se rencontrer et discuter sur la santé de la reproduction et d'une manière générale de la sexualité et de la vie de couple*. »

À Kaolack, Kolda et Kédougou, la plupart des leaders communautaires ont désigné le CCA comme la ressource centrale pour les adolescent(e)s et les jeunes qui cherchent les services de SR. Comme l'a fait remarquer un dirigeant communautaire à Kaolack, « *Je n'ai pas beaucoup entendu parler de ces services sauf au niveau ducentre conseil pour adolescent*. »

Un autre leader communautaire de la région a toutefois affirmé que, bien que le CCA jouait un rôle central dans l'éducation et fournissait des ressources aux adolescent(e)s et aux jeunes, ses services ont

diminué au cours des dernières années, apparemment en raison du manque de financement :

> *Il faut ramener le CCA, c'est plus adapté aux besoins des jeunes, c'est plus confidentiel, en plus un jeune peut venir sans que les gens ne se posent des questions car certains viennent pour le sport, d'autres viennent pour le théâtre, ou pour la culture. […] La sensibilisation, la conscientisation, distribution des préservatifs, le dépistage volontaire du Sida, le CCA faisait tout ça je ne comprends pas pourquoi ils ont arrêté tout ça.*

Les leaders communautaires de Kaolack, Kolda et Kédougou ont également cité des PPS et des travailleurs de proximité de la communauté comme les agents de santé communautaire (ASC) qui font de la sensibilisation auprès des adolescent(e)s/jeunes une ressource. Comme l'a fait remarquer un dirigeant communautaire de Kolda, « *Ils peuvent aller dans les centres de santé et les CCA, où ils pourront trouver tout ce dont ils ont besoin*. »

Dans les six régions, les responsables des programmes de SSR avaient tendance à mieux connaître les services de SR offerts aux adolescent(e)s et aux jeunes que les leaders communautaires ou les parents, comme on pouvait s'y attendre. C'était particulièrement vrai pour les personnes dont les organisations travaillaient sur les questions relatives aux adolescent(e)s/jeunes et/ou à la santé. Un responsable de programme de SSR à Kédougou, par exemple, a fait preuve d'un haut niveau de connaissance en énumérant un éventail d'options à l'échelle du district : « *Des postes de santé, de l'Inspection Générale de la Jeunesse, du Centre Départemental d'éducation Populaire et Sportive (CDEPS), du Centre Conseil Ado (CCA), et niveau de certaines organisations pareillement du côté de l'Inspection médicale des écoles (IME)*. » À Matam, les responsables des programmes de SSR ont régulièrement mentionné le CCA et les « espaces ados » au sein des formations sanitaires, et un responsable a noté que, « *À Matam, on a une chaine de prise en charge qui inclut le CCA, le district sanitaire avec la coordonnatrice SR (Santé de la Reproduction) qui inclue aussi l'association des Bajenu gox, le projet SCOFI (scolarisation des filles), l'AEMO (action éducative en milieu ouvert), c'est tout ça qui constitue cette chaine*. » En même temps, certains responsables avaient une connaissance plus limitée de la question. Un gestionnaire de programme de SSR à Kédougou a parlé du CCA comme d'une ressource pour le counseling, mais lorsqu'on lui a demandé quels autres services étaient disponibles, il a répondu, « *Au niveau des districts sanitaires ?... Non je ne sais pas*. » Un responsable de programme à koalack a répondu, « *Je ne connais que le CCA, la région médicale et le district avec qui nous avons l'habitude de travailler*. »

Comme on pouvait s'y attendre compte tenu de leurs rôles, les pairs éducateurs et les responsables de programmes de SSR qui ont participé à l'évaluation qualitative dans les six régions avaient une meilleure connaissance des services de SR offerts aux adolescents et aux jeunes dans leurs communautés que les autres groupes de participants. Interrogés sur les services de SRAJ disponibles dans leurs communautés, les pairs éducateurs ont montré qu'ils savaient particulièrement bien vers qui les adolescent(e)s et les jeunes pouvaient se tourner pour obtenir des conseils ou des informations, comme le CCA, les ONG et les ressources plus informelles comme les Bajenu gox et les groupes qui travaillent dans les écoles. Un pair éducateur à Kédougou a noté, « *Pour cela [services de SRAJ], il y a le CCA pour fournir des informations aux jeunes. Il y a les mouvements associatifs qui luttent contre ces fléaux, les clubs EVF qui discutent avec les jeunes et les forment en même temps. Il y a aussi les structures de santé comme*

le district sanitaire de Kédougou. » Les pairs-éducateurs de Kaolack ont présenté particulièrement le CCA et l'ASBEF comme des ressources importantes. Les pairs-éducateurs de Matam ont été en mesure d'indiquer le jour de la semaine où la sage-femme était venue au CCA pour des consultations gratuites avec les adolescents et les jeunes. Le CCA a également été mentionnée fréquemment par des pairs éducateurs à Sédhiou, où l'un a relevé concernant les adolescent(e)s/jeunes que : « *Ils peuvent se rendre au centre ado, le laborantin est là pour les orienter et les conseiller sur les grossesses précoces et les maladies sexuellement transmissibles*. » Un pair éducateur de Saint-Louis a noté avec satisfaction que les services de SR étaient offerts aux adolescent(e)s et aux jeunes par une variété de prestataires :

> *Je pense que dans les postes de santé, dans les dispensaires, en respectant la hiérarchie, à tous les niveaux, il y a un service de planification familiale, il y des services dédiés à la santé de la reproduction et c'est gratuit je pense. A part cela, il y a certaines ONG de même obédience que Marie Stopes qui s'activent dans le domaine par exemple ONU femme.*

Par contre, un pair éducateur à Sédhiou s'est plaint de la disponibilité limitée d'espaces spécialement conçus pour les adolescent(e)s et les jeunes, se plaignant qu'il n'y avait qu'un seul « espace ado » dans le district : « *Ici les SAJ existent uniquement dans les districts donc pour moi c'est vraiment dérangeant d'avoir ensemble, les adultes et jeunes. Ce n'est pas adéquat dans notre zone*. »

Les responsables des programmes de SSR connaissaient très bien l'éventail des services de SRAJ disponibles dans leurs communautés, ce qui signifie aussi qu'ils étaient très conscients non seulement de ce qu'ils croyaient être des lacunes dans les services disponibles, mais aussi des possibilités d'amélioration. A Sédhiou, par exemple, les responsables de programmes de SSR interrogés ont proposé différentes évaluations de l'adéquation des services de SRAJ disponibles. L'un d'eux a fait remarquer que : « *Pour les services adaptés aux adolescents/jeunes dans notre district, je pense que c'est tous les services qui sont adaptés. Il s'agit entre autres des consultations générales, des consultations prénatales, des consultations postnatales et de la planification familiale*. » L'autre responsable du programme de SSR, quant à elle, a commenté au sujet des lacunes qu'elle avait relevées : « *Notre principal problème au niveau du district de Sédhiou, c'est que nous n'avons pas un espace adolescent/jeune spécifique au niveau du district. […] Comme vous l'avez vu, notre district n'est pas adapté aux SAJ. C'est cela le grand problème pour satisfaire les besoins des jeunes en SRAJ*. »

La responsable du programme de SSR à Kaolack a noté qu'il y avait des différences significatives entre les formations sanitaires, en fonction de leurs ressources pour répondre à la question de savoir quels types de services de SRAJ existent dans son district :

Au niveau des districts, c'est au niveau des centres de santé aménagés et équipés pour qu'on puisse déjà offrir des services de qualité, le service est adapté, la sage-femme peut se déplacer, il y a un point focal, et des pairs-éducateurs qui assurent tout ce qui est sensibilisation et orientent si le besoin est exprimé. Mais dans les structures où le dispositif n'existe pas, on a vraiment des contraintes, des difficultés pour pouvoir offrir des services adaptés.

Ce responsable du programme de SSR a également fait remarquer que les CCA étaient limités dans les

services qu'ils étaient en mesure d'offrir aux adolescents et aux jeunes :
« *Malheureusement au niveau des CCA on n'a pas un personnel adéquat qui peut prendre en charge les besoins des jeunes. Donc si on les oriente là-bas se sera pour un accompagnement psycho-social, mais pas dans le domaine clinique en tout cas.* »

1.3 Perception de la mesure dans laquelle les prestataires de services cherchent à s'assurer que tous les adolescent(e)s et les jeunes ont accès à l'information sur les services disponibles.

Les participants à l'évaluation qualitative à Kaolack avaient des avis partagés sur la question de savoir si les prestataires de soins de santé participaient aux activités d'éducation et de sensibilisation concernant la SRAJ. Certains perçoivent les prestataires comme étant largement absents des efforts d'éducation concernant la SRAJ. Un responsable de programme de SSR a déclaré que la sensibilisation est avant tout une tâche qui incombe aux travailleurs de proximité plutôt qu'aux prestataires :
« *Les informations c'est à travers les relais, on fait des VAD (visites à domicile), des causeries, des mobilisations sociales, des caravanes, cela permet aux jeunes de connaitre les services, et s'ils viennent on va identifier les besoins et les orienter vers les services ou ailleurs*. » Un père, au sujet des prestataires de service, a noté que, « *Ils sont ouverts mais nous ne sommes pas au courant des sensibilisations de la part des prestataires*. »

Un leader communautaire s'est plaint du fait que les seules campagnes qu'il avait vues menées par des agents de santé de proximité étaient des campagnes de vaccination. En revanche, de nombreux parents estimaient que les prestataires de services étaient engagés dans des activités de sensibilisation. À propos de l'éducation concernant la SRAJ, un père a fait cette remarque : « *Moi, je pense que les prestataires essayent de nous aider dans ce sens. Ils organisent des campagnes de vaccinations et sensibilisent même les femmes sur les moyens d'éviter les grossesses précoces*. » Un père éducateur a noté : « *Il y a des agents de santé et les jeunes du MAJ [Mouvement d'Action des Jeunes, affilié à ASBEF] qui se déplacent dans les quartiers et dans les écoles pour offrir aux jeunes des journées de dépistage gratuit*. » Un autre père a parlé d'une émission de radio que les sages-femmes utilisent pour éduquer les communautés sur un éventail de questions de santé.

Alors que la plupart des participants à Kédougou semblaient d'accord pour dire que les efforts de sensibilisation des prestataires de services étaient efficaces, certains pairs éducateurs se sont plaints que les prestataires devaient redoubler d'effort pour transmettre les informations aux services de SRAJ. Un pair éducateur a noté que les adolescent(e)s/jeunes ignoraient grandement l'existence de services destinés spécifiquement aux adolescent€s/jeunes, et un autre a demandé une amélioration des interactions entre les prestataires de services de santé et leurs clients adolescent(e)s/jeunes.

> *Les gens qui sont dans ces structures, se mettent à dire que les jeunes ne s'informent pas et ne sont pas engagés alors que ce n'est pas le cas ! C'est l'engagement du personnel qui manque. Bien que les structures ne soient pas nombreuses leur présence ne se fait pas ressentir. Ils (les prestataires) ne répondent pas à toutes les questions de ces adolescent(e)s/jeunes.*

Il est clair qu'une grande partie de l'approche des prestataires pour transmettre des informations aux adolescent(e)s/jeunes à Kédougou impliquait une collaboration avec des partenaires locaux, souvent en

envoyant une sage-femme ou un prestataire à une activité organisée par un partenaire local pour sensibiliser les jeunes aux questions de SR. Un responsable de programme de SSR à Kédougou a noté : « *Nous travaillons avec les services sociaux, les groupements, beaucoup d'associations de femmes et le secteur privé. Des stratégies sont mises en place et elles sont en parfaite adéquation avec nos programmes en cours*. »

Un leader communautaire de la région a également noté la collaboration entre les prestataires et les groupes scolaires pour éduquer les adolescents et les jeunes sur les questions de SR : « *Ce sont les prestataires de santé en collaboration avec les clubs d'éducation à la vie familiale (EVF) au niveau des écoles avec l'Inspection d'Académie et la santé qui organisent ces activités*. » Les parents à Kédougou n'étaient pas d'accord sur la question de savoir si et dans quelle mesure les prestataires de services de leur communauté les sensibilisaient aux sujets des questions de SRAJ. Un père a déclaré : « *La communauté ne s'est jamais réunie pour aider les enfants à utiliser les SSR. Nous ne nous sommes jamais mobilisés pour cela*. » En revanche, lorsqu'il lui a demandé où elle avait entendu parler des services de SRAJ, elle a répondu : « *Moi je l'ai entendu parler pour la première fois dans causerie organisée dans notre quartier par des agents de santé communautaire*. »

Les participants de tous genres ont décrit les efforts considérables déployés par les prestataires de services à Kolda pour fournir aux adolescent(e)s et aux jeunes des informations sur les services et les conseils, notant qu'ils ont travaillé en étroite collaboration avec les Bajenu gox et les organisations communautaires pour mettre en œuvre un large éventail d'activités. Un pair éducateur à Kolda a fait remarquer ce qui suit : « *Dès fois, au niveau de l'ASBEF ou du CCA, les gens mobilisent du personnel qui va mener des sensibilisations sur des thèmes relatifs au sexe à l'endroit des populations*. » Une Bajenu gox a noté que :

> *Prenons le cas du district sanitaire qui, dès fois, nous convie à des causeries en vue de mieux répondre aux préoccupations des adolescents/jeunes. Les prestataires discutent des soins qui sont offerts et font des sensibilisations à l'égard des leaders et autres acteurs. Dès fois, les jeunes filles ont des troubles psychologiques vués les violences sexuelles qu'elles ont eu à subir dans le passé. Les prestataires, à leur niveau, renforcent les leaders et acteurs pour qu'ils orientent ces genres de personnes vers les structures sanitaires et CCA.*

Les parents à Kolda ont largement décrit un travail de proximité actif des prestataires de services auprès des membres des communautés ; comme l'a affirmé un père « *Il y'a des émissions, des causeries, en tout cas elles mènent plusieurs actions pour sensibiliser aussi bien les jeunes et les parents sur comment se protéger. Les structures de santé font cela, surtout le centre conseil ado et le centre de santé*. »
L'assistance faite par les structures de santé et les prestataires de services à Matam a été décrite comme étant très incohérente et semblait dépendre de sources de financement extérieures et des actions individuelles des responsables de programmes de SSR. C'est peut-être ce qui ressort le plus clairement des entretiens avec les responsables des programmes de SSR : l'un des responsables interrogés n'a pas pu identifier les stratégies spécifiques utilisées par les prestataires de services pour transmettre les informations aux jeunes ainsi que leur offrir des services. Un autre responsable a affirmé entreprendre un éventail d'activités d'assistance : mettre en œuvre des activités éducatives en matière de SR dans les écoles et assurer le suivi individuel des jeunes pour les orienter vers les services, former les enseignants à orienter les jeunes vers des « espaces ado », et utiliser la radio communautaire pour diffuser des

informations aux jeunes. Les mentions des autres participants aux activités d'assistance des prestataires de services à Matam ont été rares.

À Saint-Louis, de nombreux participants à l'évaluation qualitative ont déclaré que les prestataires de services de santé n'en faisaient pas assez pour éduquer les communautés sur les questions de SRAJ. Un responsable de programme de SSR, en réponse à une question sur ce qui se faisait déjà, a répondu, « *Il n'y a pas de canaux spécifiques destinés à donner aux adolescents des informations. En [tout] cas, c'est un défi pour nous d'identifier vraiment des relais et aides ado [adolescents] qui seront directement en relation avec eux pour leur donner des informations leur permettant de venir utiliser nos services*. » Une mère qui a participé à une DG a commenté que, « *Il n'y a pas de sage-femme qui vient ici pour discuter avec les jeunes à ce propos*, » tandis qu'un père a remarqué concernant l'éducation et la sensibilisation des prestataires auprès des adolescent(e)s et des jeunes que « *Il existe des structures qui accompagnent les femmes enceintes tout bonnement mais pour ce qui est de la sensibilisation des jeunes filles, je n'ai pas eu échos de cela*. » Les participants de Saint-Louis qui ont affirmé avoir été exposés aux informations sur la SRAJ, ont surtout attribué leur exposition aux campagnes des Bajenu gox ou d'organisations de la société civile.

Comme dans bon nombre de régions, les perceptions concernant l'étendue de l'assistance offerte par les prestataires de services dans les communautés à Sédhiou étaient partagées. Quelques pairs éducateurs ont dit qu'ils travaillaient bien et de manière cohérente avec les prestataires pour mieux atteindre les adolescent(e)s et les jeunes, en particulier dans le contexte du CCA, comme l'a noté l'un d'eux, « *Si par exemple l'activité est dédiée aux grossesses précoces, on va au poste de [un certain village] pour demander à ce que la sage-femme vienne ici [au CCA] par ce qu'il y a des jeunes qui ont honte d'aller dans les établissements de santé par peur d'y rencontrer leur maman*. » Certains leaders communautaires estimaient également qu'il y avait une bonne collaboration entre les communautés et lesprestataires de services de santé.

Le responsable d'une OSC de Sédhiou, dont le travail était étroitement lié à celui des prestataires de services de santé, a noté que les relations étaient interdépendantes, notamment entre les prestataires, les médecins et les techniciens : « *Ils sont très disponibles par ce qu'en réalité nous sommes des auxiliaires, la communication qu'ils devaient faire, une partie est réalisée par les communautaires parce qu'ils savent qu'ils ne peuvent pas aller sans nous et nous également sans eux*. » Les Bajenu gox et les responsables de programme de SSR ont été présentés comme étant plus actifs dans les communautés pour promouvoir la conscientisation et apporter des réponses aux questions liées à la SRAJ. Une mère lors d'une DG a noté que les Bajenu gox se concentraient particulièrement sur l'éducation des familles au sujet du mariage et des grossesses précoces : « *Les badiénes gox organisent des causeries avec les parents pour discuter et pouvoir donner des conseils aux enfants*. » Les responsables des programmes de SSR ont indiqué qu'ils se sont engagés dans un large éventail d'activités pour s'assurer que les adolescent(e)s et les jeunes étaient suffisamment informés des questions de SRH. L'un d'eux a relevé que : « *Au niveau des écoles, on fait des causeries, des sensibilisations sur les IST, les grossesses précoces juste pour se rapprocher de ces adolescents/jeunes. Avec ces relations qu'on tisse avec eux, cela les incite à fréquenter le district*. » D'autres membres de la communauté estimaient qu'il n'y avait pas beaucoup d'assistance ou de coordination avec les communautés de la part des prestataires en ce qui concerne la promotion de la conscientisation à l'égard des questions de SR ou de meilleurs résultats en SR pour les adolescent(e)s et les jeunes. Lorsqu'il lui a été demandé si les prestataires de soins de santé avaient déjà travaillé avec sa

communauté sur les questions de SRAJ, un dirigeant religieux (Imam) a déclaré : « *Les prestataires le font mais l'initiative vient souvent des ONG Ce sont elles qui organisent l'activité et elles appellent les prestataires de santé pour la dérouler, en contrepartie ils ont des perdiems*. »

1.4 Efforts déployés par les PPS pour s'assurer que les adolescents et les jeunes aient accès à des informations appropriées au niveau des établissements

Cette dernière section examine les efforts des PPS pour s'assurer que les adolescent(e)s et les jeunes ont accès à des informations appropriées afin d'améliorer leur compréhension des questions de SR. Le tableau 27 indique le nombre de PPS qui ont déclaré mettre en œuvre les éléments de la norme 1, selon le type et l'emplacement du PPS. Cette information a trait aux efforts déployés par les PPS pour s'assurer que les adolescent(e)s/jeunes ont accès à des informations appropriées. Au cours des entretiens d'audit des PPS avec les responsables, il a été posé aux répondants diverses questions sur la façon dont ils communiquaient avec les jeunes pour les informer des services disponibles. Bien que les efforts du PPS pour atteindre les jeunes dans leurs communautés soient importants parce que les adolescent(e)s/jeunes sont très susceptibles de ne pas être au courant des services de SRAJ sans ces activités, des indicateurs sur ces efforts sont présentés dans la norme 4, plus loin dans ce rapport.

D'après ces résultats, seulement la moitié environ (12 sur 23) des PPS de l'évaluation présentait un signe indiquant des services de santé spécifiques pour les adolescent(e)s et les jeunes. Bien que la norme consiste à inclure les heures d'ouverture et le lieu de service sur l'affiche, aucun PPS n'avait affiché ses heures d'ouverture ou son lieu de localisation sur une affiche.

C'est également une bonne pratique pour les PPS de développer et d'imprimer des copies de brochures, d'affiches et d'autres matériels d'IEC spécialement conçus pour les adolescent(e)s/jeunes, à lire dans les PPS ou à emporter à la maison. Seulement 15 sur un total de 23 PPS disposaient d'au moins deux types de matériels d'IEC dans les salles d'attente des PPS évalués.

D'après ces résultats, tous les PPS avaient au moins un prestataire qui a reçu une formation sur l'offre de conseils et des services de santé aux adolescent(e)s/jeunes. Cependant, le personnel ne travaille pas tous les jours de l'année. Il est donc important d'avoir plus d'un prestataire formé et disponible pour offrir des conseils et des services. Dans cette évaluation, 16 des 23 PPS évalués avaient au moins deux prestataires formés, prêts à offrir des services aux adolescent(e)s et aux jeunes.

Table 27 : Indicateurs relatifs à la norme I (Chaque adolescent (e) ou jeune, quelle que soit sa situation, a accès à des informations et à des conseils adaptés à son état de santé, à son développement et à ses droits)

Indicateur	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Nombre de cas (PPS)	**n=5**	**n=2**	**n=4**	**n=3**	**n=5**	**n=4**	**n=23**
Nombre de PPS qui ont un panneau qui indique les services spécifiques pour les adolescents/jeunes **(services uniquement ; Aucun PPS n'a posté d'heure)**	2	1	2	1	3	2	12
Nombre de PPS avec des matériels d'IEC à jour et spécifiquement développés pour les adolescents/jeunes disponibles dans la salle d'attente **(Au moins deux documents d'IEC aperçus)**	4	0	2	2	3	4	15
Nombre de PPS qui ont des prestataires **(au moins un)** ayant reçu une formation pour offrir des services de SSR et de counseling aux adolescents/jeunes	5	2	4	3	5	4	23
Nombre de PPS qui ont des prestataires **(au moins deux)** ayant reçu une formation pour offrir des services SSR et de counseling aux adolescents/jeunes	4	1	3	2	2	4	16

Norme 2 : Chaque point de prestation de services est organisé de manière à offrir à chaque adolescent(e) et jeune des services de santé reproductive de qualité adaptés à ses besoins.

La mesure dans laquelle les services de santé évalués dans les six régions répondaient à la deuxième norme du Plan stratégique SRAJ (2014-2018) a été explorée à travers l'analyse des types de services disponibles adaptés aux adolescent(e)s/jeunes, la mesure dans laquelle ces services sont capables de répondre aux normes clés de prestation de services, la mesure dans laquelle ils sont accessibles aux jeunes et la mesure dans laquelle ils sont capables de répondre aux besoins de différents adolescents et des jeunes, notamment ceux vulnérables qui sont généralement marginalisés.

2.1 Utilisation des services de SR

Déterminer dans quelle mesure les adolescent(e)s et les jeunes utilisaient les services de SR qui leur étaient offerts et les raisons pour lesquelles ils le faisaient a constitué un objectif partiel de cette évaluation. Avant d'examiner les efforts déployés par les établissements pour offrir des services de haute qualité, il est important d'avoir des informations sur l'utilisation des services par les adolescent(e)s/jeunes. Le tableau 28 présente le pourcentage d'adolescent(e)s/jeunes qui ont eu recours aux services de SRAJ au cours des douze derniers mois, parmi les adolescent(e)s/jeunes qui ont déjà entendu parler de ces services. Cette information est présentée dans son ensemble et par groupe d'âge, sexe et activité sexuelle (qu'ils aient déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels ou non). Peu d'adolescent(e)s/jeunes ont eu recours aux services de SRAJ au cours des 12 derniers mois ; seulement 11,5% des adolescent(e)s/jeunes (soit 48 jeunes) qui ont déjà entendu parler des services de SRAJ les ont effectivement utilisés au cours de l'année passée.[g]

Ce nombre varie d'un minimum de 1,5 % à Saint-Louis à 18,4 % à Kolda. Alors que l'utilisation récente de la SRAJ chez les adolescent(e)s/jeunes de 10 à 14 ans n'a été signalée que par un seul jeune à Kolda, l'utilisation au cours des 12 derniers mois chez les jeunes de 15 ans et plus était d'environ 12%. De même, il y avait peu de différences entre les adolescent(e)s/jeunes hommes et les adolescent(e)s/jeunes femmes (les hommes étaient légèrement plus susceptibles d'avoir reçu des services de SRAJ au cours des 12 derniers mois (13,5% pour les hommes contre 9,8% pour les femmes) et ceux qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels (15,5%) contre 7,9% pour ceux qui n'en ont jamais eu. Dans l'ensemble, l'utilisation de la SRAJ dans les PPS était relativement faible dans les six régions.

Des 12 derniers mois (13,5% pour les hommes contre 9,8% pour les femmes) et ceux qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels (15,5%) contre 7,9% pour ceux qui n'en ont jamais eu. Dans l'ensemble, l'utilisation de la SRAJ dans les PPS était relativement faible dans les six régions.

[g] En examinant la population totale échantillonnée (n = 2 400, qui inclut les personnes n'ayant jamais eu de rapport sexuel), cela représente environ 2% de la population totale de jeunes de ces six régions ayant utilisé des services au cours des 12 derniers mois (données non présentées).

Tableau 28 : Adolescent(e)s/Jeunes de 10 à 14 ans ayant déjà eu recours aux services de SRAJ

Variable	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Pourcentage d'adolescents/jeunes (qui ont déjà entendu parler des services de SRAJ) ayant utilisé les services SAJ dans les PPS au cours des 12 derniers mois, par tranches d'âges et par sexe							
Total	14.1%	10.6%	18.4%	7.1%	1.5%	10.1%	11.5%
Nombre de cas	85	66	103	28	65	69	416
10-14 ans	0.0%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	2.9%
Nombre de cas	12	5	13	0	3	1	34
15-19 ans	25.8%	7.4%	17.1%	9.1%	3.8%	3.6%	12.0%
Nombre de cas	31	27	35	11	26	28	158
20-24 asn	9.5%	14.7%	21.8%	5.9%	0.0%	15.0%	12.5%
Nombre de cas	42	34	55	17	36	40	224
Hommes	13.6%	17.1%	19.2%	11.1%	0.0%	10.7%	13.5%
Nombre de cas	44	35	52	9	24	28	192
Femmes	14.6%	3.2%	17.6%	5.3%	2.4%	9.8%	9.8%
Nombre de cas	41	31	51	19	41	41	224
N'ayant jamais eu de rapport	14.3%	0.0%	9.3%	13.3%	2.2%	4.0%	7.9%
Nombre de cas	63	25	43	15	45	25	216
Ayant déjà eu des rapports sexuels	13.6%	17.1%	25.0%	0.0%	0.0%	13.6%	15.5%
Nombre de cas	22	41	60	13	20	44	200

Les résultats des recherches qualitatives ont mis en évidence les principales raisons de recourir aux services de SR, qui varient d'une région à l'autre et d'un répondant à l'autre. En réponse à la question de savoir quels sont les services que les adolescent(e)s et les jeunes recherchent le plus souvent à Koalack, Un responsable de programme de SSR a répondu : *« C'est la prise en charge de leurs besoins, tels que les IST, la sensibilisation, les préservatifs que certains prennent en cachette et en plus de ça il y a la disponibilité des méthodes contraceptives. »* L'autre responsable a déclaré que les jeunes femmes venaient généralement dans les centres de santé pour des visites prénatales ou des visites de PF. Elle a fait remarquer que les jeunes hommes venaient généralement chercher les informations :

> *Ce sont des informations qu'ils viennent chercher au niveau des structures, ou des préservatifs, ils viennent aussi s'il y a suspicion d'IST, là aussi ils cherchent à être informés par rapport à ces affections, vous savez avec l'avènement du sida ils viennent donc demander des préservatifs pour prévenir ces infections sexuellement transmissibles.*

Un responsable de programme de SSR de Kaolack a également noté des différences dans les types de services les plus souvent demandés en fonction des circonstances que traverse l'adolescent(e) ou le jeune.

