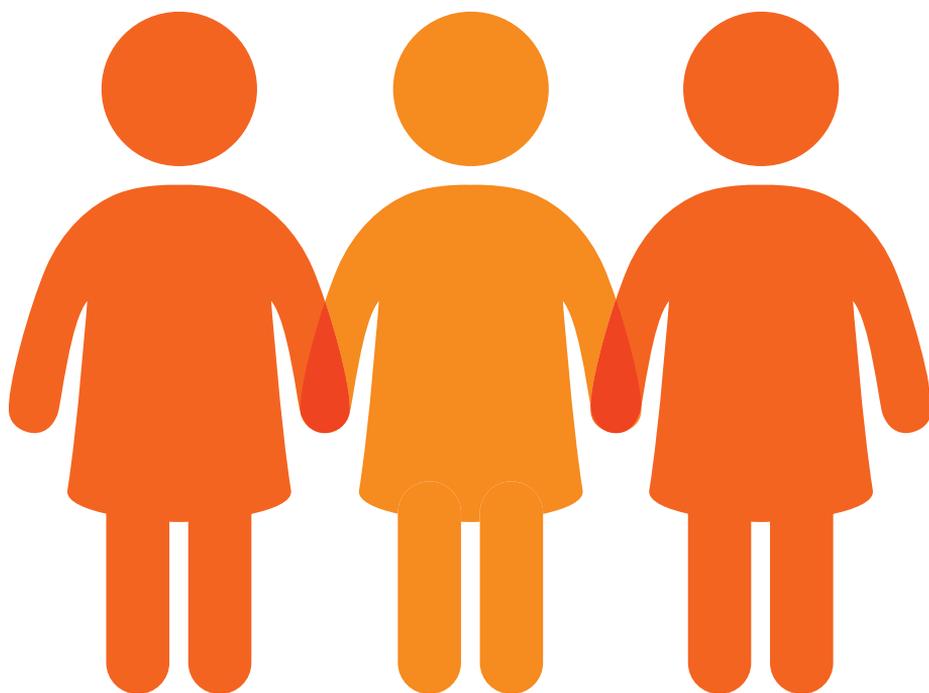


Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescent·e·s au Mali

Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA

novembre 2017



**EQUI
POP.
ORG**

Avec le soutien de



Remerciements

Équilibres & Populations tient à remercier l'ensemble des personnes qui ont été impliquées dans la réalisation de cette étude.