« Le jeune garçon qui veut se procurer des préservatifs par exemple préfère aller à la pharmacie plutôt que d'aller au niveau du centre de santé. Les jeunes filles aussi non mariées consultent discrètement les sages-femmes aux heures de descente pour les méthodes de planning. »

À Kédougou, un responsable de programme de SSR a affirmé que les jeunes de Kédougou étaient plus susceptibles de s'adresser au CCA pour obtenir des services plutôt qu'aux CS, même pour des services autres que le counselling comme le dépistage et le traitement des IST et la PF :

« Les adolescents/jeunes viennent aussi pour des conseils et dépistages sur les IST et le VIH/SIDA, le traitement d'IST et les conseils. D'habitude, ils [les prestataires] reçoivent les jeunes au niveau du centre conseil pour adolescents. La fréquentation au niveau du centre de santé concerne juste les consultations pour les pathologies. »

Interrogé sur les services que les adolescents et les jeunes recherchent le plus souvent dans les centres de santé, le responsable du programme de SSR a répondu que ces services étaient généralement liés aux grossesses :

« Nous avons de jeunes mères, des jeunes filles enceintes qui viennent faire leurs consultations prénatales au même titre que les autres femmes adultes. Nous avons de jeunes filles pour les avortements spontanés. »

Lorsqu'il leur a demandé quels services de SRAJ étaient les plus utilisés par les adolescent(e)s et les jeunes à Kolda, les participants ont le plus souvent mentionné l'obtention de la PF et le traitement des IST/VIH, bien que la responsable ait ajouté quelques problèmes qui étaient également communes à sa liste :

> *« Je pense que c'est la planification familiale et les conseils qui constituent leurs principales causes de fréquentation. Le dépistage, ils le font mais rarement. Ils viennent aussi pour des conseils sur les IST/VIH/SIDA. […] Je trouve que la prévention contre les grossesses non- désirées, la prise en charge des violences basées sur le genre, les soins de grossesses et post- avortements font partie des causes de fréquentations. »*

Les problèmes identifiés par un responsable de programme de SSR allaient en droite ligne avec ceux relevés par d'autres responsables interrogés à Kolda, qui ont noté : « *Parmi les causes de fréquentation des adolescents/jeunes figurent les viols, les cas d'infections sexuellement transmissibles, les grossesses non désirées et précoces ainsi que la contraception. Ceux ou celles qui sont entrés en mariage de manière précoces nous rendent visite aussi pour des conseils*. »

Les participants à Matam ont souvent affirmé que les adolescents et les jeunes n'utilisaient pas d'habitude les services de SR, même lorsqu'ils étaient malades, et que c'était également le cas des parents qui amenaient leurs enfants adolescents dans les établissements de santé. Une mère a noté :

« *C'est le parent en question qui amène son fils ou sa fille dans les services si le besoin se fait sentir. Ici*

franchement nous ne voyons pas cela. » De même, un père a déclaré que cela n'avait tout simplement pas été fait, « *Nous habitants de [nom d'une zone agraire], nous ne le faisons pas. Nous n'amenons pas nos enfants à l'hôpital pour vérifier quoi que ce soit*. »

Parmi les adolescent(e)s et les jeunes qui ont eu recours aux services de SR, un responsable de programme de SSR a dit qu'ils venaient le plus souvent pour les IST, pour recevoir la PF et pour des consultations prénatales. L'autre responsable à Matam a déclaré que les informations constituaient l'une des principales raisons pour lesquelles les adolescent(e)s et les jeunes franchissaient la porte ; cela a été repris par un Bajenu gox, qui a noté concernant les adolescent(e)s/jeunes allant dans les centres de santé de Matam, « *Ils s'y rendent pour s'enquérir de leur santé sexuelle et reproductive*. » Interrogé sur les principales raisons pour lesquelles les adolescent(e)s et les jeunes recherchent des services de SR à Saint-Louis, le responsable du programme de SSR a répondu « *Ils viennent pour la prise en charge des règles douloureuses, pour une consultation gratuite, pour aussi une prise en charge des grossesses précoces*. » Une autre responsable interrogée a dit qu'elle voyait souvent des adolescent(e)s/jeunes venir pour des IST, des douleurs et des problèmes liés aux menstruations. Dans cette région, comme à Matam, un certain nombre de participants ont parlé d'une forte aversion à l'égard de la recherche des soins médicaux.

Une mère a noté, « *Ici, il n'y a que le dispensaire. Et ce sont les adultes comme nous qui y allons. Même les jeunes filles qui ont parfois des problèmes de règles douloureuses n'y vont pas*. » De même, un leader communautaire a observé les jeunes et les adolescent(e)s, « *Ils ne vont à l'hôpital qu'en cas de force majeure*, » tandis qu'un autre leader communautaire a affirmé qu'il était courant pour les adultes et les jeunes d'éviter de rechercher un traitement médical.

A Sédhiou, un responsable de programme de SSR a déclaré que la principale raison pour laquelle les adolescent(e)s et les jeunes demandaient des services de santé reproductive était pour des douleurs abdominales associées aux menstruations et à la PF. Un autre responsable de la SSR interrogé dans cette région a donné une liste plus large de raisons : « *En général, ils viennent pour des conseils, pour des informations de la planification familiale et parfois aussi pour des conseils sur les IST ; mais aussi pour les visites prénatales et postnatales*. »

2.2 Qualité des conseils et de l'orientation que les adolescent(e)s et les jeunes déclarent recevoir dans les PPS mettant en oeuvre les SSAJ

Les adolescent(e)s et les jeunes ont été interrogés sur la qualité de l'information et de l'orientation reçues par les PPS mettant en œuvre les SSAJ. Les répondants des six régions avaient tendance à se concentrer sur la façon dont les prestataires traitaient leurs clients et l'environnement dans lequel les services étaient fournis. Certains participants à l'évaluation qualitative à Kédougou, Kolda et Sédhiou avaient le sentiment que les soins et les conseils donnés aux adolescent(e)s et aux jeunes étaient de grande qualité. Un leader communautaire a affirmé à propos des prestataires de soins de santé à Kolda : « *Bon s'il s'agit de notre personnel sanitaire, franchement ils font très bien leur travail. Je ne sais pas ce qui se passe dans les districts mais ici, si tu as un problème de santé on te prend en charge, on discute avec toi*. » Une mère à Kedougou, lorsqu'il lui a été demandé s'il était facile pour les jeunes d'accéder aux services, a répondu « *C'est facile parce qu'il y a des gens qui sont là-bas uniquement pour eux et trouveront des réponses*

claires à leurs questions. » À Sédhiou, lorsqu'il lui a été demandé si les PPS répondent aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes, un pair éducateur a répondu par l'affirmative, « *parce qu'il y a la présence des sages-femmes, médecins et le personnel de santé qui maitrisent bien les besoins des jeunes sur la SRAJ. Ils sont disponibles et accueillants*. »

D'autre part, de nombreux participants se sont plaints de la façon dont les prestataires traitaient leurs clients, même s'ils parlaient parfois des clients en termes généraux plutôt que de se concentrer spécifiquement sur les adolescent(e)s et les jeunes. Une Bajenu gox à Kaolack a noté :

> « *Dès fois vous voyez des femmes enceintes venant de loin qui attendent longtemps pour se faire consulter. Dès fois elles sont mêmes renvoyées par les prestataires qui leur disent « Nous sommes fatigués, allez jusqu'à demain »*.
> Un pair éducateur à Kédougou s'est également plaint que les prestataires semblaient trop occupés pour parler à leurs clients : « *Ces structures, c'est vrai qu'ils sont là mais des fois on ne sent pas leur présence. Parfois, il y a des adolescent(e)s/jeunes très engagés qui veulent avoir des informations. Ils font leur demande pour avoir des réponses à leurs questions mais finalement ils leur disent non, on n'a pas le temps*. »

Une Bajenu gox à Kolda a fait une plainte similaire à Saint-Louis, observant que, « *Il y a des améliorations à faire pour que le jeune y trouve une écoute attentive. Mais avec l'insuffisance du personnel, des structures et du matériel qui s'y trouvent, est-ce qu'ils ont le temps d'écouter la personne*. »

2.3 Organisation des SSAJ au niveau des PPS

La section suivante examine les efforts déployés par les PPS pour s'assurer qu'elles sont organisées de manière à offrir des services de SRAJ de meilleure qualité. Au cours d'un entretien d'audit du PPS avec les responsables, plusieurs questions ont été posées aux répondants sur l'organisation des services, la disponibilité de prestataires formés, les caractéristiques physiques et les produits de base de la PPS, le stockage et la gestion des produits de PF et d'autres questions concernant la disposition à fournir des services. Le tableau 29 montre le nombre de PPS qui ont déclaré mettre en œuvre les éléments de la norme 2 par région au moment de l'enquête, et le tableau 30 comprend les commentaires des adolescent(e)s et des jeunes clients lors des entretiens de départ sur plusieurs de ces mêmes indicateurs.

Le tableau 29 indique le nombre de PPS qui ont déclaré mettre en œuvre les éléments de la Norme 2, selon le lieu de localisation du PPS (région). D'après ces résultats, seuls 14 des 23 PPS disposaient d'une infrastructure de base, à savoir l'eau courante, l'électricité, des installations sanitaires et un conteneur pour objets tranchants. En outre, seuls 14 PPS ont déclaré disposer du matériel de stérilisation et des fournitures nécessaires pour offrir un certain nombre de services de santé, y compris des services de contraception. La plupart des PPS (19) ont déclaré avoir un système de référence fonctionnel avec d'autres PPS offrant des services de SRAJ et d'autres services sociaux. Au total, 14 PPS ont indiqué que ce système avait été élaboré en collaboration avec les membres des communautés concernés.

Les PPS qui mettent en œuvre les services de SRAJ devraient toujours avoir des normes et protocoles pertinents disponibles sur place à titre de référence ; seuls 10 des 23 PPS disposaient d'un tel document sur place. Les trois indicateurs suivants présentés au tableau 29 mesurent certaines des composantes fondamentales des services adaptés aux adolescent(e)s/jeunes. Presque tous les PPS (22) ont indiqué que les heures d'ouverture et de fermeture du PPS sont pratiques pour les adolescent(e)s et les jeunes clients. Cependant, seulement sept (7) PPS disposaient d'un espace équipé pour les adolescent(e)s et les jeunes, et neuf (9) PPS disposent d'une salle de counseling remarquable, propre et accueillante, qui respecte les normes de vie privée et de confidentialité dans le cadre des soins administrés aux adolescent(e)s et aux jeunes. Il convient de noter qu'aucun des PPS de Kaolack ou de Matam ne satisfaisait à cette norme.

Plusieurs des indicateurs énumérés au tableau 29 présentent des données sur les principaux services de SRAJ. Peu de PPS ont intégré d'autres services de santé maternelle et néonatale, tels que les soins prénataux, l'accouchement, les soins post-partum et les soins néonatals. Alors que 12 PPS (y compris les CCA, une IME et les installations des CS et de l'ASBEF) offraient des soins prénataux au moins deux jours par semaine, seulement quatre des 23 PPS offrant des services de SRAJ (Tous les quatre centres de santé (CS) publics) partageaient les mêmes locaux que les trois services maternels (soins prénatals, accouchement, soins post-partum). Cela signifie que les adolescentes enceintes et les jeunes peuvent trouver à la fois des services de SRAJ et des services de maternité complets (y compris des services d'accouchement) uniquement dans les centres de santé parmi tous les PPS évalués dans cette étude. Cependant, presque tous les PPS (21) ont déclaré offrir des conseils concernant les services de SR ; 19 PPS ont déclaré offrir des services de prévention, de diagnostic et de traitement des IST, et 18 PPS ont déclaré offrir des conseils sur la contraception et exercer dans la prestation des services destinés aux adolescent(e)s et les jeunes

La prochaine série d'indicateurs porte sur l'état de préparation des PPS à offrir des services contraceptifs de haute qualité aux jeunes. Le tableau 29 montre que seulement 6 des 23 PPS (environ un quart) ont déclaré offrir un éventail complet de méthodes contraceptives, y compris la contraception d'urgence et les méthodes contraceptives à longue durée d'action. Aucun (0) des PPS de Kedougou, Kolda ou Matam n'a déclaré disposer d'un éventail complet de méthodes comme décrit ci-dessus. De plus, moins de la moitié (10 PPS) ont déclaré avoir au moins un prestataire formé qui pouvait fournir toutes les méthodes, y compris les injectables et les insertions et enlèvements d'implants ou de DIU. Neuf (9) des 23 PPS ont connu une rupture de stock de méthodes contraceptives au cours des trois derniers mois – toutes les méthodes habituellement proposées - ce qui peut décourager les adolescent(e)s et les jeunes à commencer ou à continuer à utiliser la PF.

Tableau 29 : Indicateurs liés à Ima norme deux (Chaque point de prestation de services est organisé pour offrir à chaque adolescent(e) et à chaque jeune des services de qualité adaptés à ses besoins)

Indicateur	REGION (Non pondérée)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Nombre de cas (PPS)	n=5	n=2	n=4	n=3	n=5	n=4	n=23
Nombre de PPS disposant de commodités de base (eau, électricité, toilettes, container d'élimination impénétrable pour objets tranchants)	5	1	2	1	3	2	14
Nombre de PPS dotés d'équipements et de matériel de stérilisation appropriés	4	0	4	0	4	2	14
Nombre de PPS disposant d'un système de référence fonctionnel avec d'autres établissements offrant des services SSR et d'autres services sociaux	4	2	4	2	4	3	19
Number of PPS whose referral system was developed in collaboration with the community	4	0	4	1	2	3	14
Nombre de PPS disposant d'un document de politiques, normes et protocoles sur la prise en charge de SRAJ	2	0	3	1	1	3	10
Nombre de PPS qui s'assurent que les horaires d'ouverture conviennent aux clients adolescents/jeunes	5	2	4	3	4	4	22
Nombre de PPS ayant un espace adolescents/ jeunes équipé	2	0	1	1	2	1	7
Nombre de PPS disposant d'installations dotées d'une salle de counseling accueillante et propre, respectant les normes d'intimité et de confidentialité pour la prise en charge des adolescents/jeunes	0	1	2	0	3	3	9
Nombre de PPS offrant des conseils sur les problèmes de santé sexuelle et génésique pour les adolescents/jeunes	4	2	4	3	4	4	21
Nombre de PPS diagnostiquant, traitant et offrant des conseils sur la prévention des IST pour les adolescents/jeunes	5	1	3	3	5	2	19

Nombre de PPS offrant des conseils et des méthodes contraceptives pour les adolescents/jeunes (toutes méthodes)	4	1	4	3	4	2	18
Nombre de PPS offrant une gamme complète de méthodes contraceptives, y compris la contraception d'urgence et les méthodes à longue durée d'action et réversibles (MLDA), pour les adolescents/jeunes	2	0	0	0	2	2	6
Nombre de PPS avec au moins un prestataire formé qui peut fournir tous les des méthodes (injectables, d'insertion et de retrait de DIU, d'implants, etc.)	3	0	0	1	4	2	10
Nombre de PPS ayant connu une rupture de stocks de produits PF au cours des trois derniers mois (Tout méthode généralement offerte)	2	1	4	1	1	0	9

Le tableau 30 ci-dessous présente les données des entretiens de départ avec 180 adolescent(e)s et jeunes dans les structures évaluées. Bien que les échantillons soient peu nombreux par région, dans l'ensemble, les adolescent(e)s/jeunes étaient satisfaits des différents aspects des services. Entre 83,3 % et 100,0 % des adolescent(e)s/jeunes des six régions ont convenu que l'environnement des PPS était convivial et accueillant. Ils ont également été unanimes sur le fait que les PPS étaient propres et le coût des services reçus était abordable (à l'exception des clients interrogés à Kaolack sur les deuxième et troisième indicateurs). La majorité des clients (mais certainement pas tous) ont convenu que les PPS avaient des heures d'ouverture convenables et que le temps d'attente était raisonnable. Peu de clients (8,3 % dans l'ensemble) étaient d'accord pour dire que le PPS où ils ont été interrogés prenait des rendez-vous pour les jeunes clients, une stratégie visant à réduire les temps d'attente et à s'assurer que le fournisseur est disponible au moment où un client se présente pour obtenir des services à l'établissement. En définitive, la totalité (100%) des 47 clients de la planification familiale étaient d'accord pour dire que l'établissement avait l'équipement, les fournitures et les produits nécessaires pour leur fournir des services de PF le jour de l'entretien.

Table 30 : Perceptions de l'accès des services SAJ par les adolescent(e)s/jeunes (Entretien de sortie)

Composante qualité	REGION (Non pondérée)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui déclarent que l'environnement du PPS est accueillant	93.3%	100.0%	100.0%	86.7%	83.3%	100.0%	93.9%
Nombre de cas	30	30	30	30	30	30	180
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui déclarent que l'environnement du PPS est salubre	0.0%	100.0%	100.0%	93.3%	93.3%	100.0%	81.1%
Nombre de cas	30	30	30	30	30	30	180
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui considèrent que les coûts des services SRAJ dans les espaces conviviaux sont abordables	73.3%	100.0%	100.0%	60.0%	90.0%	93.3%	86.0%
Nombre de cas	30	30	30	30	30	30	180
Pourcentage de jeunes qui déclarent que le PPS a des heures/jours de fonctionnement correctes	70.0%	93.3%	96.7%	83.3%	63.3%	76.7%	80.6%
Nombre de cas	30	30	30	30	30	30	180
Pourcentage de jeunes qui déclarent que le temp d'attentes est raisonnable	56.7%	93.3%	76.7%	70.0%	60.0%	66.7%	70.6%
Nombre de cas	30	30	30	30	30	30	180
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui considèrent que l'emplacement des espaces conviviaux SRAJ dans les PPS est accessible	40.0%	76.7%	63.3%	53.3%	76.7%	56.7%	61.1%
Nombre de cas	30	30	30	30	30	30	180
Pourcentage de jeunes qui déclarent que le PPS a une procédure établie pour les rendez-vous	30.0%	6.7%	0.0%	0.0%	13.3%	0.0%	8.3%
Nombre de cas	30	30	30	30	30	30	180
Pourcentage d'adolescents/jeunes qui sont clientes de PF et qui ont eu recours aux services conviviaux et déclarent que le PPS dispose des équipements adéquats, des médicaments, du matériel et de la technologie requise pour leur offrir **les services PF**	100.0%	--	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Nombre de cas (clients PF)	10	0	5	2	11	19	47

2.4 Mesure dans laquelle les services étaient organisés pour garantir :

2.4.1 Le respect de la vie privée

Dans les six régions, les participants à l'évaluation qualitative ont noté que le manque d'intimité dans les PPS était l'un des obstacles les plus sérieux - sinon le plus sérieux - pour les adolescent(e)s et les jeunes recherchant des services de SR au sein d'un PPS. Comme l'a affirmé un responsable de programme de SSR à Saint-Louis en réponse à une question sur les facteurs qui limitent l'utilisation des services de SR par les adolescent(e)s et les jeunes :

« *Le principal facteur c'est peut-être au niveau poste, mettre en ensemble les adultes et les jeunes*. » De même, un pair éducateur à Kaolack a affirmé :

« *Le principal problème des jeunes est le fait d'aller à l'hôpital pour les besoins SSR et de trouver des adultes susceptibles de nous reconnaitre, ça c'est une cause de non-fréquentation des jeunes au sein des structures de santé*. »

Dans chacune des régions, les participants ont relevé que le fait d'être reconnus par quelqu'un qu'ils connaissent et de tirer des conclusions sur les raisons pour lesquelles ils visitent le centre de santé constituait une crainte importante pour les adolescent(e)s et les jeunes, susceptible de les décourager de demander des services de santé. Comme l'a dit un dirigeant communautaire à Kolda, « *Les jeunes ont souvent honte d'aller à l'hôpital pour ne pas rencontrer quelqu'un qu'ils connaissent là-bas*. » Cette observation a été reprise dans de nombreuses régions. Comme l'a fait remarquer un responsable de programme de SSR à Sédhiou, « *Il y a des adolescents/jeunes qui sont obligés de venir le matin avec l'affluence notée souvent dans la matinale, ils peuvent trouver ici leurs parents. Comme vous le savez, ici l'esprit des gens est basé sur des commérages*. » Un responsable à Kaolack a noté que, « *L'accès peut être freiné, des fois un adolescent peut rencontrer quelqu'un qu'il connait, donc il va retourner attendre un autre jour, c'est sûr*. » D'autres ont affirmé qu'au lieu de revenir un autre jour, les adolescent(e)s et les jeunes se tenaient tout simplement à l'écart ; comme l'a laissé entendre un responsable à Kédougou :

> *Nous ne sommes pas à Dakar ou dans les autres grandes villes, parce que la région de Kédougou n'est pas aussi vaste et facilement, elles peuvent tomber sur quelqu'un qui connait leurs parents. Et demain, ces gens peuvent relater aux parents des adolescents/jeunes la visite de leurs enfants, ce qui peut susciter des doutes. Les jeunes fuient le centre de santé à cause de la cohabitation avec leurs parents et l'absence, dès fois, de confidentialité et de la discrétion des patients.*

Une question récurrente soulevée par les participants dans la plupart des régions portait sur le fait que les salles d'attente étaient particulièrement problématiques, car elles étaient structurées de manière à obliger les adolescent(e)s/jeunes à attendre des services aux côtés des clients adultes susceptibles de les reconnaître et de répandre des rumeurs à leur sujet. Un responsable de programme de SSR a observé que :

> *La manière dont sont structurés nos locaux pose problème par ce qu'on ne doit pas mettre une jeune fille dans le même rang que ses ainés ou ses mamans par ce qu'il n'y a qu'une seule salle d'attente. De ce fait toute personne qui vient en consultation se met dans la salle d'attente d'où le mal à l'aise des jeunes filles et c'est ce qui les empêche de venir.*

Un responsable de programme de SSR à Saint-Louis a observé que, « *C'est le même fil d'attente pour tout le monde ; donc l'adolescent peut se sentir mal à l'aise […] Il y a la confidentialité mais au niveau de la salle d'attente, on ne peut pas garantir cette confidentialité.* »
Une Bajenu gox à Saint-Louis a noté que le risque de voir des personnes tirer des conclusions sur les raisons pour lesquelles les adolescent(e)s et les jeunes demandent des services de santé est particulièrement élevé si les adolescent(e)s/jeunes sont aperçus dans une salle d'attente destinée à une sous-spécialité particulière, ce qui décourage davantage les jeunes de demander des services dans les PPS : « *Si vous voyez une fille qui a des problèmes sexuels qui arrive et qui trouve devant elle une femme qui est en état de grossesse avancé et qu'elle s'assoie à ses côtés, avec le regard de la société, les gens vont se demander ce qu'elle fait à cet endroit surtout si c'est au niveau de la maternité qu'on l'a orientée.* » Ses remarques ont été reprises par un responsable à Kolda, qui a affirmé que :

> *Parmi les causes de non-fréquentation, prenons l'exemple de la salle PF. Les adolescentes/jeunes peuvent venir pour des besoins de PF. Une fois dans la salle, elles peuvent trouver leurs mamans, tantes et autres parents. De ce fait, cette cohabitation entre ces différentes personnes crée des barrières qui poussent les jeunes à ne plus fréquenter la structure. On peut dire en quelque sorte que c'est de la stigmatisation qui fait que les adolescentes/jeunes hésitent dès fois à se rendre au district sanitaire.*

Certains prestataires ont fait part, aux personnes en charge de l'entretien, des solutions créatives qui avaient été essayées pour tenter d'aborder la question de la protection de la vie privée des adolescent(e)s et des jeunes dans les PPS. Une responsable de programme de SSR à Sédhiou a fait remarquer qu'étant donné qu'il n'y a pas « d'espace ado » dans son district, le centre a trouvé une autre solution pour essayer de préserver la vie privée :

> *Nous sommes obligés de faire des consultations générales. Donc nous regroupons tout le monde ensemble pour ne pas permettre les unes et les autres de savoir quels services les patients sollicitent. Donc ce sont des consultations d'ensemble : planification, consultations générales, consultations postnatales. Malheureusement, si on avait un centre adolescent jeune spécifique, on pourrait discuter avec les jeunes, leur apporter des conseils, les aider dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive.*

Un responsable à Kaolack a fait remarquer que les adolescent(e)s/jeunes entrent dans les centres de santé par la porte arrière pour éviter d'être vus :

« *Vous avez pu constater qu'il y a une porte à l'intérieur de l'hôpital et une autre par derrière, c'est par là que les jeunes entrent. Il y a ce qu'on appelle l'auto-stigmatisation, l'ado peut se dire qu'il se sent observé même si ce n'est pas le cas, donc on a tout fait pour respecter les normes*. » À Kaolack, un responsable a fait remarquer que l'un des PPS utilisait une combinaison d'appels téléphoniques et de portes arrières pour s'assurer qu'un jeune client puisse recevoir des services sans sacrifier sa vie privée : « *Nous avons des téléphones et quand un adolescent vient j'appelle la sage-femme pour lui dire de venir, qu'il y a quelqu'un au bureau. Elle vient faire sa prestation et la fille sort de l'autre côté*. »

En plus d'être reconnus par d'autres clients, les participants à l'évaluation qualitative dans la plupart des régions ont également noté que, le fait que les prestataires de services et les autres membres du personnel travaillant dans les PPS proviennent de la même communauté pourrait également décourager les adolescents et les jeunes de chercher des services, de peur que le personnel ne les reconnaisse et ne le dise à leurs familles. Un responsable de programme de SSR à Kolda a relevé que,

« *Certains adolescents/jeunes ne fréquentent pas le district sanitaire du fait de la présence de certains membres de leur communauté qui y travaillent à l'image des matrones. Ils ont peur que ces dernières divulguent l'information auprès de leurs parents, des populations*. » De même, a noté un responsable de Sédhiou, « *Le personnel ce n'est pas aussi facile. Le personnel communautaire qui travaille dans la structure est souvent de la communauté. Et parfois les adolescent(e)s jeunes ont peur de rencontrer une personne de la communauté qu'ils connaissent bien travaillant ainsi dans la structure*. » Un père à Saint-Louis a déclaré que la probabilité pour les prestataires de connaître personnellement leurs clients est particulièrement élevé en milieu rural :

« *Il faut souligner qu'ici c'est différent de la ville, nous sommes en milieu rural. Si un médecin reçoit chez nous un jeune adolescent, il connaîtra sûrement il est le fils de qui. Il saura aussi si l'enfant est marié ou pas*. »

2.4.2 Confidentialité

La question de savoir si les prestataires de services reconnaîtraient les clients adolescents qui demandent des services de santé était étroitement liée à celle de la confidentialité des interactions entre les clients adolescents et les prestataires. Les responsables de programme de SSR qui ont participé à l'évaluation qualitative ont souligné dans plusieurs régions qu'ils suivaient les procédures appropriées pour protéger la confidentialité des clients. Par exemple, un responsable à Matam a fait la remarque suivante : « *Il y a des bureaux et fenêtres, et les portes sont fermées, on prend patient après patient. Donc, en ce qui concerne la confidentialité, je pense qu'il y en a, maintenant, c'est la peur des jugements qu'elles fuient c'est pour cela qu'elles ne viennent pas fréquenter la structure*. » À Kédougou, un responsable a insisté sur le fait que la confidentialité ne faisait pas partie des facteurs qui dissuadaient les adolescent(e)s et les jeunes de solliciter des services. Ce dernier a affirmé que :

> *La non-fréquentation de la structure sanitaire n'est pas liée à la discrimination encore moins de mauvaises attitudes des prestataires parce qu'une fois dans la salle de consultation, leurs secrets seront gardés confidentiels. Mais, c'est avant d'accéder à la salle de consultation c'est-à-dire que ce soit dans l'enceinte du centre de santé ou dans la salle d'attente qu'ils vont être exposés à des connaissances.*

Un responsable de programme à Sédhiou a déclaré que la confidentialité des clients était constamment respectée :

> *Je ne vois vraiment pas de problèmes de confidentialité par ce que les consultations se font dans les règles de l'art. Vraiment, parce qu'on respecte les règles de confidentialité et le respect de l'intimité de la personne. Parce qu'une fois entrés dans la salle, la porte est fermée à clé et tout ce que l'adolescente dira va rester dans la salle. La confidentialité est bien respectée dès le début, juste qu'il faut améliorer les locaux pour que les adolescents puissent y accéder.*

Sa confiance en la préservation de la confidentialité a été réitérée par un autre responsable de programme de SSR de la région, qui a noté que, « *Tous les prestataires de services sont formés en ce sens. Ici nous avons interdit les consultations par tri. Tout le monde achète le même ticket et fait le même rang. […] On ne saura pas qui est venu pour tel ou tel service. Nous n'avons pas de problème de confidentialité*. »

La crainte que les prestataires ne divulguent des informations sur la question de savoir si les adolescents ont visité un PPS - ou plus grave encore, ce qui a été discuté pendant la consultation - pourrait décourager les jeunes de recourir aux services des PPS. Contrairement aux assurances des responsables de programme de SSR susmentionnés, certains participants à Sédhiou estiment que la confidentialité des clients n'est pas respectée. Un pair éducateur de Sédhiou a affirmé que les infirmières avaient tendance à faire des commérages :
« *Il y a aussi des infirmiers qu'il faut indexer, par ce que dès qu'ils te voient, ils vont raconter dans tout le quartier que j'ai vu une telle personne à l'hôpital elle est enceinte c'est pour cette raison que les gens sont réticents à aller à l'hôpital*. »

Parmi les jeunes femmes qui ont participé aux entretiens semi-structurées, certaines ont dit qu'elles avaient confiance que le prestataire de services qu'elles ont rencontré garderait cela entre eux, alors que d'autres ne l'ont pas fait ; une jeune femme à Matam, lorsqu'on lui a demandé si elle croyait que son prestataire respecterait la confidentialité, a répondu :
« *Non ; elle est trop bavarde*. » Certains participants à l'évaluation qualitative ont même partagé des histoires personnelles sur le non-respect de la confidentialité de leurs visites. À ce sujet, un pair éducateur à Matam raconte :

> *Un jour, une sage-femme a dit à ma mère « vous pensez que vos filles sont des innocentes,*
> *alors qu'elles ont été divergées depuis longtemps » mais comme je suis paire éducatrice et je suis toujours en contact avec les sages-femmes, ma mère s'est inquiétée et elle pensait que j'étais comme ça, elle est venue me gronder.*
> *Donc, cette sage-femme n'avait pas le droit de dire cela, même si la fille n'était pas vierge, elle n'a pas respecté la confidentialité.*

2.4.3 Consentement parental (le cas échéant)

Dans l'évaluation qualitative, l'information sur la question de savoir si les prestataires ont demandé le consentement parental avant de conseiller ou de traiter les problèmes des adolescent(e)s ou des jeunes provenait principalement des responsables de programmes de SSR interrogés. Dans les six régions, les responsables de programme de SSR ont été assez cohérents lorsqu'il leur a été posé des questions à ce sujet : pour la plupart, ils ne l'ont pas fait. Un responsable à Matam a répondu,

> « *Non, nous ne l'exigeons pas, quand nous recevons un jeune on lui demande l'objet de sa visite et le consulte sans l'aval du parent. A moins que la personne veuille impliquer un parent, mais nous n'exigeons pas cela* » Un responsable à Sédhiou a répondu de la même manière : « *Non les prestataires n'exigent pas le consentement des parents, c'est qu'on ne respecte pas ces procédures vraiment. Par ce que dès qu'on reçoit une adolescente et qu'elle exprime le besoin, on prend en charge le besoin sans poser de questions. On ne demande ni l'avis de la mère ni des parents*. »

Les responsables des programmes de SSR dans les six régions ont clairement expliqué pourquoi les prestataires comme eux ne demanderaient pas le consentement des parents, soulignant qu'ils étaient principalement motivés à s'occuper des problèmes de santé des adolescents et des jeunes qui se présentaient à eux. Un responsable à Kédougou, lorsqu'il lui a été demandé si les prestataires avaient besoin du consentement des parents, a répondu avec insistance :

> *Non, non, non, nous n'avons pas besoin de consentement des parents parce que tout ce qui ne*
> *fait pas partie des normes et protocoles, nous ne l'utilisons pas. [...] Nous sommes là pour offrir des services de qualité plutôt que de juger. Parfois, nous avons des adolescents qui sont accompagnés par leurs parents, pour vous montrer que, si elle n'est pas mariée, on la consulte devant ses parents. Tout le paquet conseils à offrir, on l'offre devant ses parents*

Un responsable de programme de SSR à Kaolack a déclaré que les prestataires n'avaient pas sollicité le consentement des parents parce que non seulement cela entraînerait un refus des parents, mais cela pourrait aussi briser la confiance des adolescent(e)s/jeunes envers les prestataires : « *Non on n'exige pas le consentement des parents, quand l'adolescent vient il le fait en cachette donc si on va demander l'avis des parents on va jamais le revoir, on risque de me traiter de menteur*. » Un autre responsable de la région a fait remarquer que le consentement parental n'était pas demandé à moins que le prestataire de services ne procède à un test de dépistage du VIH :

> *A part le dépistage, le consentement du parent n'est pas exigé, c'est peut-être dans les jugements mais ce n'est pas écrit dans le protocole qu'on doit recevoir des services en santé de la reproduction des ados/jeunes. Mais le problème qui se pose parfois c'est par rapport au dépistage du VIH, le parent doit être d'accord, on doit avoir le consentement si l'enfant est mineur.*

À Saint-Louis, deux des responsables de programmes de SSR interrogés ont dit qu'ils n'avaient pas demandé le consentement parental avant de voir leurs clients adolescents. Cependant, le troisième responsable de programme de SSR interrogé a fait une mise en garde concernant les très jeunes adolescent(e)s, il pourrait être important d'essayer d'impliquer les parents : « *Si la fille ou le jeune garçon a moins de 15 ans, là on peut essayer d'en discuter avec ses parents pour le suivi surtout parce que un jeune à lui seul, ne peut pas supporter tous les frais*. »

Les responsables de programme de SSR ont également donné des réponses quelque peu différentes à Kolda. L'un d'eux a dit qu'il n'avait pas demandé le consentement des parents avant de consulter les adolescents et les jeunes, mais « *Une fois que l'adolescent/jeune se présente à la structure pour un quelconque besoin, nous allons la consulter sans le consentement de ses parents*. » L'autre soutenait que les prestataires de services devaient comparer l'importance d'obtenir le consentement des parents aux risques potentiels pour la santé des clients s'ils ne leur prêtaient pas de services :

> *Sincèrement, on ne le fait pas. Si vous voulez avoir une autorisation parentale pour satisfaire les besoins des jeunes, vous ne l'aurez jamais. Par exemple, une adolescente vient nous voir parce qu'elle a entretenu un rapport sexuel non protégé et a des doutes de tomber enceinte. Elle vient dans notre service pour être suivi et recevoir une méthode de PF. Quand la jeune fille arrive, vous allez lui faire toutes les consultations pour éliminer une probable grossesse. Maintenant, quand tu lui dis qu'elle n'est pas enceinte et qu'il faut l'aval de tes parents pour lui faire une méthode PF, vous n'allez plus la revoir. Elle va faire d'autres rapports non protégés et pourrait tomber enceinte. A partir de ce moment, on peut dire que le prestataire est à l'origine de cette grossesse.*

2.4.4 Heures d'ouverture

Comme nous l'avons mentionné au début de la présente section sur les résultats, la plupart des PPS ont fonctionné selon un horaire clinique normal, cinq jours par semaine, généralement entre 8 h et 18 h. Deux PPS ont indiqué qu'ils offrent des services 24 heures sur 24, tout au long de l'année.

Dans l'évaluation qualitative, on était généralement unanime dans les six régions pour dire que les heures pendant lesquelles les PPS fonctionnaient habituellement ne convenaient pas aux adolescent(e)s et aux jeunes. Les deux principales raisons avancées par les répondants ont été résumées par un responsable de programme de SSR à Sédhiou :

> *Selon moi, les horaires ne sont pas adaptés pour des adolescents surtout par rapport aux élèves, par ce qu'aussi on ne peut pas venir dans la salle d'attente et trier les élèves et laisser les mères, cela va créer des polémiques. C'est pour cela qu'on laisse chacun suivre son rang et attendre son tour. Je reconnais que ce n'est pas facile pour un élève de perdre tout une journée de cours à cause d'un besoin sanitaire. Je pense qu'on doit apporter des améliorations à ce niveau.*

Dans les six régions, les responsables des programmes de SSR (qui constituaient le principal groupe de répondants interrogés à ce sujet) ont déclaré que les étudiants avaient du mal à accéder aux établissements de santé pendant leurs heures d'ouverture parce que ces heures correspondaient à leurs heures de cours et qu'ils devaient souvent attendre très longtemps. Un responsable à Kédougou a noté : « *Rares sont les jeunes qui viennent au centre de santé pour faire la PF parce qu'elles vont devoir faire la queue. En plus, elles ne sont pas libres aux heures d'ouverture parce qu'elles ont cours. Ce sont ces contraintes qui les empêchent de venir ici. Elles se sentent plus à l'aise au CCA qu'au centre de santé.* » Un responsable à Sédhiou a remarqué que, « *Je reconnais que ce n'est pas facile pour un élève de perdre tout une journée de cours à cause d'un besoin sanitaire. Je pense qu'on doit apporter des améliorations à ce niveau*. »

Un responsable à Saint-Louis a également noté que les adolescent(e)s et les jeunes semblaient préférer avoir accès à des services à des moments qui ne correspondaient pas à ceux où les structures étaient ouvertes : « *Il y a des heures auxquelles les services ne sont pas continus, donc tout cela peut favoriser l'inaccessibilité. Souvent, les adolescents veulent identifier des horaires avec moins d'affluence alors que ce sont des heures où les services sont fermés*. » À Kolda, un responsable de programme de SSR a fait valoir que les heures d'ouverture devraient être prolongées, faisant remarquer que les heures d'ouverture et les longs temps d'attente étaient parmi les obstacles aux services de SR auxquels les adolescent(e)s et les jeunes étaient confrontés :

> *Il faut si possible, accorder des heures de visite aux adolescents/jeunes, vu la forte affluence au centre de santé par ces couches de la population. Les jeunes, vu leurs heures de cours, ont des problèmes d'attente au niveau du centre de santé. Ces longues files d'attente les poussent à déserter le centre, raison pour laquelle on devait leur trouver des heures de visite. Dans la mesure du possible, il faut construire des espaces dédiés à l'offre de SAJ au niveau des structures sanitaires qui ne soient fréquentés que par les jeunes eux-mêmes.*

L'autre responsable de programme de SSR interrogé dans la région a déclaré que les heures d'ouverture avaient déjà été ajustées dans certains PPS pour mieux répondre aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes : « *À propos des horaires inadaptés, il y a des structures où, les adolescents/jeunes sont reçus les vendredis, les mercredis soir et les samedis matin. Comme les femmes fréquentent les structures sanitaires les matins, ils profitent des après-midis vers les environs de 17 h pour recevoir et traiter les jeunes*. »

Une autre raison pour laquelle de nombreux responsables de programmes de SSR ont déclaré que les heures d'ouverture ne convenaient pas aux adolescent(e)s et aux jeunes à la recherche des services de SSR était qu'elles étaient les mêmes pour les adultes et les jeunes ; comme cela a été mentionné dans la section sur la vie privée, de nombreux adolescent(e)s et jeunes avaient peur d'être aperçus aux PPS par des personnes qui pourraient tirer des conclusions quant à la raison de leur présence et informer leurs familles ou répandre des rumeurs à leur sujet. Un responsable de programme de SSR à Saint Louis a noté que : « *Les ados jeunes c'est une cible assez particulière, ils n'aiment pas fréquenter la structure a la même heure que les adultes*, » Plus tard, il a ajouté que :

> *Il y a l'absence d'espace ado au niveau de notre structure, si je prends par*

exemple le centre
de santé. Les locaux sont tellement exigus qu'on n'a pas assez d'espace pour pouvoir aménager un espace ado pour y recevoir les adolescents, là c'est un problème. Donc tout ce qu'on peut faire est d'essayer de réaménager des heures pour pouvoir les prendre en charge.

Ce sentiment a été partagé par plusieurs participants à l'évaluation qualitative de Kaolack, qui ont fait valoir que les adolescent(e)s et les jeunes préféraient rester à la maison plutôt que d'aller aux PPS pendant les heures où d'autres membres de leur communauté pouvaient également s'y trouver ; un responsable de programme de SSR interrogé dans la région a noté que,
« *Il y a les heures de consultation, les heures de visite qu'il faudrait revoir pour pouvoir permettre à ces jeunes d'utiliser les services de santé*. »

Un responsable de programme de SSR à Matam a décrit la stratégie conçue par les prestataires pour voir les adolescent(e)s et les jeunes en dehors des heures normales d'ouverture afin d'éviter qu'ils attendent dans les PPS avec d'autres personnes qui pourraient les reconnaître :

Etant jeunes et non mariées, si elles restent là-bas, elles ne se sentent pas à l'aise, c'est moi- même qui leur demande l'heure et le jour qu'elles sont à l'aise et j'informe la sage-femme, elle vient sans problème. Nous, on fait des consultations la nuit, on fait des consultations le soir et les dimanches selon la disponibilité de l'adolescente par rapport aux grossesses précoces.

Un autre responsable de la région a noté de la même manière que, « *Je réfère aussi des cas de grossesses précoces, aussi, comme dans notre localité les gens parlent trop, les sages-femmes prennent en charge ces cas la nuit ou dans la soirée*. »

2.4.5 Disponibilité du matériel et produits médicaux

Bien que cette question n'ait pas été explorée en profondeur dans l'évaluation qualitative, les participants, en particulier les responsables des programmes de SSR, ont donné un aperçu de la mesure dans laquelle les produits médicaux étaient disponibles. Dans les six régions, les responsables ont souvent fait référence à un projet appelé « Yeksina » (ou « Yegsi na »), mis en œuvre par la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA), qui avait été mise sur pieds pour assurer la disponibilité des équipements et produits médicaux, y compris les produits de PF, dans les PPS en coordination avec les districts.
Les ruptures de stock étaient perçues comme fréquentes à Kaolack et à Matam, bien que les responsables des programmes de SSR aient eu tendance à minimiser ce problème et à souligner que de sérieux progrès avaient été réalisés pour résoudre ces problèmes avec l'aide de « Yeksina ».

Un responsable à Matam, par exemple, a hésité entre déclarer que les produits étaient facilement disponibles et dire que les ruptures de stock étaient un problème récurrent :

Oui, les médicaments sont disponibles, même les produits PF sont disponibles

[...] On peut avoir des cas de rupture de médicaments, mais après le problème est résolu, surtout maintenant avec le projet « yegsi na, djeguisi na » (je suis arrivé, je suis proche), c'est un nouveau partenariat avec le Ministère de la Santé qui consiste à amener les médicaments jusqu'à la structure et après recouvrement on paye les frais. Présentement, nous sommes confrontés à beaucoup de ruptures de médicaments, peut être que c'est dû au fait que le partenariat est nouveau et que le système n'est pas encore maitrisé.

À Kaolack, certains participants ont décrit de fréquentes ruptures de stock dans les PPS, et un père s'est plaint que « *même le paracétamol est rare dans les pharmacies*. » Un responsable de programme de SSR de la région a indiqué que des mesures étaient prises pour remédier à ce problème grâce au nouveau système « Yeksi na » : « *Cela dépend, il peut y avoir rupture mais ça ne dépend pas des structures mais du circuit d'approvisionnement qui peut connaitre des ruptures par rapport aux produits essentiels, mais au niveau de la PRA, si le produit est disponible on n'a pas de problème de rupture au niveau des services.* » Un autre responsable de programme de SSR a déclaré que les prestataires de soins de santé se tournaient parfois vers d'autres produits de PF en cas de rupture de stock, se référant à deux marques différentes d'implants : « *En tout cas pour l'année 2017, on n'a pas eu de cas de rupture, peut-être avec l'implant car on avait fait un retrait de l'Implanon classique, et si l'Implanon classique n'est pas disponible on peut toujours insérer le Jadelle, c'est tous des implants*. »

Les ruptures de stock ont été perçues comme moins graves dans les quatre autres régions, et dans ces régions également, les responsables de programme de SSR ont souligné que de nouvelles stratégies avaient été élaborées pour gérer les approvisionnements. A Saint-Louis, les responsables ont déclaré qu'il n'y avait pratiquement pas de rupture de stock grâce à « Yeksina » ; un responsable a relevé que : *« Il fut un temps il y avait des ruptures. Mais [depuis] 4 ans voire 5 ans de cela, surtout [avec] l'avènement du l'accessibilité des produits, il n'y a plus de ruptures surtout par rapport aux produits PF*. » La seule exception dans cette région semble être la disponibilité des produits de dépistage des IST ; un responsable de programme de SSR à Saint-Louis a noté que « *Nous n'avons pas les moyens pour faire le dépistage proprement dit. On peut faire peut être l'approche syndromique par exemple, si on reçoit un adolescent/jeune en consultation et si on voit qu'il y a des écoulements ou des itérations on prend en charge par rapport à l'approche syndromique et donne des conseils également*. » À Sédhiou, une responsable a déclaré qu'il était très rare qu'un prestataire envoie des clients à la pharmacie en raison de ruptures de stock dans les PPS. Elle l'a fait comprendre dit à la personne en charge de l'entretien que, « *Les produits sont vraiment accessibles, cela fait des années qu'on n'a pas eu de rupture de produits PF*, ». Plus tard, elle a ajouté que, « *Ici au niveau du district de Sédhiou, les produits sont accessibles aujourd'hui. Les produits de la planification familiale sont essentiels et fondamentaux. Donc ils sont disponibles au niveau des structures de santé de Sédhiou*. » À Kolda également, un responsable a caractérisé les ruptures de stock comme étant peu fréquentes : « *Ils [products] sont disponibles au district et au niveau des structures sanitaires et il n'y a pas de rupture. Tous les médicaments et produits PF nous proviennent de la pharmacie régionale d'approvisionnement [...] Ils sont tous disponibles et depuis que je suis ici, je n'ai pas vu des cas de rupture, peut- être, même s'il y en a, je ne l'ai pas senti*. » Un autre responsable de programme de SSR interrogé dans la région a déclaré ce qui suit « *Depuis que j'ai commencé à travailler au niveau du centre de santé, je n'ai pas connu de cas de rupture en ce qui concerne les produits PF*. » Une responsable interrogée à Kédougou a également perçu les ruptures de

stock dans sa région comme une chose du passé, disant à la personne en charge de l'entretien que :

> « *Les produits PF sont disponibles en quantités suffisantes. Nous n'avons pas eu de ruptures durant toute l'année 2017*. » Se référant au nouveau système « Yeksina », elle a ajouté, « *Cela fonctionne comme le circuit des médicaments. Nous recevons des médicaments de la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement Mobile et les postes de santé vont faire leurs commandes [...] En ce qui concerne les ruptures de médicaments, nous n'avons pas connu pour l'année 2017 et idem pour 2016*. »

2.4.6 Utilisation des procédures adéquates

La question de savoir si les procédures appropriées en matière de prestation de services de SR aux adolescent(e)s et aux jeunes ont été suivies n'a pas été abordée en détail dans l'évaluation qualitative. La question de savoir si les prestataires cherchaient généralement à obtenir le consentement a déjà fait l'objet d'une discussion. Au-delà de cette question, il a été demandé aux responsables de programmes de SSR s'il y avait un âge minimum auquel les adolescent(e)s/jeunes étaient acceptés dans les PPS pour les services de SR. Bien que certains aient donné un âge minimum, plusieurs ont aussi dit que l'âge de leurs clients ne les préoccupait pas trop parce qu'ils estimaient qu'il était important d'offrir des services aux adolescents qui venaient, peu importe leur âge.

À Kaolack, un responsable de programme de SSR a déclaré que les adolescent(e)s/jeunes de 10 à 24 ans cherchaient à obtenir des services, « *Les ados de 10 ans viennent souvent accompagnés de leurs parents*. » L'autre responsable a répondu que, « *On reçoit des patients dès l'âge de 14ans surtout avec les MNH (Santé maternelle et néonatale), avec le suivi psycho-social, parce que la jeune a atteint l'âge de la puberté, elle a ses règles donc doit être suivie, mais la puberté peut survenir à 10 ans, même avant et on sera obligé de prendre en charge cet enfant.* » Selon la responsable à Kédougou, il n'y a pas d'âge minimum pour accéder aux services ; elle a ajouté que l'unique condition pour que les adolescents et les jeunes aient accès aux services est : « *Si l'adolescent est malade ; Si l'adolescente a besoin d'un service SR*. »
À Kolda aussi, les responsables ont déclaré qu'ils se concentraient sur les besoins plutôt que sur l'âge de leurs clients adolescents. L'un d'eux a noté "*On prend tous les âges parce que, dès fois, il nous arrive de voir des jeunes de 13 ans en état de grossesse raison pour laquelle, nous prenons tous les âges. Les personnes qu'on reçoit ici, ont des âges qui varient entre 10-24 ans*." L'autre responsable interrogé a remarqué que, « *Ici, on ne se focalise pas sur l'âge pour traiter les adolescents/jeunes. Quand un patient se présente au district pour un quelconque besoin sanitaire, peu importe son âge, nous allons le consulter*. »

Lorsqu'il lui a été demandé quel était l'âge minimum d'accès aux services de SR pour les adolescent(e)s et les jeunes, un responsable à Matam a répondu, « *C'est à partir de quatorze ans, on ne va pas dire de maturité [rire] mais à partir de quatorze ans on reçoit*. »

À Saint-Louis, un responsable a affirmé que les prestataires s'occupaient d'adolescents âgés de 10 à 24 ans, tandis qu'un autre a fait remarquer que, « *Il n'y a pas d'âge vraiment ; vue le contexte social, même on voit des jeunes filles de rien du tout qui vient pour une consultation gynécologique, comme l'infection du tractus génital*. »

Un responsable à Sédhiou a déclaré que l'âge minimum d'accès aux services de SR était de 14 ans, tandis qu'un autre a fait remarquer ce qui suit « *L'âge minimum est de 15 ans. Mais on a reçu des filles enceintes à 12 ans donc on peut dire que l'âge minimum est de 12 ans*. »

Une autre façon dont l'évaluation qualitative a cherché à déterminer si les prestataires utilisaient des procédures appropriées était de demander aux jeunes femmes qui ont participé aux entretiens semi-structurés si les prestataires leur avaient expliqué toutes les méthodes de PF disponibles avant qu'elles ne fassent leur choix. La plupart des adolescent(e)s/jeunes femmes qui ont répondu à cette question dans les six régions ont déclaré que les prestataires leur avaient parlé des nombreuses variétés de méthodes de PF disponibles et qu'elles avaient fait leur choix. Dans quelques cas, cependant, les femmes ont dit que le prestataire ne leur avait parlé que de deux ou trois méthodes parmi lesquelles elles pouvaient choisir ; comme l'a fait remarquer une jeune femme à Kolda, « *Elle m'a donné des informations sur deux méthodes : les pilules et les injectables et m'a montré des échantillons de ces méthodes*. »

2.4.7 Pratiques adéquate de conservation des données

Dans les six régions, les responsables du programme de SSR ont décrit la communication des données recueillies aux niveaux les plus bas de la prestation des services de SR jusqu'au niveau centralisé, souvent avec l'aide du DHIS2, une plate-forme de données de gestion de la santé. Comme l'a expliqué un responsable à Kédougou :

> *Les données sont renseignées dans les registres du « Rapport Global de Zone ». Après les consultations comme je vous l'ai dit, la sage-femme renseigne les données des activités dans le rapport du centre de santé et moi, je me charge de la collecte des rapports de district. Après collecte, les rapports seront remontés suivant la hiérarchie du district vers la région médicale et enfin le niveau central. Nous disposons aussi de la plateforme DHIS2 pour la saisie et la remontée des données sanitaires vers le niveau central. C'est devenu plus facile maintenant. Il suffit de saisir et d'envoyer via la connexion internet.*

Un responsable à Saint-Louis a fait remarquer qu'il était utile d'utiliser le système DHIS2 pour les raisons suivantes « *C'est un entrepôt de données que tous les prestataires utilisent pour remonter l'information avec des tranches d'âge. C'est utilisé par tout le Sénégal. On le remplit tous les mois avec des tranches d'âge différentes. Donc on peut avoir les rapports à tous les niveaux : sectoriels, régionaux et nationaux*. »

2.4.8 Utilisation des données de service

Dans les six régions, les responsables du programme de SSR ont déclaré qu'ils utilisaient activement les données recueillies pour prendre des décisions, faisant remarquer que les données recueillies pouvaient être analysées pour dégager des tendances, partagées avec d'autres partenaires ou discutées lors de réunions.

Les deux responsables interrogés à Kaolack ont donné des exemples concrets de la manière dont les statistiques sur la fourniture de services de données au niveau régional ont été utilisées. L'un d'eux a déclaré qu'une lacune dans la prestation de services constatée dans les données avait suscité des efforts accrus en matière d'activités de sensibilisation : « *On exploite les données pour voir ce qu'il y a lieu de faire, et en un certain moment on a senti la nécessité de s'appesantir sur les causeries et les émissions radio, on a demandé au programme de s'y appesantir pour réduire le taux de grossesses précoces au niveau de ses jeunes, actuellement nous voyons les résultats*. » L'autre responsable a donné un exemple similaire de la façon dont un résultat décevant dans les statistiques sur la prestation de services avait incité la région à consacrer plus d'énergie à la sensibilisation :

> *Ce sont des données qui seront transformées en informations et qui dit transformation dit action pour régler des problèmes. Donc on va utiliser ces données en SRAJ parce qu'on s'est rendu compte qu'on n'a pas une bonne performance quant à l'utilisation des services par les ados/jeunes, je pense qu'on est à environ 20%. On leur avait dit de renforcer la communication pour que ces ados fréquentent les services mais que ces informations soient capitalisées, mais pour ça il faut avoir des supports adaptés, des outils de collecte pour notifier ces informations. Donc cela nous permet de corriger pour pouvoir améliorer les performances.*

À Kédougou, un responsable a noté que les données étaient examinées régulièrement pour cerner les tendances et y remédier : « *Nous partageons ces données lors des réunions de coordination et à chaque fois qu'il y a un problème dans tel ou tel secteur, nous prenons les décisions ensemble. Chaque mois, nous partageons les données de SR y compris celles de SRAJ, s'il y a des problèmes, nous prenons les décisions ensemble*. » De même, un responsable à Kolda a observé que, « *Les rapports élaborés nous permettent de mesurer le niveau de fréquentation de la structure par les populations, de voir comment se passe la prise en charge, et quels sont les motifs essentiels de visite des patients. Une fois ce diagnostic fait, nous allons étudier les activités à dérouler dans le futur*. » À Saint-Louis également, un responsable a parlé des réunions régulières pour examiner les données :

> *Une fois que ces données sont saisies sur la plateforme DHIS2, ici au niveau du district on fait une analyse pour voir les manquements, les obstacles et essayer d'apporter des solutions. Chaque mois, on organise des réunions de coordination au niveau du district et ce sera l'occasion d'identifier tous les problèmes pour les résoudre. Au niveau des postes [de santé] aussi, il y a ces réunions de coordination mensuelle avec les acteurs communautaires. S'ils*

identifient des problèmes, ils en discutent avec les acteurs pour trouver des solutions.

En définitive, les responsables de programmes de SSR de Matam et de Sédhiou ont également noté qu'ils examinaient régulièrement les données recueillies et prenaient des décisions en fonction de celles-ci. À Matam, un responsable a noté que, « *Pour la prise de décision, c'est de voir la performance par rapport à certains indicateurs, voir si on est performant ou pas, à partir de cela les gens vont se poser des questions pour voir ce qui ne va pas. Maintenant avec l'analyse des données, on fait des réunions de coordination qui nous permettra de voir ce qui est bon et qu'est ce qui traine.* » Une responsable à Sédhiou a noté que des examens réguliers étaient également effectués dans sa région :

Quand on a les données, on fait l'analyse et après analyse, on relève les difficultés rencontrées par rapport à la SRAJ et on essaie d'y apporter des solutions. Par exemple, si on voit que ce mois-ci on a eu 10 jeunes filles qui sont venues en consultation prénatale et parmi ces 10, il y a 8 qui sont dans la tranche d'âges des adolescents, cela peut nous alerter sur le fait qu'il y a une recrudescence des grossesses précoces, donc c'est un problème qu'on doit solutionner. Tout ça pour dire que les données nous permettent d'élaborer des stratégies pour le futur.

2.5 Accessibilité aux services de SRAJ

En plus d'évaluer les services de SR offerts aux adolescent(e)s et aux jeunes dans les six régions par rapport aux normes du ministère de la Santé du Sénégal, l'évaluation a également examiné deux facteurs supplémentaires liés à la norme 2: la difficulté pour les adolescent(e)s et les jeunes d'accéder physiquement aux services et la difficulté pour les adolescent(e)s et les jeunes de payer pour des services.

2.6 Perceptions concernant l'accessibilité géographique des services de SRAJ

Outre les heures et les temps d'attente, dont il a déjà été question à la section 2, les distances entre le domicile des adolescent(e)s et des jeunes, et les services de SR ont souvent été citées comme un obstacle majeur à l'accès aux services. Dans les six régions, les participants à l'évaluation qualitative ont indiqué que les longues distances que les personnes devaient parcourir pour se rendre aux services signifiaient que les adolescent(e)s et les jeunes - ainsi que les adultes - avaient besoin de beaucoup de temps en plus des moyens financiers nécessaires pour payer le transport pour se rendre à un PPS. La qualité des routes a été présentée comme rendant les déplacements encore plus difficiles.

Les participants à l'évaluation qualitative dans les six régions ont souvent mentionné que de nombreuses communautés étaient éloignées, souvent isolées et situées loin des zones plus centrales où les services de SRAJ sont disponibles. Un dirigeant communautaire à Matam a fait la remarque suivante :
« *Le défi ici, c'est l'étendue, c'est que nous malheureusement, nous sommes dans des zones enclavées et très éloignées, c'est le premier défi [...] Elles [jeunes femmes] sont loin des structures de santé, loin des forages, il y a même des villages où il n'y a pas de réseau.* » Un responsable de programme de SSR à kolda a noté que, « *Pour l'accessibilité géographique, je dirai que tous les jeunes du département n'ont pas un accès facile aux*

structures qui leur sont dédiées. » En réponse à une question sur la nécessité de sensibiliser les gens à la santé reproductive, aux grossesses précoces, aux mariages précoces, et aux avortements, un dirigeant communautaire de la région a demandé que davantage de CCA soient établies afin que les adolescent(e)s et les jeunes des régions plus éloignées puissent accéder aux services de SR, a affirmé la personne en charge de l'entretien :

> *Je confirme que la non-disponibilité et l'inaccessibilité géographique des SAJ constituent un problème par rapport aux adolescents/jeunes sur les dangers que vous venez d'énumérer. Les coûts des services sont adaptés à la population parce qu'ils ne sont pas très élevés. Donc, juste un problème d'accès, de disponibilité ou bien de multiplicité des centres pouvant accueillir les populations pour d'éventuelles informations ou orientations. La multiplication des activités qu'on doit mener sur le terrain aiderait beaucoup les populations à mieux être sensibilisées.*

Un responsable de programme de SSR à Kédougou a fait remarquer que même lorsque de nouveaux services adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes ont été créés, il y avait encore beaucoup d'adolescent(e)s et de jeunes qui n'y avaient pas accès.

> *Nous avons installé cet espace adolescent/jeune dans un poste de santé à [un village] qui se situe à quelques kilomètres du centre de santé. Tous les jeunes n'ont pas accès à ce site [...] c'est l'accessibilité qui pose dès fois problème et elle est indépendante de notre volonté. Dans ce cadre on peut citer l'accessibilité géographique, l'absence des moyens de transport due à des routes impraticables.*

Le défi de la distance a souvent été évoqué comme un obstacle crucial et dangereux à l'accès aux services en cas d'urgence, par exemple lorsque les femmes et les filles sont en travail. Une mère à Kaolack a fait remarquer qu'il n'y avait pas de PPS là où elle habite, et qu'elle devait donc se rendre dans un autre endroit pour se faire soigner. Elle a relevé que, « *La route est mauvaise et à chaque fois les femmes accouchent en chemin*." Une autre mère de la région a commenté, "*Je suis la matrone, la plupart du temps quand j'amène une femme en couche, elle accouche en chemin c'est trop récurrent, c'est un réel problème que nous vivons au quotidien. On nous interdit d'accoucher à domicile alors que les routes sont impraticables donc il y a problème*. » Un père à Sédhiou a observé que, « *Avec les césariennes, nous sommes très loin d'un hôpital pour un traitement moderne, du coup en l'acheminant vers ces lieux, elle peut mourir en cours de route*. » Les mêmes préoccupations ont été soulevées à Saint-Louis, où une mère a noté que la distance entre le domicile de certaines personnes et les services de santé retardait le traitement :

> *Ici, si on a un malade, on cherche un moyen de le transporter. Et même pour en trouver c'est un problème. Et entre temps, tout peut se passer. Par exemple, une femme qui est sur le point d'accoucher et qui commence à avoir des saignements, si on ne trouve pas rapidement de moyen de transport, elle peut avoir des complications. C'est pareil pour une jeune fille précocement*

mariée et qui est sur le point d'accoucher. Donc, ce sont les difficultés que nous avons."

2.6.1 Perceptions concernant les coûts de services de la SRAJ

Comme l'illustrent certains propos ci-dessus, les moyens financiers constituent un autre obstacle important à l'accès de nombreux adolescent(e)s et jeunes aux services de SR. L'effet prohibitif des coûts sur l'accès aux services de SR dépendait fortement des niveaux relatifs de pauvreté dans différentes parties de certaines régions. La plupart des participants à l'évaluation qualitative à Matam, Kédougou et Sédhiou ont identifié les coûts comme l'un des principaux obstacles à l'accès aux services de SRAJ. Les participants ont également noté qu'il en était de même pour les parties les plus pauvres de la région de Kolda. Un responsable de programme de SSR à Kédougou a observé que :

Forcément, si vous prenez une localité comme Kédougou qu'on considère comme l'une des régions les plus pauvres après Kolda et Sédhiou, vous ne pouvez pas avoir un coût très élevé en matière de SRAJ et vouloir que les adolescents/jeunes puissent vraiment respecter les rendez- vous et aller régulièrement voir l'assistante sociale ou bien la gynécologue ou la sage-femme, c'est un coût.

À Saint-Louis et à Kaolack, de nombreux participants ont déclaré qu'ils estimaient que les coûts des services de SRAJ étaient raisonnables ; néanmoins, les contraintes financières sont souvent apparues comme un facteur important pour l'accès aux services de SRAJ. Lorsqu'il lui a été demandé s'il y avait des difficultés d'accès aux services de SRAJ, un père à Kaolack a répondu,
« *Les centres et postes de santé existent dans la localité mais le problème réside au niveau du manque de moyens des personnes pour se prendre en charge*. » Il était clair qu'indépendamment de la richesse relative d'un district ou d'une région particulière, dans les communautés et les ménages démunis, pratiquement n'importe quel coût pouvait empêcher les adolescent(e)s et les jeunes d'accéder aux services de SR. Les pressions financières étaient encore plus fortes pour les adolescent(e)s et les jeunes eux-mêmes, car ils n'avaient souvent pas leurs propres formes de revenus. Un responsable de programme de SSR à Saint-Louis a fait remarquer ce qui suit « *L'adolescent(e)/ jeune, nous savons qu'économiquement il est vulnérable. Si par exemple ses parents n'ont pas les moyens, s'il a un problème de santé, il doit se faire consulter, et avoir des médicaments. Le coût pose parfois problème aux adolescent(e)s/ jeunes*. » Un responsable à Matam a expliqué que les adolescent(e)s et les jeunes qui voulaient garder secrètes les visites relatives à la SRAJ à leurs parents avaient beaucoup de mal à payer les services de la SRAJ :
« Ce sont des adolescents qui n'ont pas de revenus, ni d'activités génératrices de revenus, ils peuvent avoir des financements venant de leurs parents, maintenant s'ils cachent à leurs parents ce qu'ils font, ils peuvent avoir un problème sur le financement. »

Dans les six régions, les responsables de programme de SSR ont généralement convenu que les prix des divers services de SR et des produits de PF, qui, selon eux, étaient les mêmes dans les PPS gérés par le gouvernement, étaient abordables. Un responsable à Saint-Louis a noté que,

« *Le coût n'est pas trop élevé. C'est abordable parce que le prix du ticket de consultation est à 500F [CFA] et on prime les médicaments IB (les génériques)*. » Un responsable à Sédhiou a noté que, « *Le cout est abordable, par ce que le prix le plus élevé est de 500 f et c'est pour les méthodes longues durée à savoir le Jadel et l'Implant. Le reste est à 200f et les pilules à 100 f*. » Dans certaines des communautés où l'évaluation qualitative a eu lieu, les participants ont convenu que ces prix étaient raisonnables. Un dirigeant communautaire à Saint-Louis a observé, « *Pour ce qui est du prix, je vois que la santé n'a pas de prix même si cher, et qu'on y voit une solution, je ne trouve pas de problème par rapport au prix*. » Plusieurs participants à Kolda ont également affirmé que les coûts n'étaient pas très élevés.

Dans d'autres régions, cependant, de nombreux participants à l'évaluation qualitative ont noté que les services offerts dans les PPS et les ordonnances, en particulier, décourageaient les parents d'amener les adolescent(e)s et les jeunes pour obtenir des soins médicaux, y compris pour des problèmes de SR. Un père à Matam a expliqué que les parents devaient donner la priorité à la façon de dépenser le peu d'argent dont ils disposaient, et que les questions liées à la SRAJ étaient au bas de la liste :

> *Les parents n'ont pas de moyens, une personne qui n'a pas de quoi manger ne se préoccupe pas de la santé, ne va pas fréquenter les districts sanitaires. Quand les parents sont préoccupés par les dépenses quotidiennes et veulent à chaque fois mettre le paquet [faire leur maximum], c'est fort probable, qu'ils ne se préoccuperont pas de la santé des adolescents/jeunes encore moins leur sexualité si besoin se fait sentir.*

Un père à Kédougou a dit qu'il limitait les services de santé auxquels ses enfants accédaient à ceux que les centres fournissent gratuitement ou à un coût très faible: « *De l'assistance médicale des enfants, je peux dire qu'on ne les amène même pas à l'hôpital. Nous nous limitons juste aux conseils, aux orientations et à la sensibilisation ; quant à l'assistance médicale, les moyens manquent*. » Une mère à Matham s'est lamenté, « *Les mamans n'ont pas les moyens pour subvenir aux besoins sanitaires des adolescents. Nous n'avons pas assez de moyens et les adolescents n'ont pas de quoi assurer les frais médicaux. Et nous à notre niveau, si l'ordonnance est chère, nous essayons d'aller voir le docteur pour trouver un moyen de l'acheter moins chère*. » Un leader communautaire à Sédhiou a également fait remarquer que le coût des ordonnances pourrait être particulièrement prohibitif : « *Le coût des services notamment les prix élevés des médicaments est aussi à l'origine de ces problèmes. Beaucoup de jeunes ne fréquentent pas les structures de santé à cause des coûts élevés des médicaments*. »

Les responsables de programmes de SSR et d'autres participants ont suggéré un certain nombre de moyens par lesquels les prestataires ont essayé d'atténuer les coûts de la recherche des services de SR pour les adolescent(e)s et les jeunes ou de les orienter vers des ressources alternatives. Plusieurs ont noté que les adolescent(eàs/jeunes n'étaient parfois pas tenus de payer. Un responsable à Sédhiou a noté,

« *On fixe les tickets de consultation à un prix très abordable voir insignifiant […]. Je ne dis pas que le ticket est gratuit, mais ce n'est pas aussi obligatoire pour les adolescents/jeunes. S'ils viennent sans argent, on les prend.* » Un responsable à koalack a remarqué que, « *Dans la mesure où l'adolescent vient pour une prise en charge IST si on sait qu'il n'a pas les moyens, on le prend en charge médicalement et socialement. Il y a la gratuité des soins chez la tranche d'âge 10-24ans mais, les médicaments il faut les payer, c'est ce qui alimente le comité de santé.* »

Certains participants ont noté que les efforts de l'USAID et des ONG internationales mettant en œuvre des projets avaient également permis de réduire les coûts des services de SRAJ dans certains districts. Un certain nombre de répondants ont également mentionné d'autres sources de services de SRAJ qui étaient moins coûteuses ou gratuites. Un responsable de programme de SSR à Sédhiou a suggéré que « l'espace ado » était une solution imparfaite parce qu'elle était encore coûteuse : « *Là le ticket peut être gratuit mais l'ordonnance va poser problème, par ce qu'on n'a pas les moyens, la structure ne peut pas les prendre en charge. On n'a pas de caisse sociale, donc par rapport à la prise en charge de l'ordonnance, c'est eux qui doivent s'en charger.* »

Par ailleurs, un responsable à Kaolack a fait remarquer que certains services gratuits étaient offerts dans les écoles : « *Peut-être qu'il peut y avoir des contraintes, mais les élèves et les étudiants ont la possibilité d'utiliser les services de santé rattachés aux inspections scolaires, donc dans ce cas l'accessibilité financière ne pose pas problème.* » Le CCA a également été présentée comme une alternative viable dans plusieurs régions. Un dirigeant communautaire de Kolda a noté ce que « *Ici au CCA les services sont gratuits, il n'y a pas de paiement. Nous avons un consultant, une sage-femme qui est là et les consultations sont gratuites. Nous avons aussi un laborantin et c'est gratuit aussi. S'il s'agit du district, là-bas c'est payant on le sait tous.* » Une mère à Kédougou a également dit qu'une façon de contourner les coûts des services de SRAJ était d'aller au CCA : « *Si vous avez un quelconque problème de santé et que tu veuilles voir un médecin, il faut acheter un ticket faire la queue pour le voir. Alors, si tu n'as pas les moyens d'acheter le ticket, il vaut mieux aller dans les CCA.* »

2.7 Mesure dans laquelle les services de SRAJ peuvent servir différents groupes d'adolescents et de jeunes.

La dernière dimension de la Norme 2 que l'évaluation qualitative a examinée était la mesure dans laquelle les services de SRAJ touchaient les adolescent(e)s et les jeune de tout genre. Interrogés sur cette question, les participants à l'évaluation qualitative dans les six régions ont identifié les adolescents et les jeunes en dehors du système éducatif formel comme étant parmi les moins touchés par les services de SRAJ. Les participants à Kédougou, à Matam et à Sédhiou ont également noté que les adolescent(e)s et les jeunes qui vivaient dans des zones rurales et éloignées avaient également moins accès aux services de SRAJ. D'autres catégories d'adolescent(e)s et de jeunes dont on a dit qu'ils étaient plus difficiles à atteindre avec les services de SRAJ étaient ceux qui n'étaient pas mariés (en grande partie à cause de la honte de poser des questions sur la SR) et ceux qui consomment de la drogue. Un thème fortement récurrent était que les adolescent(e)s et les jeunes non scolarisés avaient moins de chances d'accéder aux services de SRAJ et qu'ils étaient également plus difficiles à atteindre avec des activités de

sensibilisation aux questions relatives à la SRAJ. Un responsable de programme de SSR à Saint-Louis a déclaré ce qui suit au sujet des campagnes d'éducation « *Ils interviennent dans le milieu scolaire, ils sont bien formés, contrairement aux jeunes qui sont dans le milieu communautaire qui ne sont pas scolarisés. C'est la couche la plus vulnérable et qui demande à être plus encadrée et assistée. Il n'y a que les pairs éducateurs qui pourront faire ce travail.* » Un responsable de programme de SR à Sédhiou à noté que, « *On développe les programmes de HCR (Haut-Commissariat aux Réfugiés) au niveau de la reproduction au Centre Ado bon c'est le CCA qui occupera le centre Ado et c'est le lycée et le CEM (Collège d'Enseignement Moyen) qui sont à côté, c'est ce qu'ils font, mais pas dans les Dahra qui ont des cibles importantes qui sont hors service.* »
Un pair éducateur à Sédhiou a également noté qu'il était très difficile d'engager des jeunes sans instruction dans des activités de sensibilisation : « *Il est très difficile de travailler avec les adolescents/jeunes qui n'ont pas été à l'école ; donc il faut parfois utiliser les langues locales pour pouvoir vraiment leur faire comprendre. J'avoue que c'est très difficile de travailler avec ce groupe d'adolescents/jeunes.* » Un dirigeant communautaire de Kolda a fait remarquer que les visites à domicile étaient une bonne stratégie pour atteindre les adolescent(e)s et les jeunes sans instruction, car il était difficile de les joindre par des activités de sensibilisation typiques :

> *S'agissant de l'approche VAD, vous trouvez les gens chez eux et c'est performant parce qu'aujourd'hui peut être que la personne que vous trouvez chez elle, n'a pas accès à internet ou bien elle n'a pas fréquenté l'école, donc là c'est un moyen de toucher cette personne.*

Dans les régions de Kédougou, Matam et Sédhiou, l'idée que les adolescent(e)s et les jeunes qui vivaient dans des zones rurales et éloignées étaient difficiles à atteindre avec les services de SRAJ était très présente dans les données qualitatives ; souvent, ces questions étaient étroitement liées, car de nombreux adolescent(e)s et jeunes sans instruction ont été décrits comme vivant dans des régions rurales et éloignées, et vice versa. Un responsable de programme de SSR à Kédougou a noté que les jeunes des zones rurales avaient tendance à être mal desservis en termes de services de SRAJ.
: « *Je dirai que l'accès aux produits PF est facile pour les adolescents/jeunes. Mais il sera un peu plus difficile pour les jeunes filles vivant en milieu rural. Je ne pense pas qu'une jeune fille, élève de 14-15 ans, soit en mesure d'y accéder facile les jeunes qui sont dans les milieux les plus reculés, ceux-là ont vraiment un problème d'infrastructures, ils ont même dés fois des problèmes d'accueil par ce que dés fois il y a des gosses que sont marginalisés, ils sont mis de côté et ces gens- là il faut les accepter.* » Parlant des activités de sensibilisation sur la SRAJ, un autre responsable de programme à Sédhiou a déclaré, « *Il faudrait décentraliser les activités pour que tout ne puisse pas se faire à Sédhiou. Il y a beaucoup d'intervenants et les mêmes cibles. Il faut aller dans les zones frontalières entre la Gambie et le Sénégal.* »

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

La mesure dans laquelle les services de santé évalués dans les six régions répondaient à la troisième norme du Plan stratégique national du Sénégal pour SSRAJ (2014-2018) a également été explorée. Cette section présente une analyse de la mesure dans laquelle les prestataires de services ayant participé à l'évaluation ont démontré leur compréhension de la SRAJ, leur éducation et leur formation sur la SRAJ

et leur démonstration des connaissances, des compétences et des attitudes positives requises pour offrir les besoins des adolescent(e)s et des jeunes. La mesure dans laquelle les jeunes clients étaient satisfaits de leurs interactions avec le prestataire de service est également discutée et présentée.

3.1 Mesure dans laquelle les prestataires de services ont reçu une formation sur les SRAJ

Le respect de la norme 3 comprend des efforts pour s'assurer que les prestataires ont un niveau approprié de connaissances, de compétences et d'attitudes positives nécessaires pour fournir des services de haute qualité. Les prestataires basés dans les PPS ont besoin d'une formation pour améliorer leurs compétences techniques, acquérir une compréhension approfondie des questions liées à la SRAJ et obtenir des informations à jour sur la manière dont les services devraient être fournis de manière conviviale. De plus, la formation offre aux prestataires de services des occasions d'apprendre les uns des autres afin d'améliorer leurs connaissances, leurs compétences et, ce qui est important, leurs attitudes à l'égard de la prestation de services de SRAJ aux jeunes. Dans la présente évaluation, il est présumé que la formation officielle confère les connaissances et les compétences requises pour fournir d'importants services de SRAJ aux adolescent(e)s/jeunes. Par conséquent, les audits des PPS ont collecté des informations sur le nombre total de prestataires et de personnel de soutien formés. En outre, les prestataires de services des PPS évalués ont été interrogés et invités à indiquer s'ils avaient été formés aux services de SRAJ et, le cas échéant, les domaines dans lesquels ils avaient été formés. Les jeunes clients ont également été interrogés dans les PPS au cours des entretiens de départ afin d'obtenir leur point de vue sur les compétences et les attitudes des prestataires de services en matière de counseling.

Le tableau 31 montre le nombre de prestataires qualifiés formés dans les services de SR et de conseil, et le nombre d'agents de soutien orientés dans les services de SRAJ des adolescent(e)s et des jeunes, tel que rapporté par les PPS offrant des SSAJ. Ce tableau présente également le pourcentage de prestataires ayant reçu une formation initiale ou continue en une variété de services clés de SRAJ. Cette analyse montre que les PPS de Kaolack disposent d'un nombre suffisant de prestataires formés (30 prestataires dans cinq PPS) et ont également mis en œuvre les orientations du personnel de soutien (11 membres du personnel de soutien ont été orientés dans des PPS basés à Kaolack). Dans les autres régions, seule Matam a en moyenne deux prestataires par PPS (8 prestataires formés dans les trois PPS) ; les autres régions ont en moyenne moins de deux par PPS. A Kedougou, un seul des deux PPS a indiqué qu'il n'y avait qu'un seul prestataire formé.

Le tableau 31 comprend également des données provenant d'entretien avec des prestataires de soins sur leurs expériences de formation. Il convient de noter que sur les 50 prestataires interrogés, 34 seulement étaient des infirmières ou des infirmières-sages-femmes (aucun membre du personnel interrogé n'était médecin) et que certains d'entre eux étaient des assistants de laboratoire formés au dépistage du VIH et au conseil. Ces résultats montrent que seulement 36 des 50 prestataires interrogés ont déclaré avoir reçu une formation initiale ou en continue sur le counseling de haute qualité en matière de SRAJ, le service le plus élémentaire de SRAJ fourni par tous les types de PPS offrant des SRAJ (y compris le counseling en contraception et en prévention du VIH / IST). Bien que toutes les approches de SRAJ n'offrent pas les soins prénataux, l'accouchement et les soins post-partum, les prestataires ont été interrogés sur leur expérience de formation dans cet important domaine de service. Seulement sept fournisseurs sur 50

interrogés ont fait état d'une formation dans ce domaine de la prestation de services. Étonnamment, seuls 16 des 50 prestataires qui offrent les services de SRAJ ont déclaré avoir reçu une formation formelle sur l'offre d'une gamme complète de méthodes contraceptives, y compris la contraception d'urgence.

Près de la moitié (24) des prestataires ont déclaré avoir reçu une formation sur le counseling et la prise en charge des effets secondaires de la contraception, mais 36 prestataires ont déclaré avoir reçu une formation sur la prévention, le diagnostic et le traitement des IST, et 32 prestataires ont reçu une formation sur le counseling et le dépistage confidentiels du VIH. Presque le même nombre (31) de prestataires ont reçu une formation sur le soutien et la prise en charge des services de VBG.

Tableau 31 : Indicateurs liés à la norme 3 (Tous les prestataires ont les connaissances, les compétences et les attitudes positives pour offrir des services adaptés aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes)

Indicateur	REGION (Non pondérée)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint - Louis	Sédhiou	
Nombre de cas (PPS)	**n=5**	**n=2**	**n=4**	**n=3**	**n=5**	**n=4**	**n=23**
3.1. Nombre de personnel de santé qualifiés (médecins, infirmiers, et sages-femmes) formés pour offrir des services SSR et de counseling aux adolescents/jeunes dans les PPS	30 prestataires	1 prestataire	4 prestataires	8 prestataires	7 prestataires	7 prestataires	57 prestataires
3.2. Nombre de personnels de soutien (agent de sécurité, vendeur de ticket, technicien de surface, etc.) orientés sur la SRAJ dans les PPS	11 personnels de soutien	0	0	0	0	0	11 personnels de soutien
Nombre de cas (prestataires)	**n=10**	**n=3**	**n=7**	**n=10**	**n=10**	**n=10**	**n=50**
3.3. Nombre de prestataires interrogés ayant formation de base ou continue d'offrir des conseils (counseling de qualité) sur le SRAJ	7	2	6	6	6	9	72.0% (36)
3.4. Nombre de prestataires interrogés ayant formation de base pour offrir des soins pendant la grossesse (CPN), l'accouchement et la période post-partum (CPoN) pour la jeune maman	1	1	0	0	3	2	14.0% (7)

3.5. Nombre de prestataires interrogés ayant formation de base ou continue pour offrir une gamme complète de méthodes contraceptives, y compris la contraception d'urgence	4	1	1	3	5	2	32.0% (16)
3.6. Nombre de prestataires interrogés ayant formation de base ou continue pour gérer les effets secondaires contraceptifs et répondre aux préoccupations des adolescents/jeunes sur ces effets secondaires	6	1	5	2	4	6	48.0% (24)
3.7. Nombre de prestataires interrogés ayant formation de base ou continue pour diagnostiquer et traiter les IST, effectuer un suivi et offrir une prévention	7	3	6	7	6	7	72.0% (36)
3.8. Nombre de prestataires interrogés ayant formation de base ou continue pour mener des tests de dépistage du VIH, fournir des conseils appropriés aux adolescents/jeunes et assurer une bonne gestion de la confidentialité	2	3	5	7	7	8	64.0% (32)
3.9. Nombre de prestataires interrogés ayant formation de base ou continue pour offrir l'accompagnement nécessaire et assurer une prise en charge adéquate des violences basées sur le genre	5	2	6	6	4	8	62.0% (31)

Dans les six régions, les responsables de programmes de SSR qui ont participé à l'évaluation qualitative étaient à peu près également divisés sur la question de savoir s'ils avaient reçu une formation spécifique sur les questions de SR liées à la prestation de services aux adolescent(e)s et aux jeunes. À Kaolack, Kolda, Matam et Sédhiou, un des responsables interrogés a déclaré avoir reçu une formation en SR pour adolescent(e)s et jeunes. Le directeur de la SSR à Kaolack a parlé d'une formation continue « *pour la prise en charge des services pour les ados/jeunes* », tandis que le responsable a déclaré que cela faisait partie de la formation de base. Un responsable à Matam a parlé d'un programme d'études axé sur « *Aider un adolescent à se comprendre lui-même, à prendre une décision et aussi à identifier ses problèmes de santé sexuelle*. » Une responsable à Sédhiou a fait état de la formation qu'elle avait reçue : « *J'ai reçu une*

formation sur le curriculum sur la SR, on a évoqué beaucoup de problèmes à savoir la sexualité précoce, de manière générale la sexualité et la reproduction des adolescents/ jeunes. » Ce n'est qu'à Saint-Louis que les trois responsables de programmes de SSR interrogés ont déclaré avoir reçu une certaine formation, de base ou en continue, sur les questions de santé reproductive et la prestation de services aux adolescent(e)s et aux jeunes.

Les responsables de programmes de SSR qui ont déclaré n'avoir reçu aucune formation officielle portant spécifiquement sur les questions de SR et la prestation de services aux adolescent(e)s et aux jeunes (un sur deux interrogés à Kaolack, Kolda, Matam et Sédhiou, ainsi que le seul responsable de programme interrogé à Kédougou) avaient tendance à souligner que toute formation de base reçue sur le sujet n'a pas été faite de façon complète. Un responsable de programme de SSR à Kaolack a affirmé, « *Je n'ai pas reçu de formation spécifique concernant la santé sexuelle et reproductive des ados/jeunes. Mais dans la formation de base, on nous a renforcées pour pouvoir prendre de façon holistique la santé de la reproduction chez toutes les tranches d'âge*. » Un responsable à Matam a affirmé que, tandis que d'autres avaient reçu la formation, « *Je n'étais pas formée sur les questions de SRAJ*, ». Il a ajouté que « *Cependant, lors des formations intégrées on nous fait une petite brochure sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents jeunes*. » Une responsable interrogé à Kédougou a dit que son expérience sur le terrain lui avait servi de seule formation sur la question spécifique de la SRAJ.

> *Je dirai non parce que toutes les connaissances que j'ai eu à recevoir, je les ai eu par le biais de mes expériences de terrain et mes propres recherches. Je n'ai reçu aucune formation spécifique en SRAJ. Lors de notre formation de base, cela faisait partie du paquet de services et pour la formation continue, je dirai non. A part mes propres recherches, je n'ai pas reçu de formation spécifique sur la SRAJ.*

Tableau 32 : Nombre et pourcentage de prestataires de services qui fournissent des services de PF et leurs compétences et aptitudes déclarées pour fournir des services de contraception aux adolescent(e)s et aux jeunes

	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Nombre de prestataires qui offrent des services de PF	n=8	n=2	n=7	n=10	n=9	n=4	n=40
Méthodes fournies pour lesquelles le prestataire a été formé (plusieurs réponses sont possibles) :							
Préservatif masculin	7	2	7	8	9	4	92.5% (37)
Pilule contraceptive orale	8	1	4	3	9	4	72.5% (29)
Injectables	8	1	4	3	9	4	72.5% (29)
Implants	7	1	4	3	8	4	67.5% (27)
DIU	7	1	2	3	8	4	62.5% (25)
Contraception d'urgence	6	2	3	4	5	3	57.5% (23)
Préservatif féminin	4	1	1	3	9	2	50.0% (20)
Allaitement maternel exclusif (MAMA)	7	1	1	3	6	2	50.0% (20)
Collier du cycle	7	1	1	3	7	0	47.5% (19)
Anneau	0	0	0	0	1	0	2.5% (1)
Méthodes le plus souvent fournis aux jeunes par les prestataires							
Injectables	6	1	4	4	8	4	67.5% (27)
Pilules contraceptive orales	3	1	4	6	8	4	65.0% (26)
Préservatif masculin	0	2	7	7	3	3	55.0% (22)
Implants	6	1	4	0	4	4	47.5% (19)
Contraception d'urgence	1	1	3	1	4	0	25.0% (10)
DIU	0	0	1	0	4	1	15.0% (6)
Préservatif féminin	0	1	1	0	2	0	10.0% (4)
Collier du cycle	0	0	1	0	2	0	7.5% (3)
Allaitement maternel exclusif (MAMA)	0	0	1	0	2	0	7.5% (3)
Raisons pour lesquelles ces méthodes sont le plus souvent fournies par le prestataire :							
Facile à utiliser	4	2	3	6	3	3	51.2% (21)
Disponible à tout moment	2	2	4	5	1	2	40.0% (16)
Accessible financièrement	0	1	2	3	2	1	22.5% (9)
Plus efficace/sure	0	0	0	0	0	3	7.5% (3)
Discrétion	1	0	0	1	1	0	7.5% (3)
Convenance personnelle	0	0	0	0	3	0	7.5% (3)
Protège contre IST/SIDA	0	1	1	1	0	0	7.5% (3)
Pas d'effets secondaires	0	0	0	2	0	0	5.0% (2)
Plus adapté pour eux	0	0	0	0	1	0	2.5% (1)

Procédures suivies par le prestataire lorsqu'il parle de PF							
Avec les jeunes (multiples réponses possible) :							
L'accueil	8	2	5	10	7	4	90.0% (36)
Identifier les buts/objectifs de visite de la cliente	6	2	6	4	5	1	60.0% (24)
Faire l'examen clinique	6	1	4	6	3	3	57.5% (23)
Fournir des informations sur les différentes méthodes de PF	7	1	3	7	6	4	70.0% (28)
Discuter des préférences de la cliente en matière de PF	5	0	1	9	2	3	50.0% (20)
Aider la cliente à choisir une méthode	8	2	1	7	4	4	65.0% (26)
Expliquer à la cliente comment utiliser la méthode choisie	8	2	1	8	5	3	67.5% (27)
Expliquer les effets secondaires	8	1	3	7	5	3	67.5% (27)
Donner un rendez-vous ou référence (si nécessaire)	7	2	3	9	4	2	67.5% (27)
Type de système d'assurance qualité (PF)							
Supervision formative	6	0	3	1	2	1	32.5% (13)
Renforcement de capacité du personnel	5	0	0	0	2	2	22.5% (9)
Contrôle routinier	3	2	2	0	0	1	20.0% (8)
pas de système d'assurance qualité pour PF	2	0	2	9	7	2	55.0% (22)
La prise en charge du District Sanitaire pour améliorer la qualité des prestations de services PF:							
Faire des renforcements de capacités	4	1	4	1	1	2	32.5% (13)
Supervision périodique	3	0	3	1	2	1	25.0% (10)
Réunions de coordination	6	1	0	1	1	1	25.0% (10)
Veiller à la disponibilité des médicaments essentiels/ produits PF	4	1	1	1	0	0	17.5% (7)
Rendre disponibles les modèles SAJ	4	0	0	0	0	0	10.0% (4)
Veiller à la fonctionnalité du matériel/ équipement	2	1	0	0	0	0	7.5% (3)
pas de système d'assurance qualité pour PF	2	0	2	9	7	2	55.0% (22)

Dans l'évaluation qualitative, il a été demandé aux responsables du programme de SSR - les seuls participants dont le travail concernait directement la prestation de services de santé - d'expliquer leur compréhension de la SRAJ et des services adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes, en plus d'être interrogés minutieusement sur le travail de leur communauté dans la prestation de services de SRAJ.

Dans l'ensemble, les responsables de la SSR des six régions qui ont participé à l'évaluation qualitative ont démontré qu'ils comprenaient bien ce qu'il fallait faire pour que les services de SR répondent aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes, même s'ils ont relevé que les PPS avec lesquels ils ont travaillé ne répondaient pas à certains aspects.

Beaucoup ont parlé de la nécessité de protéger la vie privée des jeunes, surtout au vu de la crainte d'être aperçu par des connaissances dans les PPS, et d'encourager l'utilisation de la PF non seulement pour espacer les grossesses chez les adolescent(e)s et les jeunes mariés, mais aussi pour éviter les grossesses non planifiées et encourager les filles - mariées et célibataires – à poursuivre leur études. Comme l'illustre la section 1 sur l'utilisation des services de SR par les adolescent(e)s et les jeunes, les responsables de programme de SSR avaient également une bonne compréhension des principaux services pour lesquels les adolescent(e)s et les jeunes avaient le plus souvent visité les PPS. Quelques responsables ont également évoqué d'autres facteurs qu'ils jugeaient essentiels pour toucher les adolescent(e)s et les jeunes dans le cadre des services de SR, tels que des heures d'ouverture adaptées aux horaires des adolescent(e)s/jeunes et la garantie que les adolescent(e)s/jeunes font confiance à leurs prestataires, en ce qui concerne le maintien des informations traitées en toutes confidentialité. Un responsable de la SSR à Matam a ajouté qu'il était essentiel d'entretenir de bonnes relations et d'instaurer un climat de confiance avec les adolescent(e)s/jeunes :

> *Les services adaptés aux adolescents jeunes, nous pouvons citer d'abord, l'accès. Il y a l'accessibilité, il faut que les jeunes puissent accéder aux services sans stigmatisation et sans problème. […] Parce qu'aussi, quand le jeune vient, on lui pose des questions, ça crée un aspect qui fait que les jeunes n'accèdent pas aux services. Il faut établir une relation de confiance basée sur la liberté.*

3.3 Mesure dans laquelle les prestataires de services avaient une compréhension claire des SSAJ et des attitudes positives à l'égard de la prestation de services de SR aux adolescent(e)s et aux jeunes

Comme l'indiquent les *Normes mondiales de l'OMS pour des services de santé de qualité destinés aux adolescents* (2015), les prestataires de soins de santé devraient être compétents non seulement pour gérer les adolescent(e)s/jeunes dans des situations cliniques spécifiques, mais aussi pour faire preuve de conscience de leurs propres attitudes, valeurs et préjugés qui peuvent nuire à leur capacité à fournir des soins de manière confidentielle, non discriminatoire, sans jugement et respectueux aux adolescent(e)s/jeunes. Le tableau 33 présente des données sur les attitudes des prestataires de services pour répondre aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes en matière de SRAJ, assurer la confidentialité et obtenir le consentement des parents. Parmi les prestataires qui ont été formés et qui offrent au moins une méthode contraceptive, tous les prestataires ont donné au moins une réponse à cette question (données non présentées) et presque tous (90,0%) ont mentionné que leurs interactions

avec les jeunes pendant le counseling devraient « renforcer la confiance ». Plus de la moitié d'entre eux ont également mentionné assurer la « confidentialité » (70,0%) et la « disponibilité » (55,0%). Quelques prestataires (4) ont mentionné que lorsqu'ils interagissent avec les adolescent(e)s et les jeunes, il est important « d'écouter attentivement leurs besoins et leurs souhaits. »

Il a également été demandé à ces mêmes prestataires comment ils garantissent le respect de la vie privée de leurs clients afin que personne ne puisse en être au courant ou les voir pendant les consultations. Presque tous les prestataires (à l'exception de deux dans la région de Sédhiou) ont signalé un niveau élevé de protection de la vie privée des clients : « les bureaux sont fermés à clés lors des consultations » (95,0%). Il a également été demandé aux prestataires s'il y avait des situations dans lesquelles ils pouvaient refuser de répondre aux besoins liés à la SRAJ des adolescent(e)s/jeunes. Une seule prestataire (Matam) a mentionné que cette situation pourrait survenir « si le service demandé n'est pas adapté » [vraisemblablement, à la situation ou à la santé physique de l'adolescent(e)s/jeune, comme une demande de PF par une adolescente enceinte. Ce refus peut également refléter un obstacle venant du prestataire, par exemple, un client célibataire de 15 ans qui demande un DIU]. Les prestataires qui ont accepté qu'un prestataire ne puisse pas refuser d'offrir des services de SRAJ aux adolescent(e)s et aux jeunes ont brandi l'argument suivant : « la santé est un droit » (67,5%), « c'est une obligation » (40,0%) et « par respect aux normes » (32,5%).

Enfin, il a été demandé aux prestataires formés et offrant des méthodes contraceptives s'ils ont besoin du consentement des parents ou du conjoint d'un jeune avant de fournir des services de PF. Il est à noter que les normes/protocoles de PF du ministère de la Santé du Sénégal indiquent clairement qu'aucun consentement parental ou conjugal n'est requis pour offrir des services de PF à tout client, y compris un(e) adolescent (e) ou un jeune. Aucun des prestataires n'a signalé avoir exigé le consentement des parents ou du conjoint, ce qui signifie qu'au moins, ils sont conscients que le consentement n'est ni requis ni permis dans la prestation des services de PF. Parmi les raisons invoquées par les prestataires pour adhérer à cette norme, figurent les suivantes : « pour des raisons de confidentialité » (60,0 %), « principes de respect des droits humains » (60,0 %), « pour éviter la stigmatisation » (17,5 %) et « pour qu'il/elle soit plus à l'aise » (10 %).

Tableau 33 : Compréhension des SRAJ par les prestataires de services et attitudes à l'égard de la prestation de services de SR aux adolescent(e)s et aux jeunes

Indicateur	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Nombre de prestataires offrant des services de PF	n=8	n=2	n=7	n=10	n=9	n=4	n=40
Les attitudes du prestataire lors d'une consultation PF avec un adolescent / un jeune:							
Mettre en confiance	7	2	7	8	8	4	90.0% (36)
Confidentialité	7	2	5	9	2	3	70.0% (28)
Disponibilité	4	1	5	5	6	1	55.0% (22)
Veiller sur la sécurité	7	1	2	7	1	1	47.5% (19)
Empathie	4	1	0	4	4	3	40.0% (16)
Intimité	5	2	0	6	2	1	40.0% (16)
Neutralité	3	1	2	5	2	2	37.5% (15)
Ecoute attentive	0	1	1	1	1	0	10.0% (4)
Moyens qu'un prestataire de santé garantit l'intimité afin que personne ne puisse les entendre ou les voir pendant les consultations:							
Les bureaux sont fermés à clés lors des consultations	8	2	7	10	9	2	95.0% (38)
Les entretiens sont individuels	8	2	1	6	4	1	55.0% (22)
Les bureaux sont sécurisés	7	2	1	3	4	3	50.0% (20)
Les bureaux sont isolés	7	0	1	1	3	4	40.0% (16)
Pourcentage de prestataires déclarant qu'un prestataire peut refuser de répondre à un besoin SRAJ d'un adolescent / jeune	0	0	0	1	0	0	2.5% (1)
Scénario dans lequel il serait acceptable qu'un prestataire refuse un besoin SR d'un adolescent / jeune:							
Si le service demandé n'est pas adapté	0	0	0	1	0	0	2.5% (1)
Raison pour laquelle il serait inacceptable qu'un prestataire refuse de répondre à un besoin SR d'un adolescent / jeune:							
La santé est un droit	8	2	2	7	6	2	67.5% (27)
C'est une obligation	3	1	4	3	4	1	40.0% (16)
Par respect aux normes	1	1	1	4	2	4	32.5% (13)
Pourcentage de prestataires n'ayant pas besoin du consentement des parents ou du conjoint d'un adolescent ou d'un jeune pour leur fournir des services PF	8	2	7	10	9	4	100.0% (40)

Raisons pour lesquelles un prestataire n'exigerait pas le consentement du conjoint ou des parents pour fournir des services de PF aux adolescents / jeunes:								
Pour des raisons de confidentialité	2	2	6	5	5	4	60.0%	(24)
Principes de respect des droits humains	7	1	2	7	5	2	60.0%	(24)
Pour éviter la stigmatisation	3	0	1	2	1	0	17.5%	(7)
Pour qu'il/elle soit plus à l'aise	0	2	0	2	0	0	10.0%	(4)

Bien que les données de l'enquête aient probablement reflété les connaissances des prestataires plutôt que leurs comportements réels, les données qualitatives ont fourni des informations supplémentaires sur les attitudes et les pratiques des prestataires concernant le travail avec les jeunes. Bon nombre des responsables de programmes de SSR qui ont été interrogés - eux-mêmes aussi des prestataires - avaient des choses positives à dire sur les prestataires dans leur district ou leur région. Un responsable à Kaolack a noté que « *C'est le personnel qui est attentif, qui est accueillant, qui prend en compte tous les aspects, tous les besoins des ados/ jeunes, disponibilité par rapport au service, on dit aussi que la référence est une prise en charge*. » Un responsable à Kolda a observé que, « *Pour l'attitude des prestataires, je peux dire que nous entretenons d'excellentes relations avec les adolescents/ jeunes*. »

En réponse à la question de savoir si la réticence des adolescents et des jeunes à recourir aux services de SR était liée à la discrimination des prestataires de services, un responsable à Kédougou a affirmé « *La non-fréquentation de la structure sanitaire n'est pas liée à la discrimination encore moins de mauvaises attitudes des prestataires parce qu'une fois dans la salle de consultation, leurs secrets seront gardés confidentiels*. » Dans d'autres cas, les responsables des programmes de SSR ont été plus mitigés dans leurs évaluations. Bien que deux des responsables à Saint-Louis aient déclaré que l'attitude des prestataires ne posait pas de problème, un troisième interrogé dans cette région a reconnu que les compétences en matière de travail avec les adolescent(e)s et les jeunes n'étaient pas universelles chez les prestataires : « *Chaque individu a un comportement qui lui est spécifique, donc on ne peut pas changer le comportement de ces derniers du jour au lendemain, et dans chaque groupe y'a toujours des brebis galeuses. Il y a certains qui font correctement le travail. Par contre, d'autres qui sont un peu réticents*. » À Kaolack, un responsable a observé, « *Si on respecte vraiment les normes et droits du client, il ne devrait pas y avoir de discrimination, mais c'est toujours un problème, il y a des prestataires qui respectent, tous ceux qui font des bonnes choses comme on dit, d'autres qui font le contraire*. » Un responsable à Sédhiou a d'abord affirmé que la protection de la confidentialité des adolescent(e)s et des jeunes n'était pas un problème parce que les prestataires étaient correctement formés. À la question de savoir si les attitudes des prestataires étaient un problème, elle a répondu que ce n'était pas un problème dans son district car « *Tous les prestataires de santé ont été formés sur la santé sexuelle et reproductive*. » Pourtant, plus tard dans l'entretien, elle a semblé changer d'avis ; elle a répondu à une question sur la qualité des services de la SRAJ ainsi : « *C'est un problème par ce que le personnel qui est là, notamment les sages-femmes ne sont pas encore formées sur la SRAJ. Donc pour le personnel, oui c'est un problème, car les prestataires ne doivent pas faire un jugement de valeurs*. »

3.4 Mesure dans laquelle les adolescent(e)s/jeunes clients étaient satisfaits de leurs interactions avec les prestataires de services.

Le tableau 34 inclut les commentaires des adolescent(e)s et des jeunes clients lors des entretiens de départ sur les indicateurs connexes, qui reflètent les résultats des efforts des PPS pour former, encadrer et superviser les prestataires offrant des services de SRAJ d'une manière adaptée aux adolescent(e)s/jeunes. Les clients ont évalué presque tous les indicateurs liés aux interactions avec les prestataires, à l'information reçue, au traitement, à la protection de la vie privée et à l'assurance de la confidentialité à plus de 90 %. Presque tous les clients (99,4 %) estimaient avoir été traités « bien » ou « très bien » par le prestataire pendant la visite. Plusieurs indicateurs sur l'information, sur l'encouragement des questions des clients et sur l'intimité visuelle ont été identifiés en tant que lacunes par les clients dans quelques PPS. Par exemple, seulement 76,7 % des 30 clients interrogés à Kaolack étaient d'accord pour dire qu'ils estimaient avoir reçu l'information souhaitée du prestataire de soins de santé, et 46,7 de ces clients ont déclaré avoir été encouragés à poser des questions pendant la séance de counseling. Dans la plupart des régions, moins de la moitié des clients estimaient que le prestataire les encourageait à poser d'autres questions. De plus, seulement 60,0 % des clients de Sédhiou estimaient qu'ils bénéficiaient d'une intimité visuelle adéquate lors de leurs interactions avec le prestataire[h]. Malgré ces lacunes, les clients se sont dits très satisfaits de leur interaction avec le prestataire pendant les services de SRAJ.

[h] Il peut être important de souligner que la majorité des entretiens de départ à Sédhiou ont été menés à bien avec des clients qui pour la plupart ont obtenu des services par l'entremise d'une équipe d'assistance mobile . Ces réponses suggèrent peut-être que la protection de la vie privée visuelle est plus susceptible d'être une préoccupation pour ce type particulier d'approche de prestation de services.

Table 34 : Perceptions de la qualité des services SRAJ par les adolescent(e)s/jeunes (entretien de départ)

Composante qualité	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Nombre de cas	**30**	**30**	**30**	**30**	**30**	**30**	**180**
Avait l'impression d'avoir reçu l'information qu'il/elle voulait	76.7%	100.0%	83.3%	96.7%	86.7%	86.7%	88.3%
Le prestataire la encourage (e) à poser d'autres questions.	46.7%	73.3%	40.0%	53.3%	60.0%	36.7%	51.7%
A été traité « bien » ou « très bien » par le prestataire lors de la visite	96.7%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	93.3%	98.3%
A été traité « bien » ou « très bien » par le prestataire lors de la visite	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	96.7%	99.4%
A été traité "bien" ou "très bien" par le personnel d'enregistrement lors de la visite.	93.3%	100.0%	100.0%	100.0%	93.3%	100.0%	97.7%
Estime que les explications du prestataire pendant la visite étaient faciles à comprendre	93.3%	96.7%	96.7%	100.0%	100.0%	96.7%	97.2%
Le prestataire n'a rien fait ou dit qui l'a mis mal à l'aise.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
A affirmé que personne ne pouvait entendre la conversation qu'il/elle avait eue avec le prestataire.	90.0%	96.7%	100.0%	93.3%	93.3%	96.7%	95.0%
Rencontre avec le prestataire dans une salle séparée	96.7%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	93.3%	98.3%
Sentiment que la rencontre avec le fournisseur était privée (aucun autre client ne pouvait voir le répondant).	93.3%	100.0%	100.0%	90.0%	86.7%	60.0%	88.3%
Croit que les informations qu'il/elle a partagées avec le prestataire seront gardées confidentielles.	80.0%	96.7%	100.0%	90.0%	96.7%	83.3%	91.1%
Reviendra pour une autre visite dans ce PPS	96.7%	100.0%	100.0%	96.7%	100.0%	100.0%	98.9%
Rapports faisant état de « satisfaits » ou « très satisfaits » de leur visite	90.0%	100.0%	100.0%	100.0%	93.3%	90.0%	95.6%

Dans le volet qualitatif, les perceptions des jeunes quant à la question de savoir si les prestataires ont fait preuve de respect et ont interagi avec les adolescent(e)s et les jeunes d'une manière professionnelle - en s'abstenant de porter un jugement, en protégeant leur vie privée et leur confidentialité, etc.- étaient très mitigées à travers les six régions. Bien qu'il y ait eu quelques exceptions, la plupart des adolescent(e)s/jeunes femmes qui ont participé à des entretiens semi-structurés sur leurs expériences d'obtention d'un contraceptif moderne ont déclaré que leurs expériences d'interaction avec les prestataires pour obtenir cette méthode étaient positives, mentionnant souvent que les prestataires étaient « corrects » avec elles, ce qui signifie appropriés et respectueux. Certaines ont dit qu'il avait été facile de parler au prestataire et beaucoup ont dit qu'elles étaient largement satisfaites de l'expérience ; une jeune femme à Matam a parlé du prestataire de services avec laquelle elle avait eu des contacts : « *Elle était correcte et agréable. Il n'y avait aucun problème*. » Un dirigeant communautaire et un Bajenu gox à Kolda décrivent également les prestataires comme professionnels et ouverts dans leurs échanges : « *C'est très facile d'accès [des services de SSR], tout le monde peut y aller sans problème, ils sont (les prestataires de services) très ouverts d'esprit*. »

Des préoccupations au sujet du professionnalisme des prestataires à l'égard des adolescent(e)s et des jeunes ont également été exprimées par divers participants non-prestataires dans l'évaluation qualitative, qui se sont le plus souvent plaints que les prestataires de services étaient lunatiques et capricieux, fatigués, critiques et ne respectaient pas la vie privée des clients et la confidentialité. L'une des jeunes femmes qui a participé à un entretien semi-structurée à Matam a dit au sujet de la prestataire qu'elle a rencontrée pendant sa visite pour obtenir une méthode contraceptive moderne que,
« *Elle ne m'a pas très bien accueilli. A chaque fois elle disait qu'elle était fatiguée, qu'il fallait attendre. Et c'était désagréable car son ton et son visage étaient fermés. Elle parlait à haute voix « toi là tu es venue faire le planning familial ? Où est son dossier ? » et tout monde entendait cela*. » Une mère de Matam a également affirmé que les prestataires pouvaient être très lunatiques dans leurs interactions avec les membres de la communauté,
« *Cela dépend des humeurs des docteurs et cela varie. Parfois ils peuvent vous accueillir à bras ouvert et d'autres fois ils peuvent ne pas vous donner de l'importance*. » Une mère à Sédhiou s'est également plainte du fait que les prestataires semblaient faire preuve de tempérament et de jugement dans leur traitement des clients : « *Ça arrive qu'on soit enceinte et ne pas pouvoir aller à l'hôpital, ce qui est très dangereux, et peut même entrainer des maladies. Du coup quand tu vas à l'hôpital la sage-femme ne va pas te regarder par ce qu'elle dira que tu n'as pas respecté tes rendez-vous*. » La perception que les clients étaient jugés par les prestataires est également apparue dans les commentaires d'une mère qui a participé à une DG à Kaolack, qui a noté que le comportement critique des prestataires pouvait amener certains jeunes à éviter complètement les établissements de santé :

> *Les sages-femmes et les matrones sont nées ici et y ont grandi, de telle sorte qu'elles prennent tous les enfants comme les leurs, du coup elles ne cessent de sermonner, elles font fi du professionnalisme pour fustiger les comportements des jeunes. Même quand une mère de famille vient pour un produit contraceptif, on lui demande le pourquoi et elles font pire pour les enfants, du coup aucune fille célibataire n'osera venir ici au poste pour réclamer un produit contraceptif.*

Norme 4 : Les membres de la communauté, y compris les adolescent(e)s et les jeunes, facilitent la mise en œuvre et l'utilisation des services de santé par les adolescents et les jeunes.

Tel que décrit précédemment, la norme quatre (4) porte sur les efforts déployés par un PPS pour fournir un « environnement favorable » au niveau communautaire afin d'aider les adolescent(e)sjeunes à utiliser les services de santé. Idéalement, un PPS offrant des SSAJ met en œuvre des programmes de sensibilisation « pour s'assurer que les parents, les tuteurs et autres membres de la communauté et les organisations communautaires reconnaissent la valeur de la prestation de services de santé aux adolescents et soutiennent cette prestation et l'utilisation des services par les adolescents ». (OMS 2015). Cette section examinera dans quelle mesure les PPS coordonnent leurs activités avec des organisations externes, des membres de la communauté, et réalisent des activités de sensibilisation afin de créer un environnement positif et propice à l'utilisation des services par les adolescent(e)s et les jeunes.

4.1 Coordination avec la communauté et activités de sensibilisation

Dans le tableau 35, le premier ensemble d'indicateurs est mesuré au niveau du PPS, et les trois derniers indicateurs sont des données obtenues à partir d'entretiens avec des agents de santé communautaire (ASC/relais) qui travaillent dans les zones desservies d'intérêt, mais qui ne sont pas nécessairement rattachés aux PPS évalués inclus dans cette étude. Les données recueillies auprès des PPS comprennent le nombre de ASC/relais actifs rattachés au PPS, le nombre d'adolescent(e)s/jjeunes touchés et le nombre d'activités de sensibilisation menées au niveau communautaire. Le tableau 35 examine certaines de ces variables au niveau des résultats chez les jeunes interrogés au niveau communautaire, afin de déterminer si les jeunes, les parents ou d'autres membres de la communauté sont touchés par les activités de sensibilisation à la SRAJ dans leur communauté.

Les PPS ont la responsabilité soit de fournir directement de l'information aux adolescent(e)s/jeunes au niveau communautaire, soit d'engager des agents de santé communautaire ou de s'associer à des organisations locales pour mieux faire connaître les services qu'ils offrent aux jeunes. Les indicateurs ont été calculés en fonction des efforts déployés les PPS pour offrir ou appuyer les activités de sensibilisation communautaire et sont présentés au tableau 35. Ces données révèlent que seules deux PPS comprenait au moins un membre du personnel formé pour mener des activités communautaires de sensibilisation auprès des jeunes, un à Kolda et un à Kaolack. Malgré le fait que 16 PPS ont un plan pour mener des activités de sensibilisation au niveau communautaire, moins de la moitié (11 sur 23) des PPS évalués ont déclaré avoir régulièrement organisé des activités de sensibilisation communautaire sur les informations et les services relatifs à la SRAJ (y compris la PF).

De plus, 18 des 23 PPS (78,3 %) tiennent à jour une liste des organismes de soutien qui appuient l'utilisation des services de SRAJ par les adolescent(e)s et les jeunes. Cette liste peut servir de liste de référence pour l'orientation vers d'autres types de services (soutien social, santé mentale, MSF). Cependant, seulement cinq PPS rapportent qu'ils travaillent avec des ASC/relais au niveau communautaire pour renforcer et promouvoir l'utilisation des services de SRAJ chez les adolescent(e)s et les jeunes. Ces PPS comprennent un (1) centre de jeunesse (CCA), un (1) IME et trois (3) coins espace/jeunesse séparés, basés à Kaolack (1), Kolda (1), Saint-Louis (2), et Sédhiou (1). En ce qui

concerne le nombre d'ASC/relais, cette information est encore plus rare. Parmi ces cinq PPS, seulement deux ont été en mesure de fournir des listes d'ASC/relais formés et rattachés au PPS. Ces deux PPS ont déclaré n'avoir travaillé qu'avec 32 ASC/relais qui ont été formés et qui sont supervisés pour fournir des services de SRAJ au niveau communautaire.

Les PPS étaient plus susceptibles de signaler qu'ils travaillaient avec des pairs éducateurs formés au niveau communautaire (par opposition à ASC / relais) pour fournir des informations et promouvoir les services de SRAJ auprès des adolescent(e)s et des jeunes. Dans les six régions, 11 des 23 PPS évaluées ont déclaré travailler avec 403 pairs éducateurs, dont plus de la moitié à Kaolack (217 pairs éducateurs). Bien que ce nombre soit plus élevé que le nombre d'ASC/ rattachés, les pairs éducateurs ont généralement des niveaux de formation, de soutien et de supervision inférieurs à ceux de leurs homologues plus compétents à savoir les ASC/relais.

Tel que mentionné précédemment dans la Norme 1, plus de la moitié (16, ou 69,6 %) des PPS ont déclaré avoir un plan d'activités de sensibilisation communautaire, bien que seulement 10 PPS déclarent avoir mis en œuvre des programmes de sensibilisation par les prestataires ou par les ASC/relais au niveau communautaire (parents, membres de la communauté, dirigeants locaux) sur la valeur des services de SR fournis aux adolescents et jeunes au cours des trois moins passés. Dans l'ensemble, moins de la moitié des PPS évalués forment et supervisent des travailleurs de proximité ou mènent des activités de sensibilisation pour aider les jeunes à utiliser les services de SRAJ.

Le dernier ensemble d'indicateurs du tableau 35 est mesuré à l'aide d'entretiens avec les ASC / relais qui travaillent dans les zones desservies des PPS évaluées, **mais qui ne leur sont pas nécessairement rattachés.** Sur les 150 personnes interrogées, 122 (81,3%) ont déclaré disposer d'un plan de mise en œuvre visant à mener des activités de sensibilisation afin d'informer les adolescent(e)s et les jeunes au sujet des services de SRAJ fournis dans leur PPS respectif. Exactement 91 de ces 122 ASC / relais ont déclaré avoir mené des activités de sensibilisation auprès des jeunes de leurs communautés au cours des 12 mois précédant l'entretien et avoir enregistré le nombre d'adolescent(e)s/jeunes touchés (données non présentées). Après avoir examiné leurs documents, ces 91 ASC / relais ont estimé avoir touché environ 30 283 jeunes dans les six régions. Cela variait d'un minimum de 537 jeunes touchés par 12 ASC / relais (sur une période de 12 mois) à un maximum de 10 305 adolescent(e)s et jeunes touchés (15 ASC / relais) à Saint-Louis. Ces documents n'ont pas été validés par leurs superviseurs au niveau des PPS, mais les niveaux d'activité des ASC / relais semblent varier considérablement d'une région à l'autre. Enfin, le nombre total d'activités promotionnelles au niveau communautaire pour tous les publics a également été enregistré lors de ces entretiens. Parmi les 150 ASC / relais interrogés, 119 ont déclaré avoir mené 8 734 activités promotionnelles au niveau communautaire sur la SRAJ au cours des 12 derniers mois. Les activités mises en œuvre vont de 319 conduits par 23 ASC / relais à Matam au cours des 12 derniers mois à 4 248 activités de sensibilisation conduites par 25 ASC / relais à Kaolack.

Table 35 : Les membres de la communauté, y compris les adolescent(e)s et les jeunes, facilitent la mise en œuvre et l'utilisation des services de santé par les adolescent(e)s et les jeunes

Indicateur	RÉGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Nombre de cas (PPS)	**n=5**	**n=2**	**n=4**	**n=3**	**n=5**	**n=4**	**n=23**
Nombre de PPS qui dispose d'un plan d'activités de sensibilisation au niveau communautaire	5	2	2	1	2	4	16
Nombre de PPS qui organisent régulièrement des activités de sensibilisation de la communauté au sujet des SSAJ (y compris la PF)	2	1	3	2	2	1	11
Nombre de PPS qui ont mis à jour la liste des organisations partenaires afin d'accroître le soutien communautaire en faveur de l'utilisation des services par les adolescents/jeunes	4	2	3	3	2	4	18 (78.3%)
Nombre de PPS qui ont prévu des programmes de sensibilisation (prestataires ou ASC/Relais/Bajenu gox) pour informer les jeunes, parents, organisations communautaires, écoles, etc. sur la valeur de l'offre de services de santé aux adolescents/jeunes au cours des 3 derniers mois	2	1	2	0	4	1	10
Nombre de PPS travaillant avec des ASC/Relais pour promouvoir la santé et renforcer l'utilisation des services (in général)	1	0	1	0	2	1	5
Nombre de PPS qui ont des ASC/relais/BG/ matrones formés **(Au moins un)** pour effectuer des sensibilisations pour les adolescents/jeunes dans la communauté	1	0	1	0	0	0	2
Nombre d'agents du niveau communautaire (ASC/Relais, etc.) formées sur la SRAJ dans les PPS	30	0	2	0	0	0	32 ASC

Nombre de PPS qui forment et assurent une supervision favorable aux pairs éducateurs adolescents/jeunes	4	0	2	2	2	1	11
Nombre de pairs éducateurs formés sur la SRAJ dans les PPS	217	20	20	61	66	19	403 pairs éducateurs
(Les indicateurs ci-dessous proviennent de l'ensemble de données des ASC/relais)							
Nombre de cas (ASC/relais)	**n=25**	**n=13**	**n=25**	**n=25**	**n=37**	**n=25**	**n=150**
Nombre (pourcentage) des ASC/relais qui déclarent qu'ils prévoient des programmes de sensibilisation pour informer les adolescents/jeunes sur la prestation des services de SRAJ	19 (76.0%)	13 (100.0%)	24 (96.0%)	12 (48.0%)	30 (81.1%)	24 (96.0%)	122 (81.3%)
Nombre d'adolescents/jeunes sensibilisés sur la SSR/PF dans les	3,984 (15)	593 (10)	9,713 (15)	537 (12)	10,305 (15)	5,151 (24)	30,283 (91 ASC/relais)
PPS au cours des 12 derniers mois par les ASC/relais							
Nombre d'activités promotionnelles de SRAJ réalisées dans la communauté au cours des 12 derniers mois par	4,248 (25)	687 (12)	1,339 (23)	319 (23)	1,428 (12)	713 (24)	8,734 (119 ASC/relais)

Le tableau 36 présente des données d'entretien auprès d'adolescent(e)s/jeunes de la communauté afin d'évaluer le niveau de sortie des indicateurs liés à la norme 4. Selon ces résultats, 10,3% de tous les adolescent(e)s/jeunes de la communauté ayant déjà entendu parler des services de SRAJ ont reçu des informations sur la SRAJ ou des recommandations de la part d'un pair éducateur. Ce pourcentage varie selon les régions, allant de 3,1% des adolescent(e)s/jeunes de Saint-Louis à 16,5% des adolescent(e)s/jeunes de Kolda, qui ont été contactés par un pair éducateur au sujet de la SRAJ. Une petite proportion d'adolescent(e)s/jeunes (3,6%) qui ont déjà entendu parler des services de SRAJ ont en effet reçu une recommandation d'un agent de santé communautaire (ASC / relais). Cette proportion était similaire d'une région à l'autre, à l'exception de la région de Sédhiou, où 11,6% des adolescent(e)s/jeunes ont déclaré avoir été référés pour des services SRAJ par un ASC, un relais ou un autre agent de santé communautaire.

Dans les six régions, près d'un tiers des adolescent(e)s et des jeunes qui ont déjà entendu parler des services de la SRAJ ont déclaré avoir participé à des activités de promotion de la santé et de sensibilisation axées sur une utilisation croissante des services de la SRAJ, avec un minimum de 17,4% de jeunes à Sédhiou à un maximum de 42,9% à Matam. Enfin, environ 14,4% des jeunes ont convenu que les organisations et les individus de leurs communautés soutenaient la fourniture de services de SRAJ et leur utilisation par les adolescent(e)s et les jeunes. Ces pourcentages étaient les plus faibles dans les régions de Saint-Louis et de Sédhiou (respectivement 7,7% et 7,2%) et plus élevés dans les régions de Matam, Kédougou et Kaolack (respectivement 21,4%, 19,7% et 18,8%). Dans l'ensemble, si l'on examine

ces pourcentages au niveau mondial (n = 2 400), seuls 6% environ des jeunes sont touchés par le biais d'activités promotionnelles menées au niveau communautaire par toute organisation ou tout PPS (données non présentées).

Tableau 36 : Expérience des services de sensibilisation sur la SRAJ au sein des adolescent(e)s/jeunes au niveau communautaire

Variable	RÉGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Pourcentage de jeunes qui ont déjà entendu parler des services de la SRAJ et qui ont reçu ces services d'un pair éducateur.	4.7%	7.6%	16.5%	14.3%	3.1%	15.9%	10.3%
Nombre de cas	85	66	103	28	65	69	416
Pourcentage de jeunes qui ont déjà entendu parler des services de la SRAJ et qui ont eu des recommandations venant d'agent de santé communautaire (ASC/Relais/Bajenu Gox)	1.2%	3.0%	2.9%	3.6%	0.0%	11.6%	3.6%
Nombre de cas	85	66	103	28	65	69	416
Pourcentage d'adolescents/jeunes dans la communauté (qui ont déjà entendu parler de services de SRAJ) qui sont exposés aux activités promotionnelles et de sensibilisation ayant trait à la santé, et visant à accroitre l'utilisation des services SRAJ	29.4%	34.8%	36.9%	42.9%	40.0%	17.4%	32.7%
Nombre de cas	85	66	103	28	65	69	416
Pourcentage de jeunes (qui ont déjà entendu parler de services de SRAJ) qui déclarent que des acteurs et organisations communautaires appuient dans l'offre de services de santé ainsi que leur utilisation par les adolescents	18.8%	19.7%	14.6%	21.4%	7.7%	7.2%	14.4%
Nombre de cas	85	66	103	28	65	69	416

4.2 Mesure dans laquelle les membres de la communauté sont perçus comme facilitant la mise en œuvre et l'utilisation des services de santé par les adolescent(e)s et les jeunes

Pour comprendre qualitativement dans quelle mesure la quatrième norme de la stratégie 2014-2018 du Sénégal pour la SRAJ est respecté, l'évaluation a exploré les rôles que les non prestataires, y compris les pairs éducateurs, les Bajenu gox, les parents, les leaders communautaires et ceux impliqués dans les organisations de la société civile, ont joué pour faciliter la prestation de services, notamment par la sensibilisation sur les questions de SR qui sont particulièrement urgentes pour les adolescent(e)s et les jeunes.

Alors que de nombreux participants à l'évaluation qualitative dans les six régions ont déclaré qu'il fallait faire davantage pour sensibiliser à propos des questions de SRAJ et améliorer l'accès aux services de SRAJ, la plupart des participants ont pu citer au moins un type de non-prestataire dans leur région qui était impliqué dans la sensibilisation et/ou la facilitation des liens avec la prestation des services de SR pour adolescent(e)s et jeunes. En effet, dans les six régions, il semblait y avoir une variété d'acteurs en dehors des prestataires de services - en particulier les Bajenu gox, les organisations de la société civile et les pairs éducateurs, mais aussi les leaders communautaires, les chefs religieux et les clubs scolaires - qui étaient activement impliqués dans une vaste gamme d'activités, souvent en coordination les uns avec les autres et/ou les PPS mettant en œuvre les SSAJ, pour essayer d'aborder divers problèmes de SRAJ. Comme l'a résumé un dirigeant communautaire de Kaolack lorsqu'on lui a demandé quels programmes liés à la SRAJ était disponible :

> *Il y'a des ONG qui œuvrent sur ce plan. Il y a aussi des imams qui travaillent sur ce plan grâce aux ONG qui les forment sur les techniques de communication afin qu'ils fassent des sensibilisations. Également certaines femmes le font bénévolement. Il y'a aussi les « Bajenu gox » qui sensibilisent sur ces questions parce que les enfants vont souvent vers elles pour se confier.*"

4.2.1 Perceptions concernant les Bajenu gox

Les Bajenu gox était souvent parmi les premières (et parfois les seuls) ressources non-prestataires nommées par les participants à l'évaluation qualitative lorsqu'il leur a été demandé si la communauté bénéficiait d'activités de sensibilisation liées à la SRAJ ou de services fournis par des acteurs autres que ceux directement liés aux PPS. Dans les six régions, les Bajenu Gox ont toujours décrit leur travail comme un engagement avec les communautés pour répondre à leurs questions en matière de SR et les orienter vers les services appropriés. Comme l'a expliqué un Bajenu gox à Kédougou :

« *Mes rôles et responsabilités dans la santé sexuelle et reproductive des adolescents/jeunes sont de communiquer et d'être à leurs dispositions pour pouvoir les guider et les orienter. Il m'incombe de les conseiller, de les sensibiliser sur les bienfaits et les méfaits relatifs à la santé sexuelle surtout au sein de ma communauté.* »
Un Bajenu Gox à Saint-Louis a noté que l'engagement avec les communautés prenait de nombreuses formes :

> *On organise souvent des causeries pour échanger avec les populations. On fait des visites à domicile (VAD) pour sensibiliser les autres qui n'assistent pas aux causeries, des entretiens individuels, des activités de masse comme les mobilisations sociales avec la présence des leaders pour faire passer le message. On fait des plaidoyers auprès des leaders d'opinion, transmetteurs de pouvoir comme les hommes et ceux transmetteurs d'influence comme les hommes religieux pour qu'ils nous aident dans la transmission de l'information pour le changement des comportements.*

Parmi les participants qui ont pris part à l'évaluation qualitative, les Bajenu gox ont été décrits comme étant des bénévoles dévoués qui ont rendu un précieux service à leur communauté. Un père à Matam a expliqué que les Bajenu Gox ont éduqué les membres de sa communauté :

« *Ce sont elles que nous voyons sur le terrain et qui discutent avec les enfants sur les questions ayant trait à la santé sexuelle et reproductive des adolescents/ jeunes*. » Un responsable de programme de SSR à Kédougou a félicité les Bajenu Gox pour leur dévouement : « *Nos partenaires, par exemple les Bajènu Gox travaillent avec nous 24h/24, elles orientent, elles accompagnent, elles font des causeries, elles font tous. Elles sont tout le temps avec nous*. » Elle a également fait remarquer qu'ils ont été en mesure de toucher des personnes vivant dans des régions éloignées: « *Il y a aussi les Bajènu Gox des autres zones qui sont formées pour aller dans les zones reculées, dans les villages ou quartiers pour sensibiliser, faire des causeries, des visites à domicile (VAD) et entretiens individuels, avec les acteurs communautaires*. » En réponse à une question sur les raisons pour lesquelles les parents ne dirigeaient pas leurs enfants vers les PPS pour des services de SR, une mère à Sédhiou a noté qu'ils font appel aux Bajenu gox pour combler ce besoin :

« *Mais nous adultes quand on a des problèmes on convoque une réunion et nous invitons les « Badiène gokh ». Elles nous conseillent et moi à mon retour j'appelle mes enfants et les conseille à ce sujet. Mais de là à les orienter vers ces services, je ne l'ai jamais fait. »* Comme l'indique cette dernière citation, les Bajenu gox ont souvent été les premiers à entendre parler des problèmes de SR auxquels sont confrontés les adolescents et les jeunes dans leurs communautés ; leur rôle était d'éduquer les membres de la communauté et de les encourager à rechercher les services dont les adolescent(e)s et les jeunes ont besoin.

En dépit des juements positifs dont les Bajenu gox ont fait l'objet, décrites comme importants pour la sensibilisation et l'éducation à propos de la SRAJ, elles semblaient être une solution imparfaite aux nombreux problèmes de SR auxquels les adolescent(e)s et les jeunes étaient confrontés. Dans les six régions, les participants à l'évaluation qualitative - y compris de nombreux bajenus gox eux-mêmes - ont noté qu'ils n'avaient reçu qu'une petite formation ou pas liée à la SRAJ, ce qui signifie que certains des conseils et services qu'ils donnaient ne correspondaient pas aux normes que l'on pourrait attendre d'un véritable prestataire de services de santé. Par exemple, les deux Bajenu gox interrogés à Kolda ont exprimé la conviction que le consentement parental était exigible pour traiter les jeunes dans les centres de santé, ce qui non seulement contredisait les points de vue exprimés par les responsables de programmes de SSR interrogés dans cette région (ainsi que les opinions exprimées par la majorité des parents et dirigeants communautaires qui ont participé aux DG et IDI dans cette région), mais pourrait également signifier que les Bajenu gox pouvaient décourager les jeunes qui auraient autrement recherché des services. Une Bajenu gox à Kédougou a fait la remarque suivante,

« *En tant que Bajenu Gox, je dois être au courant de l'existence de certains services comme le centre de santé, le CCA mais je n'ai pas été informée là-dessus*. » Un Bajenu Gox à Matam a relevé que le fait que les Bajenu Gox n'étaient pas payés était démoralisant et impliquait des difficultés à accomplir tout le travail qu'ils devaient faire avec une petite formation et aucun paiement, ajoutant que : « *Nous demandons une motivation financière et une formation qualifiée qui nous permettra de travailler sans difficulté*. »

4.2.2 Perceptions concernant le rôle des OSC et des ONG

Dans les six régions, les participants à l'évaluation qualitative ont cité un grand nombre d'OSC locales ainsi que plusieurs ONG et projets internationaux qui étaient engagés dans le domaine de la SRAJ, plusieurs en coordination avec d'autres organisations, les autorités de district ou nationales, et/ou le système de santé. Les OSC et les ONG les plus souvent mentionnés par les participants étaient Enda (dont Enda Santé), MSI, TOSTAN, la Croix-Rouge et le projet Neema.

Des représentants d'un large éventail d'OSC, y compris des OSC axées sur la jeunesse et/ou la santé, ont pris part à l'évaluation qualitative et ont décrit une série d'activités visant à aborder les questions de SRAJ, de la mobilisation des adolescent(e)s/jeunes à la sensibilisation des parents, l'administration du dépistage du VIH et des IST, le renforcement des capacités des prestataires de soins de santé et d'autres acteurs censé fournir des services de SRAJ ou s'attaquer à la stigmatisation qui entoure les questions spécifiques liées à la SRAJ. Comme l'a affirmé le responsable du programme de SSR au sujet du travail accompli par l'organisation à Kédougou concernant la SRAJ : « *Nous y menons des activités conjointes : dépistage, causeries, sensibilisations, distribution de préservatifs*. » Un responsable à Matam a affirmé que le travail de l'organisation consistait à « *la sensibilisation sur l'excision, la sensibilisation sur le maintien des filles à l'école, la sensibilisation sur le VIH et aussi la sensibilisation sur l'alphabétisation. [...] Aussi, on fait des causeries à l'école élémentaire et au lycée*. »

Ce ne sont là que quelques exemples de la grande variété de travaux que les représentants des OSC qui ont participé à l'évaluation qualitative ont dit avoir entrepris, souvent en coordination avec les prestataires de soins de santé, les autres OSC et les autres acteurs communautaires. Un responsable de programme de SSR à Kaolack, par exemple, a noté que l'organisation travaillait avec des Bajenu gox: « *Avec les « badienou gokh » ou relais qui sont membres d'une association, on travaille avec elles pour la sensibilisation, à Kaolack il y a beaucoup d'associations de relais*. » Les participants à l'évaluation qualitative ont également souligné les efforts déployés par d'autres organisations pour résoudre les problèmes liés à la SRAJ. Une mère à Kolda a dressé une liste d'acteurs impliqués dans la sensibilisation et la facilitation de l'accès aux services de SRAJ :
« *Des fois c'est le CCA, il y a aussi Enda Jeunesse Action, Enda Santé… Des fois nous jouons des sketchs pour illustrer ce que nous disons afin que les gens en tirent des leçons, Tostan également ils font de leur mieux. Vraiment il y a beaucoup d'ONG qui interviennent dans la problématique des jeunes*. » Un dirigeant communautaire à Sédhiou a noté qu'un certain nombre d'organisations différentes travaillaient sur les questions de SRAJ dans sa communauté, notamment des clubs scolaires et une initiative internationale : « *Il s'agit notamment des clubs EVF (Education à la Vie Familiale), des clubs des élèves dans les établissements scolaires. Il y a également OSIWA (Open Society Initiative for West Africa) qui travaille dans le cadre de la sensibilisation envers les adolescent(e)s jeunes et les parents des adolescents pour un changement de comportement.* » Un responsable du programme de SSR a également mentionné les clubs scolaires lorsqu'il lui a été demandé s'ils collaboraient aux efforts de la SRAJ : « *Il y a le Conseil "Neema" qui est là et qui regroupe des ONG et qui travaille dans le cadre de la SRAJ. Tout récemment, on a formé 14 relais communautaires. Il y a les clubs EVF et les associations de jeunes avec qui on a l'habitude de travailler*. »

Un père à Kaolack a déclaré que sa communauté avait reçu un soutien non seulement financier, mais

aussi d'un autre genre de la part d'ONG, dont Enda Jeunesse Action et une organisation caritative religieuse : « *Nous nouons également des partenariats avec les bonnes volontés, les ONG, les personnes ressources. Nous accompagnons même dès fois des filles en état de grossesses précoces dans l'achat des ordonnances par le billet du volet appui urgence médical grâce à nos partenaires comme Enda jeunesse action et CARITAS*. » Enda a également été mentionnée par une mère à Sédhiou qui a exprimé un grand enthousiasme pour ses activités : « *Maintenant, la sensibilisation est à tous les niveaux surtout avec l'implantation d'Enda, les jeunes sont impliqués, ils sensibilisent leurs pairs, non vraiment chapeau ! Ils entrent dans tous les quartiers de la localité, les daaras, les écoles partout ; « Mashallah » (bravo, félicitations)*. » Un responsable de programme de SSR à Saint-Louis a noté que MSI a joué un rôle important dans des activités à plus grande échelle telles que le soutien de services gratuits dans les structures de santé et la construction d'espaces adapté aux jeunes : « *Avec l'espace jeune installé avec le projet Marie Stopes International, ils font des visites au niveau des écoles et discutent avec les élèves sur des thèmes. Ils font des causeries avec les adolescents/jeunes mais aussi avec les parents car ils en ont une part de responsabilité*. »

4.2.3 Perceptions concernant le rôle des pairs éducateurs

Nombre des pairs éducateurs qui ont participé à l'évaluation qualitative dans les six régions semblaient être très fiers de leur travail et ont décrit en détail leurs efforts pour toucher, avec des informations et des conseils, les adolescent(e)s et les jeunes, ainsi que leurs parents et leurs communautés au sens large. Les rôles des pairs éducateurs étaient les suivants : visites à domicile, distribution de préservatifs masculins et féminins, conseils individuels, discussions de groupe, activités de sensibilisation, et recommandation. Comme l'a expliqué un pair éducateur à Matam, *« nous faisons des visites à domicile (VAD), des causeries et des mobilisations sociales* » ; D'autres ont noté qu'ils ont travaillé avec des techniciens de laboratoire pour administrer des tests mobiles de dépistage des IST, qu'ils ont contacté les directeurs d'école et les enseignants pour planifier des activités pour les élèves des écoles, ou qu'ils ont organisé des concerts et des événements pour sensibiliser les gens aux problèmes de SRAJ. Un pair éducateur à Sédhiou a résumé le rôle de cette manière : « *Notre rôle est de participer à toutes les activités de jeunesse, de santé sexuelle et reproductive et à tous nos domaines d'intervention*. » Les pairs éducateurs ont fait preuve de créativité et d'ingéniosité dans leur travail, en faisant appel à des musiciens locaux et à la radio, et en mettant sur pied des pièces de théâtre pour toucher les jeunes. Un pair éducateur à Kaolack a expliqué que : « *Les pièces théâtrales aussi font partie des meilleurs moyens parce qu'il y'a des personnes qu'on ne peut éduquer qu'avec le jeu*. » Un pair éducateur à Matam a noté : « *Nous avions contacté des rappeurs pour qu'ils fassent un son sur le VIH/ Sida, aussi, on avait fait une émission radio à [un locale] pour faire la sensibilisation*. » Les projections de films ont également été mentionnées comme un outil utilisé par les pairs éducateurs dans plusieurs régions. Les pairs éducateurs ont présenté l'utilisation de téléphones cellulaires, de WhatsApp, de Facebook, de réunions en personne et de Clic Info Ado pour interagir avec les adolescent(e)s et les jeunes, ainsi que les éduquer ; ce dernier point a été expliqué par un pair éducateur à Sédhiou : « *On a une base de données sur l'ordinateur et quand un jeune veut une information, il entre la question et l'ordinateur lui donne directement la réponse*. »

La collaboration avec d'autres organisations et avec les prestataires de soins de santé a été l'un des principaux points centraux du travail des pairs éducateurs dans les six régions. Un pair éducateur à Kédougou a noté que les pairs éducateurs s'engageaient beaucoup auprès des écoles par le biais des clubs : « *Nous avons le club EVF qui se trouve dans les écoles, comme c'est*

là- bas que l'on se voit le plus pour communiquer sur les mariages et grossesses précoces, les IST/Sida.»

Un autre pair éducateur dans la même DG a ajouté que, « *On peut aussi ajouter l'AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert), le Centre de Guidance Infantile, le CAOSP (Centre Académique de l'Orientation Scolaire et Professionnelle) qui est aussi là pour orienter les jeunes*. » Un pair éducateur à Koalack a relevé que les pairs éducateurs collaboraient avec les prestataires de soins de santé pour mener leurs activités, « *Nous avons une bonne collaboration avec les acteurs en ce sens que les activités se font sous la tutelle du district ou de la région médicale*. » À Sédhiou, un pair éducateur a noté que les autres pairs éducateurs collaboraient avec les organisations de la société civile, le CDEPS (Centre Départemental d'Education Populaire et Sportive), et les prestataires :

> *Du coté des prestataires de services de santé on peut dire que nous avons une franche collaboration car quand on parle de CCA il y a forcément un lien avec les postes et centres de santé, le district par ce qu'il y a certaines activités qui nécessitent leur validation. C'est une interdépendance, on peut avoir besoin d'eux, comme eux aussi peuvent avoir besoin de nous pour dérouler des activités.*

Interrogé sur le rôle que les jeunes ont joué dans la promotion de la SRAJ, un pair éducateur à Kaolack a déclaré avec satisfaction : « *Ils jouent un rôle vraiment formidable, ils sont en train d'organiser des causeries, de sensibiliser, de se parler entre eux, de prendre en charge leurs préoccupations*. »

4.2.4 Perceptions concernant le rôle de la radio communautaire

Bien que cela n'ait pas fait l'objet d'une discussion approfondie, les données qualitatives montrent clairement que la radio communautaire a joué un rôle important dans la sensibilisation aux questions de SRAJ. De nombreux parents des six régions ont dit avoir entendu parler pour la première fois des services de SR adaptés aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes par le biais de la radio et avoir pu en apprendre davantage sur ces questions en se mettant à l'écoute de la radio. Une mère qui a participé à une DG à Sédhiou a observé qu'une station de radio communautaire dans sa région « *fait des sensibilisations dans la localité sur la sexualité précoce et le mariage précoce*. »

Certains responsables de programme de SSR ont noté qu'eux-mêmes et d'autres prestataires de services parlaient parfois des questions de SRAJ à la radio. Les pairs éducateurs ont également souligné que la radio est une ressource importante. Un pair éducateur à Kédougou a noté que les pairs éducateurs l'utilisaient dans la région pour éduquer la communauté :

> « *Parfois, on fait de la publicité à la radio. On fait aussi des débats à la radio sur le Sida pour sensibiliser les gens surtout ceux qui habitent en milieu rural pour que l'information puisse atteindre tout le monde*." Un pair éducateur à Kaolack a déclaré: "*Il y'a aussi une radio communautaire ici où une émission dédiée aux adolescents est présentée. Les adolescents/jeunes participent à l'antenne pour discuter sur ces questions*. »

Norme 5 : Le système de gestion des services de santé prend en compte de manière appropriée les aspects liés à la SR des adolescent(e)s et des jeunes.

Pour comprendre dans quelle mesure la cinquième norme de la stratégie 2014-2018 du Sénégal pour la SRAJ a été respectée, l'évaluation a exploré le type de supervision et de contrôle existant au niveau du PPS, ainsi que l'enregistrement et l'utilisation des statistiques de services. Cette section présente les conclusions sur les pratiques de gestion et de collecte des données au niveau des PPS, ainsi que sur l'utilisation des services pertinents de SRAJ dans les PPS évalués.

Les données sur les pratiques de gestion, y compris la tenue des dossiers, et l'utilisation des données sont présentées au niveau du PPS au tableau 37. D'après ces résultats, toutes les structures (23) disposent de registres ou d'un autre système de collecte de données sur les principaux services de SRAJ fournis. Cependant, un peu plus de la moitié (13) de ces PPS ont mentionné qu'ils communiquaient régulièrement (trimestriellement ou mensuellement) aux districts de santés des données sur l'utilisation de services spécifiques de SRAJ par les adolescent(e)s et les jeunes, et 12 PPS ont déclaré utiliser les données des services pour planifier des actions et mettre en œuvre des initiatives visant à améliorer la qualité.

Plus de la moitié (15) des 23 PPS évalués ont indiqué qu'ils disposaient d'un système de supervision fonctionnelle et d'assurance qualité pour améliorer la capacité des prestataires à offrir des services de SRAJ. Cependant, seulement sept (7) PPS à Kaolack, à Matam et à Sédhiou reçoivent ou mènent des activités de supervision de soutien sur une base régulière (au moins une fois par mois). Au total, 11 PPS ont indiqué que leurs activités de supervision comprenaient un examen de la qualité des données des registres et le SIGS (système d'information sur la gestion de la santé) basé sur les PPS pour s'assurer que les données et indicateurs de la SRAJ sont vérifiés.

Les pairs éducateurs et les agents de santé communautaires ont besoin de contacts et d'un soutien réguliers, d'une formation de recyclage, d'outils et d'une supervision de soutien pour s'assurer que leurs efforts et leurs informations partagées sont de bonne qualité. Dans la section précédente (norme 4), 11 structures ont indiqué qu'elles avaient un programme de formation et de soutien aux pairs éducateurs qui fournissent des services de proximité dans la communauté. Cependant, le tableau 37 montre que seulement 7 de ces PPS disposent d'un système et d'outils pour suivre et superviser les pairs éducateurs sur une base mensuelle.

Il a été demandé aux responsables de PPS s'ils disposaient ou non d'un mécanisme permettant aux jeunes de fournir un commentaire sur leur niveau de satisfaction à l'égard des services de SSAJ. Un peu plus de la moitié (13) ont déclaré avoir un moyen d'obtenir des commentaires de leurs clients adolescents et jeunes, et 10 d'entre eux ont indiqué qu'ils analysent et utilisent régulièrement les données de ces séances pour améliorer les services offerts aux jeunes. Des renseignements supplémentaires provenant des sondages communautaires et des sondages auprès des jeunes clients sur les commentaires des adolescent(e)s/jeunes au sujet des services seront présentés plus loin dans la présente section.

Tableau 37 : indicateurs clés liés à la norme cinq (Le système de gestion des services de santé prend en compte de manière appropriée les aspects liés à la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et des jeunes)

Indicator	REGION (non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Nombre de cas (PPS)	**n=5**	**n=2**	**n=4**	**n=3**	**n=5**	**n=4**	**n=23**
Nombre de PPS disposant de registres ou autres systèmes mis en place pour recueillir des données sur l'utilisation des services	5	2	4	3	5	4	23 (100%)
Nombre de PPS présentant des rapports réguliers (trimestriels ou mensuels) aux districts sanitaires comprenant des données **sur l'utilisation de services spécifiques par les adolescents/jeunes**	2	1	2	2	3	3	13
Nombre de PPS utilisant des données portant sur les services pour la planification de l'action et la mise en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité	2	1	2	2	3	2	12
Nombres de PPS dotés d'un système de supervision fonctionnel pour améliorer le rendement des prestataires	5	0	2	2	4	2	15
Nombre de SPP qui reçoivent ou effectuent des visites de supervision au moins une fois par mois	3	0	0	2	0	2	7
Nombre de PPS disposant d'un système et d'outils de suivi et de supervision des pairs éducateurs sur une base mensuelle	3	0	0	2	1	1	7
Nombre de PPS disposant d'un mécanisme permettant aux jeunes de donner leur avis sur leur satisfaction à l'égard des SSAJ	4	0	4	2	3	0	13
Nombre de PPS qui analysent et utilisent les données de ces commentaires de clients pour améliorer les services offerts aux jeunes.	4	--	3	2	1	--	10

Les responsables de programmes de SSR interrogés sur la supervision des prestataires de soins de santé ont noté qu'il existait une structure formelle de supervision, bien que de nombreux répondants n'aient pas fourni beaucoup d'informations sur la nature de la supervision qui a eu lieu. Un responsable à Matam a simplement relevé que : « *Il y a un système de suivi évaluation et dans ce cas nous impliquons nos acteurs communautaires, les relais, les Agents de santé communautaires et les Bajenu gox, qui vont nous permettre d'avoir le suivi des services*. » Plusieurs participants ont noté que la supervision se faisait à plusieurs niveaux, comme l'explique un responsable à Saint-Louis : « *Le district supervise les postes de santé tous les trois mois et le district est supervisé par la région [médicale] tous six mois. Les postes de santé aussi mènent des supervisions au niveau des cases de santé, de façon mensuelle ou bimensuelle*. »

Au niveau régional, un responsable de la SSR à Kolda a expliqué qu'il y avait « *Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale qui déploient des agents qui viennent assurer la supervision. »* Un responsable à Saint-Louis a indiqué qu'une réunion se tenait tous les trois mois pour passer en revue les données et les activités de la période précédente et que l'ICP (Infirmiers Chef de Poste) visiterait les communautés une fois par mois.

Au niveau du district, selon le responsable du programme de SSR de Kolda cité ci-dessus, « *Nous menons des missions de supervision à l'endroit des postes de santé surtout sur la santé de la reproduction*. » Le responsable à Kaolack a noté que les visites des postes de santé au niveau du district avaient lieu tous les deux ou trois mois. La nature de ces réunions a été décrite par un autre responsable de programme de SSR interrogé à Kaolack, qui a expliqué ce qui suit : « *Lors des réunions de coordination ou parle de tous les problèmes du district, chaque responsable de programme décrit son programme, fait part de ses problèmes et on les étudie ensemble*. »

Un peu plus de détails ont été fournis sur la façon dont la supervision avait tendance à fonctionner au niveau des postes de santé. Un responsable à Kaolack a expliqué :

> *Le suivi au niveau poste de santé se fait à travers les réunions avec les acteurs tous les mois, l'ICP avec la sage-femme autour du poste organise une réunion de coordination, on peut aussi faire le bilan des activités tous les mois et chaque acteur pourra faire le compte rendu de toutes les activités qui ont été menées durant le mois. Et au niveau du poste, maintenant l'ICP va venir au niveau du district en réunion de coordination mensuelle et tous les postes vont être convoqués à cette réunion, ce sera une convocation pour tous les prestataires du district. Avec l'équipe cadre, ils vont partager et faire le bilan mensuel.*

Certains participants à l'évaluation qualitative ont déclaré que la supervision n'était pas efficace, en particulier lorsqu'il s'agissait spécifiquement de la prestation des services de SRAJ. En réponse à une question sur l'existence d'un système de supervision, un responsable de programme de SSR à Sédhiou a affirmé : « *Non, nous n'avons pas un système de suivi et évaluation dans notre district concernant la SRAJ*. » Un responsable à Saint-Louis a affirmé qu'un nouveau projet de la SRAJ avait de la difficulté à démarrer parce qu'une approbation était nécessaire : « *La contrainte majeure est le manque d'engagement et de*

leadership. Si les initiatives ne viennent pas du boss, les activités à mener peuvent trainer. Toutefois s'il y avait l'appropriation du programme par le médecin chef du district, cela faciliterait les choses. »

Adoption des services de SSAJ et des obstacles à l'accès, défis et solutions proposées

Dans cette évaluation, Il a été demandé aux prestataires de SSAJ interrogés dans le cadre de l'audit du PPS de fournir des données sur le nombre total d'adolescent(e)s/jeunes (nouveaux et anciens clients) servis au cours des 12 mois précédant l'enquête[i]. Les données ont été utilisées pour analyser le volume global de jeunes desservis dans les PPS évalués selon le type de service reçu et par région. Elles comprennent également le nombre d'adolescent(e)s/jeunes qui ont reçu des conseils et/ou des méthodes de PF, ventilés par sexe et par groupe d'âge de cinq ans, par type de PPS et par région. L'utilisation des services a été mesurée par le nombre de jeunes que les prestataires de services des PPS ont inscrits comme ayant reçu des services dans les registres ou d'autres rapports disponibles ; ainsi, seuls les PPS qui avaient un registre ou d'autres données ou rapports disponibles pour la période d'avril 2017 à mars 2018 ont été inclus dans l'analyse.

Les données présentées dans le tableau 38 montrent qu'un total de 16 671 adolescent(e)s/jeunes hommes et femmes âgés de 10 à 24 ans ont été servis dans les 23 PPS au cours des 12 mois précédant l'évaluation par une combinaison de services de counseling, dépistage, traitement et des services de fourniture de produits de PF pour le VIH, les IST, la contraception, les soins post avortement, les soins gynécologiques, et le counseling général en SR. Par service, les PPS étaient les plus susceptibles de fournir des services liés au VIH aux adolescent(e)s/jeunes, avec un total de 8 385 adolescent(e)s/jeunes ayant bénéficié de services de conseil et de dépistage volontaire du VIH, de dépistage et de traitement du VIH, ou de services généraux de conseil à l'égard du VIH. Des services et des conseils en matière de contraception et de PF ont également été fournis aux jeunes ; un total de 5326 jeunes ont reçu soit des conseils de PF uniquement, soit des conseils et des méthodes de PF (y compris les nouveaux et les anciens clients). De plus, un total de 2 576 adolescent(e)s/jeunes femmes ont été vues pour des consultations gynécologiques (raison non précisée). Parmi les 12 PPS qui ont déclaré fournir des services de soutien en matière de VBG, aucun n'a déclaré avoir vu de client au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation. Les données ne permettent pas de déterminer clairement si ces services ne sont pas fournis ou si les clients qui les reçoivent ne sont pas enregistrés.

Ces données sont également présentées par type de modèle de prestation de services. Il convient de noter que le nombre de clients dépend du nombre total de PPS de la région qui offrent des services de PF et enregistrent des données, ainsi que du nombre total de prestataires au niveau des PPS offrant des services, entre autres facteurs. Cependant, il semble que les coins jeunesse séparés situés dans des centres de santé qui offrent des services de SR complets ont enregistré le plus grand nombre total de clients de PF au cours des 12 derniers mois (4 366 clients sur un total de sept PPS offrant des services de PF et enregistrant des données). Les cinq centres pour adolescent(e)s/jeunes (CCA) offrant soit le counseling en PF seul, soit les services de PF ont enregistré 781 clients au cours des 12 derniers mois, et

[i] Il est à noter que toutes les données n'ont pas été vérifiées par les personnes en charge de l'entretien. Certains prestataires de services n'avaient pas de registres ou ne présentaient pas leurs registres ou leurs formulaires de déclaration aux personnes en charge de l'entretien

les deux équipes mobiles ont enregistré un total de 179 clients au cours des 12 derniers mois et les deux équipes mobiles d'assistance ont enregistré un total de 179 clients au cours des 12 derniers mois. Ni le site autonome SSAJ, ni les PPS (IME) non médicaux n'ont rapporté offrir de conseils ou de services de PF aux adolescent(e)s ou aux jeunes au cours des 12 mois précédant la collecte des données.

Le tableau 38 montre également des informations supplémentaires sur le sexe et le groupe d'âge des 5326 jeunes qui ont reçu des conseils et des services[j] de PF. Dans les six régions, 18 PPS offraient soit le counseling en PF uniquement, soit le counseling en PF et les méthodes contraceptives. Cependant, seulement 17 PPS disposaient d'un registre observable où les données étaient enregistrées, soit en tant que conseil en PF uniquement, soit en tant que conseil et prestation de méthodes (ce qui comprenait 16 PPS qui fournissent à la fois des conseils et des méthodes de PF, et une PPS qui a enregistré des données sur le counseling en matière de contraception uniquement). Les données de ces 17 PPS révèlent une prestation de services quasi inexistante dans le groupe d'âge 10-14 ans ; 0 homme et seulement 6 femmes âgées de 10-14 ans ont reçu des conseils ou des méthodes contraceptives au cours de l'année précédant l'évaluation. En outre, peu d'hommes âgés de 15 à 19 ans ou de 20-24 ans ont reçu des services (49 et 73 hommes, respectivement). Comme prévu, la plupart des clients étaient des femmes âgées de 20 à 24 ans (1836 au cours des 12 derniers mois).

[j] Les données de quatre PPS à Kolda ne sont pas ventilées par âge et par sexe pour les services de conseil ou méthodes de PF.

Tableau 38 : Nombre d'adolescent(e)s/jeunes déclarés par les prestataires de services comme ayant eu accès aux SSAJ au cours de l'année précédant l'enquête (mars 2017-février 2018)

Variable	REGION (Non Pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Nombre de cas (PPS)	n=5	n=2	n=4	n=3	n=5	n=4	n=23
Nombre total de jeunes ayant reçu des services de SR au cours des 12 derniers mois, par type de service :							
Consultations gynécologiques (femme uniquement)	459	0	341	36	1740	0	2576
Nombre de PPS offrant le service avec registre/données disponibles	4	1 (1*)	3	3	3 (1*)	1	15 (2*)
Hygiène menstruelle (femme uniquement)	33	0	88	41	77	--	239
Nombre de PPS offrant le service avec registre/données disponibles	2 (2*)	2	4	3	4(1*)	0	15 (3*)
Soins Après Avortement (femme uniquement)	55	--	--	40	23	2	120
Nombre de PPS offrant le service avec registre/données disponibles	3	0	0	1	2	1	7
Conseil SSR (femme uniquement)	20	0	0	13	0	0	33
Nombre de PPS offrant le service ave registre/données disponibles	1 (3*)	2	2	3	1 (3*)	3	12 (6*)
Conseil PF	6	0	0	0	189	2	197
Nombre de PPS offrant le service avec registre/données disponibles	4	1	3	2 (1*)	2 (1*)	1 (1*)	10 (3*)
Services de PF	610	129	2795	170	1369	56	5129
Nombre de PPS offrant le service avec registre/données disponibles	4	1	4	2 (1*)	3 (1*)	2	16 (2*)
Conseils VIH	84	0	254	95	632	122	1187
Nombre de PPS offrant le service avec registre/données disponibles	4 (1*)	2	3	3	4 (1*)	4	20 (2*)
Dépistage et traitement du VIH	344	0	0	41	410	0	795

Nombre de PPS offrant le service avec registre/données disponibles	5	1	2	3	5	1	17
Dépistage volontaire du VIH	3165	940	2177	45	8	68	6403
Nombre de PPS offrant le service avec registre/données disponibles	2 (1*)	1	3	3	2	1	12 (1*)
Violence basées sure le genre	0	0	0	0	0	0	0
Nombre de PPS offrant le service avec registre/données disponibles	1	2	3	2	3	1	12
Nombre total de jeunes ayant bénéficié des services de SR ci-dessus au cours des 12 derniers mois	**4770**	**1069**	**5655**	**481**	**4446**	**250**	**16671**
Nombre de PPS offrant des conseils et/ou des services de PF aux jeunes au cours des 12 derniers mois avec un registre/données disponibles	4	1	4	2	4	2	17
Nombre total de jeunes recevant des services d'orientation et de counselling en PF, selon le type de modèle de SSAJ:							
PPS autonome offrant des SSAJ, n=1							0
Nombre de PPS (avec des registres remarquable de PF)							1
Centres pour jeunes (CCA), n=7							781
Nombre de PPS (avec des registres remarquable de PF)							5
Structures non médical (IMEs), n=6							0
Nombre de PPS (avec des registres remarquable de PF)							1
Espace séparé au sein du PPS, n=7							4366
Nombre de PPS (avec des registres remarquable de PF)							7
Services d'assistance mobile, n=2 (évents)							179
Nombre de PPS (avec des registres remarquable de PF)							2
Nombre total de 10 à 14 jeunes hommes recevant des conseils/ services de PF	0	0	--	0	0	0	0
Nombre total de 15 à 19 jeunes hommes recevant des conseils/ services de PF	2	47	--	0	0	0	49
Nombre total de jeunes hommes de 20 à 24 ans recevant des conseils/ services de PF	46	25	--	0	2	0	73

Nombre total de jeunes femmes de 10 à 14 ans recevant des conseils/ services de PF	3	0	--	0	3	0	6
Nombre total de jeunes femmes de 15 à 19 ans recevant des conseils/ services de FP	156	33	--	53	307	18	567
Nombre total de jeunes femmes de 20 à 19 ans recevant des conseils/ services de PF	409	24	--	117	1246	40	1836
Nombre total de jeune recevant des conseils / service de PF	616	129	2795	170	1558	58	5326

Les défis et les solutions proposées pour atteindre un PPS offrant des services liés à la SRAJ, ainsi que l'accès à ces services dans un PPS ont été discutés et enregistrés dans le cadre des entretiens avec à la fois des clients sortant immédiatement du PPS et les jeunes des communautés qui étaient au courant des services de la SRAJ. Les obstacles à l'utilisation des services de SRAJ ont déjà été abordés dans les chapitres précédents du présent rapport. En plus de l'attitude négative des parents et des dirigeants communautaires, il a été démontré que la connaissance de la SRAJ est faible à travers le pays, non seulement chez les jeunes, mais aussi chez leurs parents. Comme indiqué précédemment, les adolescent(e)s/jeunes ne peuvent accéder à la SRAJ que s'ils sont bien informés de leur disponibilité et de leurs avantages, et les parents ne peuvent encourager leurs fils et leurs filles à accéder aux services liés à la SRAJ que s'ils connaissent également ces services et leurs avantages. Ce rapport montre qu'environ 17 % seulement des adolescent(e)s/jeunes de la communauté de 10 à 24 ans interrogés dans le cadre de cette enquête sur les jeunes avaient entendu parler de la SRAJ et que la majorité des parents n'en connaissait rien à ce sujet.

Les leaders communautaires ont également signalé que le manque de connaissances sur la SRAJ rend l'accès à ces services difficiles pour les adolescent(e)s/jeunes. Il a également été démontré que tant chez les parents que chez les adolescent(e)s/jeunes, il existe des idées fausses sur les services de SR. Par exemple, il y a la perception que l'utilisation d'injectables détruira l'utérus ou causera le cancer ; certaines personnes croient aussi que les méthodes de PF sont destinées aux adultes et aux adolescent(e)s/jeunes qui sont mariés. De telles idées fausses font qu'il est difficile pour les jeunes d'accéder aux méthodes de PF. Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons un résumé des autres difficultés d'accès et des solutions proposées par les différents répondants.

Les tableaux 39 et 40 présentent ces commentaires tels que faits par les clients au départ et les jeunes de la communauté. En comparant les commentaires de ces deux groupes d' adolescent(e)s/jeunes, il convient de noter que les clients qui quittent les services viennent tout juste d'accéder à un PPS et ont une expérience très récente (le jour même) d'obtention de services. D'autre part, les jeunes de la communauté qui ont déjà entendu parler de la SRAJ peuvent ne jamais avoir réellement utilisé ces services, et peuvent fonder leur compréhension et leur information sur les témoignages des autres, plutôt que sur ce dont ils ont réellement fait l'expérience. Toutefois, le fait d'avoir ces deux points de vue nous donne une idée complémentaire à la fois sur la façon dont les jeunes perçoivent globalement les défis liés à l'accès à ces services au niveau communautaire et sur les expériences récentes qu'un plus petit groupe de jeunes a pu avoir avec ces services, que si un commentaire avait été obtenue de

seulement un de ces groupes de jeunes.

Les deux tableaux montrent que même si les adolescents et les jeunes clients étaient deux fois plus susceptibles (16,7 %) que les jeunes de la communauté (7,7 %) d'avoir eu de la difficulté à accéder à ces services, ce pourcentage est encore relativement faible. En ce qui concerne l'accès à un PPS offrant des service de SRAJ, les clients et les jeunes de la communauté ont mentionné « l'éloignement de ces PPS/enclavement » comme le défi le plus important à relever pour accéder à ces services (66,7 % des clients et 81,3 % des jeunes de la communauté, parmi ceux qui ont répondu que des défis existent). Cela est compréhensible étant donné le petit nombre de PPS offrant des services dans ces six régions, l'étendue rurale et l'insuffisance des infrastructures routières et de transport dans ces mêmes régions.

D'autres ont mentionné le manque de connaissance ou de compréhension des services, la mauvaise infrastructure routière et le manque de moyen de transport ou le coût y relatif. Les suggestions pour améliorer l'accès aux services de SRAJ comprennent l'ajout de la SRAJ à tous les établissements de santé, l'augmentation du nombre de services d'assistance mobiles, la construction de nouveaux points liés à la SRAJ, pour y mener des activités de sensibilisation et de promotion des services, ainsi que la fourniture ou la facilitation du transport des adolescent(e)s/jeunes qui nécessitent ces services. Un nombre similaire (10,6% des clients et 12,5% des jeunes dans la communauté) ont indiqué être conscients des difficultés à également accéder aux services dans un PPS. L'absence de services ou de produits de PF a été mentionnée par plusieurs clients et jeunes de la communauté, le manque d'information sur les services disponibles au niveau des PPS, les heures d'ouverture/jours des services et le traitement (« stigmatisation ») des jeunes par les prestataires étaient également des défis critiques pour les clients et les jeunes de la communauté. Les jeunes ont mentionné qu'il serait possible de résoudre ces problèmes en corrigeant simplement les lacunes : fournir des services ou des produits de PF que les jeunes aimeraient obtenir, fournir de meilleurs renseignements sur les services disponibles, avoir des heures d'ouverture plus appropriées pour les services, et sensibiliser et former le personnel pour qu'il interagisse plus positivement avec les jeunes.

Tableau 39 : Réactions sur l'amélioration des services de SRAJ chez les clients de 10-24 ans

Variable	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Pourcentage de jeunes clients qui ont une expérience des qui offrent des services de SRAJ	16.7%	3.3%	0.0%	40.0%	36.7%	3.3%	16.7%
Nombre de cas	30	30	30	30	30	30	180
Défis liés à l'accès à un PPS							
Eloignement des PPS SRAJ/enclavement	100.0%	100.0%	--	91.7%	27.3%	0.0%	66.7%
Ignorance/Méconnaissance/Manque d'informations	0.0%	0.0%	--	0.0%	45.5%	100.0%	20.0%
Routes non praticables	0.0%	0.0%	--	16.7%	0.0%	0.0%	6.7%
Temps d'attente	0.0%	0.0%	--	0.0%	9.1%	0.0%	3.3%
Absence des prestataires	0.0%	0.0%	--	8.3%	0.0%	0.0%	3.3%
Coût élevé	0.0%	0.0%	--	8.3%	0.0%	0.0%	3.3%
Nombre de cas	5	1	0	12	11	1	30
Suggestions pour relever ces défis							
Rendre accessibles les PPS	80.0%	100.0%	--	75.0%	36.4%	0.0%	45.0%
Rendre disponibles les SRAJ dans tous les PPS	0.0%	0.0%	--	16.7%	90.9%	0.0%	30.0%
Multiplier les équipes mobiles/ stratégies avancés	80.0%	0.0%	--	25.0%	0.0%	0.0%	17.5%
Sensibilisation/Expliquer l'existence de la SRAJ	0.0%	0.0%	--	0.0%	18.1%	100.0%	7.5%
Nombre de cas	5	1	0	12	11	1	30
Pourcentage de jeunes qui sont d'accord pour dire que l'accès aux services offerts dans les PPS pose des défis.	20.0%	0.0%	3.3%	13.3%	23.3%	3.3%	10.6%
Nombre de cas	30	30	30	30	30	30	180
Défis liés à l'accès d'un service dans un PPS							
Non disponibilité des services SRAJ	16.7%	--	0.0%	75.0%	57.1%	100.0%	47.4%
Horaires de fonctionnement	33.3%	--	100.0%	50.0%	14.3%	0.0%	31.6%
Stigmatisation par le personnel	16.7%	--	0.0%	25.0%	42.9%	0.0%	26.3%
Cout élevé des soins	16.7%	--	0.0%	25.0%	28.6%	0.0%	21.1%
Temps d'attente	50.0%	--	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	15.8%
Accueil	0.0%	--	0.0%	0.0%	28.6%	0.0%	10.5%
Manque de discrétion/confidentialité	0.0%	--	0.0%	0.0%	28.6%	0.0%	10.5%
Manque d'intimité	0.0%	--	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	5.3%
Nombre de cas	6	0	1	4	7	1	19
Suggestions pour relever ces défis							
Rendre disponible les services SRAJ	33.3%	--	0.0%	75.0%	71.4%	100.0%	57.9%
Soins gratuits/à moindre coût	50.0%	--	0.0%	25.0%	28.6%	0.0%	31.6%

Horaires de fonctionnement pratiques	33.3%	--	100.0%	25.0%	14.3%	0.0%	26.3%
Rendre intime les lieux	16.7%	--	0.0%	0.0%	57.1%	0.0%	26.3%
Veiller à l'accueil (bonne)	16.7%	--	0.0%	25.0%	28.6%	0.0%	21.1%
Réduire le temps d'attente	50.0%	--	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	15.8%
Renforcer le personnel	16.7%	--	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	10.5%
Assurer la confidentialité	0.0%	--	0.0%	0.0%	28.6%	0.0%	10.5%
Sensibiliser le personnel	0.0%	--	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	5.3%
Nombre de cas	6	0	1	4	7	1	19

Tableau 40 : Réactions sur l'amélioration des services de la SRAJ chez les adolescent(e)s/jeunes de 10 – 24 ans

Variable	REGION (Non pondéré)						Total
	Kaolack	Kédougou	Kolda	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	
Parmi les jeunes qui ont déjà entendu parler des services de SRAJ, pourcentage de ceux qui ont des difficultés à accéder aux PPS où les services sont offerts	11.8%	6.1%	8.7%	14.3%	6.2%	1.4%	7.7%
Nombre de cas	85	66	103	28	65	69	416
Défis liés à l'accès d'un PPS							
Eloignement des PPS SRAJ/enclavement	60.0%	100.0%	88.9%	75.0%	100.0%	100.0%	81.3%
Fréquence des stratégies avancées faible	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.1%
Mobilité liée à un handicap physique	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.1%
Autres	20.0%	0.0%	11.1%	25.0%	0.0%	0.0%	12.5%
Nombre de cas	10	4	9	4	4	1	32
Suggestions pour relever ces défis :							
Rendre accessibles les PPS	50.0%	25.0%	55.6%	25.0%	75.0%	100.0%	50.0%
Rendre disponibles les SAJ dans tous les PPS	50.0%	75.0%	55.6%	25.0%	25.0%	0.0%	46.9%
Multiplier les équipes mobiles/stratégies avancés	10.0%	25.0%	44.4%	25.0%	25.0%	100.0%	28.1%
Moyen de transport/ambulance	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.1%
Construire un dispensaire	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	3.1%
Faciliter le déplacement des handicapés	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.1%
Nombre de cas	10	4	9	4	4	1	32
Pourcentage de jeunes qui sont conscients des défis que posent les services offerts par les PPS	32.9%	9.1%	7.8%	14.3%	9.2%	0.0%	12.5%
Nombre de cas	85	66	103	28	65	69	416
Défis liés à l'accès d'un service dans un PPS :							
Manque d'information	35.7%	83.3%	62.5%	50.0%	16.7%	--	44.2%

Non disponibilité des produits PF	50.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	--	30.8%
Stigmatisation par le personnel	17.9%	33.3%	25.0%	25.0%	83.3%	--	28.8%
Manque d'intimité	0.0%	66.7%	62.5%	0.0%	16.7%	--	19.2%
Accueil	3.6%	33.3%	25.0%	0.0%	50.0%	--	15.4%
Manque de discrétion/ confidentialité	0.0%	0.0%	12.5%	25.0%	16.7%	--	5.8%
Horaires de fonctionnement	0.0%	0.0%	37.5%	0.0%	33.3%	--	9.6%
Non disponibilité des services SRAJ	0.0%	16.7%	12.5%	25.0%	16.7%	--	7.7%
Longue attente	3.6%	0.0%	0.0%	25.0%	16.7%	--	5.7%
Nombre de cas	28	6	8	4	6	0	52
Suggestions pour relever ces défis :							
Rendre disponible les services SRAJ	57.1%	16.7%	28.6%	0.0%	16.7%	--	39.2%
Sensibiliser le personnel	17.9%	66.7%	28.6%	25.0%	83.3%	--	33.3%
Information/sensibilisation/ Informer de l'existence de SRAJ	39.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	--	21.5%
Veiller à l'accueil (bonne)	3.6%	33.3%	28.6%	25.0%	50.0%	--	17.6%
Horaires de fonctionnement pratiques	0.0%	50.0%	42.9%	0.0%	16.7%	--	13.7%
Rendre intime les lieux	0.0%	0.0%	42.9%	25.0%	16.7%	--	9.8%
Rendre disponible les produits PF	3.6%	16.7%	42.9%	0.0%	0.0%	--	9.8%
Soins gratuits/à moindre coût	3.6%	0.0%	28.6%	0.0%	16.7%	--	7.8%
Assurer la confidentialité	0.0%	0.0%	14.3%	25.0%	16.7%	--	5.9%
Formation des moniteurs pour l'amélioration du service	3.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	--	2.0%
Plus de prestations	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	16.7%	--	3.9%
Avoir des informations à temps	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	--	2.0%
Sensibiliser les parents des jeunes	3.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	--	2.0%
Respecter les clients	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	--	2.0%
Nombre de cas	28	6	7	4	6	0	51

Recommandations

- Les données recueillies auprès des adolescent(e)s/jeunes, à la fois par le biais de l'enquête communautaire et des entretiens de départ dans les PPS, ont révélé peu de connaissances ou de conscience sur la disponibilité des SSAJ ou sur la gamme des services offerts. Même certains adolescent(e)s/jeunes qui venaient d'utiliser ces services ne savaient pas qu'ils se trouvaient dans un centre qui offre des SSAJ. En conséquence, tous les efforts doivent être faits pour *développer des stratégies appropriées pour* **sensibiliser le public au sujet des services de SSAJ***, en particulier dans les zones desservies autour des PPS offrant des SSAJ, y compris l'ensemble des services offerts, les avantages de ces services et les bénéficiaires visés.* Les stratégies pourraient inclure:
    - Utiliser les éducateurs pairs, les ASC / relais, les ONG et les médias (radio) existants pour faire de la promotion de la santé afin de sensibiliser aux problèmes de santé reproductive, en particulier concernant le cycle menstruel, les IST et les différentes options de contraception, notamment en réduisant les mythes et les idées fausses sur les utilisatrices adolescentes. et leurs parents.
    - Élargir l'accès aux informations sur SSAJ pour les adolescents, les adolescent(e)s/jeunes et leurs parents, notamment par le biais de visites à domicile d'ASC / relais, de plates-formes de messagerie WhatsApp parmi les jeunes, de Click Info Ado, de sketches et de discussions.
- Les données quantitatives et qualitatives recueillies pour ce rapport ont montré que les conversations sur la sexualité et la SR n'étaient non seulement pas normatives, mais aussi considérées comme taboues. Il y avait peu de communication en familiale sur la PF/SR entre les parents et les adolescent(e)s/jeunes. Il est frappant de constater que même les adolescent(e)s/jeunes semblaient éviter de parler de SR entre eux. Une communication ouverte est un moyen important d'apprendre sur la SR et de partager les valeurs familiales en matière de sexualité. Dans ce contexte, il est important de travailler avec les principales parties prenantes **pour examiner les normes sociales** relatives au mariage précoce, à la grossesse, à la contraception et à l'utilisation de SAJ, et pour *promouvoir* ***un changement des normes sociales concernant la communication sur la santé et les droits reproductifs*** *en créant des occasions de stimuler la communication sur la SR au sein des familles, des groupes de jeunes pairs, des écoles, des mosquées et des milieux communautaires. L'éducation des parents à la PF/SR et l'éducation à la vie familiale dans les écoles et les mosquées sont des stratégies efficaces pour promouvoir la communication familiale et accroître les connaissances*. Des émissions de télévision locales, telles que *C'est La Vie*, qui mettent en avant les problèmes de la santé reproductive par le biais de drames contemporains, peuvent également être utiles.
- Les données de certaines des régions de cette étude[k] suggèrent que la communication ouverte entre les adolescent(e)s/jeunes et leurs parents à propos de SSRAJ est un facteur facilitant l'accès des adolescent(e)s et des jeunes aux services. Cependant, comme mentionné ci-dessus, l'étude a également révélé que la communication familiale sur la santé reproductive est généralement très limitée. En plus du tabou culturel de parler de SR / PF, cette étude suggère

[k] Surtout Kaolack et Saint-Louis

également que le manque de connaissances des parents sur SRAJ est également un obstacle à une communication ouverte. Il est donc important de mettre en œuvre des stratégies spécifiques avec les parents d'adolescent(e)s et de jeunes pour les aider à mieux comprendre la SRAJ, pour se faire une idée de la SRAJ et des endroits où ces services sont offerts et pour améliorer leur capacité à discuter des problèmes de la SRAJ avec leurs enfants.

- Il est désormais établi que l'éducation des filles a un impact positif sur un large éventail de résultats en SR – et avec chaque année d'éducation supplémentaire, ces avantages en SR augmentent. Une stratégie multisectorielle visant à maintenir les filles à l'école est essentielle pour améliorer le bien-être général des adolescent(e)s/jeunes et des générations à venir. Non seulement la fréquentation scolaire peut améliorer la sécurité et l'autonomie économique des filles, mais elle peut aussi contribuer à réduire les mariages précoces et les grossesses précoces, choses qui compromettent la santé et l'avenir des jeunes femmes au Sénégal.
- Veiller à ce que les SRAJ répondent aux besoins des adolescent(e)s mariés. Les données qualitatives présentées au début du rapport indiquent que le mariage précoce est perçu comme une préoccupation majeure dans tous les six régions, ce que confirment les données démographiques officielles du Sénégal, ainsi que certaines des conclusions quantitatives du présent rapport. Les SSAJ devraient être conçues **pour répondre aux besoins spécifiques des adolescentes mariées - y compris les très jeunes adolescentes - et des jeunes femmes mariées**, qui sont très différentes des adolescentes célibataires et des jeunes femmes. Cela comprend la programmation pour les jeunes mères pour la première fois afin de promouvoir un timing et un espacement sains des grossesses.
- Élargir l'accès aux services de conseil en SR et aux préservatifs pour les très jeunes adolescent(e)s, en particulier à Kolda et à Matam, où environ 10% des garçons de ce groupe d'âge ont déclaré être déjà sexuellement actifs (pourtant aucun des PPS n'offre de conseil ou de services en PF à ce groupe d'âge). Les IME affiliés à une école pourraient constituer des points de contact stratégiques utiles pour de tels services, car ils ont des liens directs avec des garçons de cet âge. Des activités de sensibilisation communautaires ciblées pour VYA devraient également être explorées.
- Offrir aux jeunes l'accès à **toute la gamme des options contraceptives** est fondamental pour la réalisation des droits sexuels et reproductifs des jeunes et constitue la pierre angulaire du counseling volontaire pour un choix éclairé. Cette étude a identifié un certain nombre de facteurs qui limitent les options contraceptives des adolescent(e)s/jeunes. Ci-dessous se trouvent des recommandations pour aborder certains de ces facteurs limitatifs dans les PPS et dans les milieux communautaires :
    - *Accroître la capacité et la volonté des prestataires de services d'offrir des conseils sur un plus large éventail de méthodes par une formation et une sensibilisation périodiques visant à dissiper les idées fausses concernant l'utilisation de diverses méthodes contraceptives par les adolescent(e)s mariés et célibataire.*
    - *Offrir une formation aux pairs éducateurs et aux Bajenu gox pour contrer les idées fausses, améliorer leurs compétences en counseling et en recommandation et, en général, mieux répondre aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes.*
    - *Continuer à soutenir les efforts visant à renforcer la disponibilité des contraceptifs et d'autres produits relatifs aux SSAJ.*
    - *Rapprocher les services des quartiers où vivent les jeunes et renforcer les systèmes d'orientation*

vers les PPS amis des jeunes pour des méthodes qui ne peuvent pas être proposées au niveau communautaire.[1]

- Les modèles de service de SRAJ devraient être adaptés au contexte local ou régional. Il n'existe pas vraiment de modèle "correct" de services SRAJ qui soit pertinent quel que soit le contexte. Le modèle choisi doit refléter la population cible spécifique, les résultats souhaités en matière de comportement et de santé, la gamme de services à offrir, ainsi que les besoins et les objectifs d'extensibilité et de durabilité. Les résultats de cette étude suggèrent que les considérations suivantes devraient être priorisées afin **d'adapter les modèles de services SRAJ au contexte régional:**
    - Faites appel à des agents de santé communautaires de première ligne ayant une bonne connaissance du contexte régional spécifique, tels que Bajenu Gox et les pairs éducateurs, pour concevoir des stratégies et des modèles de prestation de services spécifiques à chaque région.
    - Élargir l'accès àSAJ en augmentant le nombre de PPS offrant des services SAJ de qualité, en particulier dans les zones rurales.
    - Élargir les services de proximité et mobiles pour relever le défi de la distance dans les zones rurales isolées.
    - Associer activement les adolescents et les jeunes à la conception, la mise en œuvre et le suivi des efforts de programmation et de sensibilisation, y compris la distribution de préservatifs et autres contraceptifs autorisés par les politiques sénégalaises.
- L'étude a révélé une incohérence dans la relation entre les PPS et les agents communautaires en ce qui concerne les progrès de la SR. Dans certaines régions, la relation a été plus régularisée, tandis que dans d'autres, les agents communautaires semblaient agir de façon largement indépendante. *Les PPS devraient* ***tirer parti des opportunités pour étendre les services de SSAJ et l'éducation aux communautés*** *en faisant un usage cohérent des ASC/relais, des pairs éducateurs, des dirigeants communautaires et des ONG.* Ces relations ne doivent pas être laissées au hasard, mais doivent être planifiées, mises en œuvre, surveillées et adaptées en fonction de l'évolution de la communauté et des besoins des jeunes. Ces efforts devraient également être déployés avec la pleine participation des associations de jeunes, des groupes d'étudiants et d'autres plates-formes pouvant amener les jeunes à faire entendre leurs voix lors de la conception et de la mise en œuvre d'interventions communautaires de jeunesse.Étant donné que la plupart des activités de sensibilisation sur les services de SRAJ sont menées au niveau communautaire par des prestataires qui ne sont pas affiliés aux PPS qui offrent des SAJ, il est important que les coordonnateurs de district veillent à la cohérence des messages, à la qualité de la formation (et des cours de recyclage) et à la régularité de la supervision du personnel d'approche. Cela est particulièrement important dans les zones desservies par le PPS et les communautés où il y a une pénurie de professionnels de la santé pour assurer la sensibilisation.
- Tant dans l'enquête menée que dans les entretiens de sortie avec les jeunes, la protection de la vie privée et la confidentialité sont apparues comme des préoccupations prioritaires pour les adolescent(e)s/jeunes. En réponse, *des mesures devraient être prises, compte tenu des ressources disponibles, pour* ***organiser des services visant à guarantir la protection de la vie privée des***

[1] Selon les politiques nationales du Sénégal, toutes les méthodes de PF ne sont pas autorisées à être proposées au niveau communautaire.

adolescent(e)s/*jeunes* *tout au long de leur visite des PPS offrant des SSAJ - des files d'attente aux services eux-mêmes. Ces efforts devraient être conçus en consultation avec les adolescents et les jeunes eux-mêmes pour s'assurer qu'ils répondent aux préoccupations des jeunes et incorporer des solutions tenant compte de leurs perspectives.* Veiller à ce que les campagnes de sensibilisation sur les services mettent l'accent sur la confidentialité et le respect de la vie privée. Lorsque les services ne peuvent être réorganisés pour offrir aux adolescents et aux adolescent(e)s/jeunes un accès plus privé aux services, envisager d'autres approches créatives, comme des heures d'ouverture pendant lesquelles les services ne sont offerts qu'aux adolescents et aux adolescent(e)s/jeunes, une salle d'attente séparée ou une entrée/sortie facilitant l'intimité et l'accès par des appels téléphoniques ou en veillant à ce qu'aucun nom ou détail des rendez-vous médicaux ne soit divulgué dans les salles d'attente ou dans les endroits où d'autres personnes pourraient être entendre par hasard.

- Sensibiliser les jeunes à leurs droits à des services de santé de qualité est une composante essentielle de la qualité des soins. Une fois que les adolescent(e)s/jeunes ont pris conscience de leurs droits, ils sont plus susceptibles de devenir des utilisateurs informés : plus susceptibles d'exprimer leurs besoins, d'avoir suscité des attentes quant à l'éventail des services offerts et à leur qualité, et plus disposés à exprimer leurs préoccupations au sujet des services. La recommandation visant à **sensibiliser les adolescent(e)s/jeunes à leur droit à des services de santé de qualité** *devrait s'accompagner d'efforts visant à les faire participer aux mécanismes de suivi et d'amélioration des PPS et des services de santé communautaires.* Cela peut inclure la promotion de leur participation à des comités de PPS qui impliquent la communauté et visent à répondre aux préoccupations concernant la qualité, l'accès, l'utilisation et l'équité.
- Cette étude a révélé qu'il y avait un haut degré d'incohérence dans les formations reçues par les prestataires concernant les services de SSAJ. Certains prestataires n'ont reçu aucune formation spécifique aux besoins des adolescents et des jeunes. D'autres n'avaient reçu qu'une formation limitée, couvrant seulement certains aspects des services de SSAJ. D'autres encore n'étaient pas sûrs d'avoir reçu une formation en SSAJ. Compte tenu de cette diversité d'exposition, il est important **d'assurer la cohérence de la formation que les prestataires de services de SSAJ reçoivent** *et de veiller à ce qu'elle soit complète, couvrant tous les services essentiels décrits dans le Plan stratégique national pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes. Une partie de la formation devrait également comprendre des exercices de clarification des valeurs afin de promouvoir des soins impartiaux et respectueux*
- Les entretiens avec les prestataires ont révélé que, dans l'ensemble, aucune approche systématique de l'assurance qualité spécifique aux services de SSAJ n'était adoptée dans les PPS dans lesquels ils travaillaient. Des systèmes efficaces d'assurance de la qualité fournissent des mécanismes permettant aux prestataires d'évaluer l'état de leurs services par rapport à des normes de qualité reconnues à l'échelle nationale. Ils permettent également au personnel d'élaborer des plans pour remédier aux insuffisances de service et lui donnent les moyens de le faire. Enfin, les prestataires et les responsables disposent d'un mécanisme de suivi des progrès. Les approches les plus efficaces en matière d'assurance de la qualité encouragent un changement culturel dans les PPS, où tous les employés considèrent qu'il est de leur responsabilité personnelle de promouvoir des services de qualité. Compte tenu de l'importance de cet outil de gestion, des efforts devraient être faits pour mettre en œuvre de manière cohérente un système d'assurance de la qualité dans le cadre de la PF et de la SSAJ afin d'améliorer la qualité et la

réactivité des services cliniques et communautaires aux besoins des adolescents et des jeunes. Dans ce contexte, appuyer les prestataires de soins de santé et les ASC/relais au moyen d'une supervision régulière et prévisible axée spécifiquement sur les adolescent(e)s et les jeunes.

Références

1. ANSD. 2014. Rapport Définitif : Recensement général de la population et de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage. Dakar, Sénégal : ANSD.
2. République du Sénégal Primature. 2005. Loi n° 2005-18 du 5 Août 2005 relative à la santé de la reproduction. Dakar: République du Sénégal Primature.
3. Plan National de Développement Sanitaire II, 2009-2018.
4. Politiques et Normes de Services de SR, Ministère de la santé de l'action sociale.
5. Plan stratégique de la Santé de la Reproduction, 2011 – 2015
6. Plan d'action national de Planification Familiale, 2012 -2015
7. Plan stratégique de santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes au Sénégal, 2014-2018.
8. MacQuarrie, Kerry L.D. 2014. Unmet Need for Family Planning among Young Women: Levels and Trends. DHS Comparative Reports No. 34. Rockville, Maryland, USA: ICF International.
9. Darroch, J.E., Woog, V., Bankole, A., & Ashford, L.S. (2016). Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. Guttmacher Institute. Consulté à l'adresse https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents
10. International Planned Parenthood Federation. (2014). Over-protected and under-served: A multi-country study on legal barriers to young people's access to sexual and reproductive health services. Consulté à l'adresse https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_coram_senegal_report_eng_web.pdf
11. Senderowitz, J., Hainsworth, G., & Solter, C. (2003). A rapid assessment of youth friendly reproductive health services. Pathfinder International.
12. Tylee, A., Haller, D.M., Graham, T., Churchill, R., & Sanci, L.A. (2007). Youth-friendly primary-care services: How are we doing and what more needs to be done? The Lancet, 369(9567), 1057–1058.
13. Burke, E., Kébé, F., Flink, I., Van Reeuwijk, M., & Le May, A. (2017). A qualitative study to explore the barriers and enablers for youth people with disabilities to access sexual and reproductive health services in Senegal. Reproductive Health Matters, 25(50), 43–54.
14. Denno, D.M., Hoopes, A.J., & Chandra-Mouli, V. (2015). Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. Journal of Adolescent Health, 56(1), 22–41.
15. International Center for Research on Women. (2014). Adolescents and family planning: What the evidence shows. Washington, D.C.: ICRW. Consulté à l'adresse https://www.icrw.org/publications/adolescents-and-family-planning-what-the-evidence-shows-synthesis/
16. Moya, C. (2002). Creating youth-friendly sexual health services in sub-Saharan Africa. Advocates for Youth. Retrieved from http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/549-creating-youth-friendly-sexual-health-services-in-sub-saharan-africa
17. Demographic and Health Surveys. (2016). Sénégal: Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2016.

18. Human Rights Watch. (2017). "I still see the talibés begging": Government program to protect talibé children in Senegal falls short. Retrieved from https://www.hrw.org/report/2017/07/11/i-still-see-talibes-begging/government-program-protect-talibe-children-senegal
19. Chehami, J. (2016). Families and daara in Senegal: The importance of macrosocial factors, collective strategies and individual choices. Afrique Contemporaine, 257. Retrieved from https://www.cairn-int.info/article-E_AFCO_257_0077--families-and-daara-in-senegal.htm
20. The World Bank. (2017). Unemployment, youth total (% of total labor force ages 15-24). The World Bank Open Data. Retrieved from https://data.worldbank.org/indicator/SL.UEM.1524.ZS
21. USAID, the World Bank, & International Youth Foundation. (2013). Youth employment in northern Senegal: Creating job opportunities for young people. Final report. Global Partnership for Youth Employment. Consulté à l'adresse https://www.iyfnet.org/sites/default/files/library/GPYE_Assessment_Creating_Opportunities_for_Youth.pdf
22. United Nations Children's Fund (UNICEF). (2016). The state of the world's children 2016: A fair chance for every child. Consulté à l'adresse https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf
23. United Nations. (2013). World fertility report, 2012. Table A.1. Mean age at first marriage. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
24. USAID. (2017). Sexual and reproductive health in early and late adolescence: DHS data on youth age 10–19. DHS Comparative Reports 45.
25. Sidze, E.M., Lardoux, S., Speizer, I.S., Faye, C.M., Mutua, M.M., & Badji, F. (2014). Young women's access to and use of contraceptives: The role of providers' restrictions in urban Senegal. International Perspectives on Reproductive Health, 40(4), 176–183.
26. Guttmacher Institute. (2015a). Health care providers in Senegal restrict young women's access to modern contraception. News release. Consulté à l'adresse https://www.guttmacher.org/news- release/2015/health-care-providers-senegal-restrict-young-womens-access-modern- contraception
27. Guttmacher Institute. (2015b). Abortion in Senegal. Fact sheet. Consulté à l'adresse https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-senegal
28. International Federation for Human Rights. (2014). "Je ne veux pas de cet enfant, moi je veux aller à l'école." La prohibition de l'interruption volontaire de grossesse au Sénégal. Retrieved from https://www.fidh.org/en/region/Africa/senegal/report-senegal-i-don-t-want-this-child-i-want-to-go-to-school
29. UNAIDS. (2017). Country factsheets: Senegal. Consulté à l'adresse http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/senegal
30. Niang, C.I., & Boiro, H. (2007). "You can also cut my finger!": Social construction of male circumcision in West Africa, a case study of Senegal and Guinea-Bissau. Reproductive Health Matters, 15(29), 22-32.
31. Austen, J. (2016). Female genital mutilation in Senegal: The role of socio-economic risk factors of circumcision and subsequent effects of circumcision upon fertility and marriage markets. Lund University: School of Economics and Management.
32. World Health Organization. (2015). 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. Volume 1: Standards and criteria. World Health Organization and UNAIDS.
33. Saberi, P., Ming, K., & Dawson-Rose, C. (2018). What does it mean to be youth-friendly? Results from qualitative interviews with health care providers and clinic staff serving youth and young adults living with HIV. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 24(9), 65–75.
34. Groenhof, M., Leerlooijer, J., Agegnehu, S., & Mkaronda, J. (2012). Enabling youths to make informed decisions. Exchange on HIV/AIDS, Sexuality and Gender, 3, 4–6.
35. Chandra-Mouli, V., Lane, C., & Wong, S. (2015). 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, 3(3), 333–340.
36. Zuurmond, M.A., Geary, R.S., & Ross, D.A. (2012). The effectiveness of youth centers in increasing use of sexual and reproductive health services: A systematic review. Studies in Family Planning, 43(4), 239–254.
37. United National Populatiion Fund (UNFPA). Adolescents and Youth Dashboard – Senegal. [https://www.unfpa.org/data/adolescent-youth/SN] Accessed: 12 November 2018.
38. USAID/Senegal Health Project 2016-2021: Redacted Project Appraisal Document (PAD) [https://www.usaid.gov/documents/1860/usaidsenegal-health-project-2016-2021-redacted-project-appraisal-document-pad] Accessed: 12 November 2018.
39. Feyisetan, B. et al. (June 2014). "Evaluation of Youth-Friendly Health Services in Malawi". Washington, DC: Evidence to Action Project.
40. "Corporal punishment of children in Senegal" [PDF]. (2018, July). London: Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children.
41. Callie Simon, Regina Benevides, Gwyn Hainsworth, Gwendolyn Morgan, and Katie Chau, "Thinking outside the separate space: A decision-making tool for designing youth-friendly services", Washington, DC: Evidence to Action Project/Pathfinder International, March 2015

Annex 1. Bilan de la collecte dans les PPS des 12 districts

Régions	Districts	PPS ciblés	PPS enquêtées	Observations
KAOLACK	Kaolack	CCA	√	La seule sage-femme qui offre des services est absente pendant l'enquête (en voyage)
		Clinique ASBEF	√	
		SAJ4 : Services Mobile ASBEF	**Non**	Les informations fournies par l'ASBEF indiquent qu'il n'y a pas eu d'activités pour l'année 2017/2018, en raison de contraintes liées aux ressources financières
		SAJ5 : Services Communautaires ASBEF	**Non**	
		IME	√	
	Nioro	MSI (Equipe Mobile)	√	Les prestations de cette équipe mobile sont offertes au PS de Ndorong, dans le district de Kaolack
		Centre de Santé	√	
KÉDOUGOU	Kédougou	CCA	√	Nous rappelons que la région de Kédougou ne compte qu'un seul district du même nom.
		IME	√	
KOLDA	Kolda	CCA	√	
		Clinique ASBEF	√	
		SAJ4 : Services Mobiles ASBEF	**Non**	Les informations fournies par l'ASBEF indiquent qu'il n'y a pas eu d'activités pour l'année 2017/2018, en raison de contraintes liées aux ressources financières
		SAJ5 : Services Communautaires ASBEF	**Non**	
		IME	√	
	Vélingara	CCA	√	
MATAM	Matam	CCA	√	
		IME	√	
	Kanel	Centre de santé	√	
SAINT- LOUIS	Saint-Louis	CCA	√	
		Clinique ASBEF	√	
		SAJ5 : Services Communautaires ASBEF	**Non**	Les informations fournies par l'ASBEF indiquent qu'il n'y a pas eu d'activités pour l'année 2017/2018, en raison de contraintes liées aux ressources financières
		IME	√	
		MSI Sanar (PS)	√	
	Dagana	Centre de santé	√	

	Richard-Toll[1]	SAJ4 : Services Mobiles ASBEF	**Non**	Les informations fournies par l'ASBEF indiquent qu'il n'y a pas eu d'activités pour l'année 2017/2018, en raison de contraintes liées aux ressources financières
		SAJ5 : Services Communautaires ASBEF	**Non**	
SEDHIOU	Sédhiou	CCA	√	
		IME	√	Des enseignants qui auraient reçu un renforcement de capacités (informel) dispensent les services SSR
	Bounkiling	Centre de Santé	√	
		MSI Equipe Mobile	√	MSI Effectue ses prestations au PS
TOTAL	**12**	**30 (ciblés)**	**23 (achevé)**	

[1] Dans le district de Richard-Toll, il était prévu de visiter le Modèle 4 Services mobiles d'extension communautaire (ASBEF / Services Mobiles) : 1 au niveau communautaire et 1 avec l'équipe mobile. Pour les raisons évoquées, ASBEF n'a pu mener aucune des activités envisagées en 2017-2018.

EVIDENCE TO ACTION PROJECT

1015 15th St NW, Suite 1100
Washington, DC 20005, USA
Phone: +1 (202) 775-1977
Fax: +1 (202) 775-1998/1988

e2aproject.org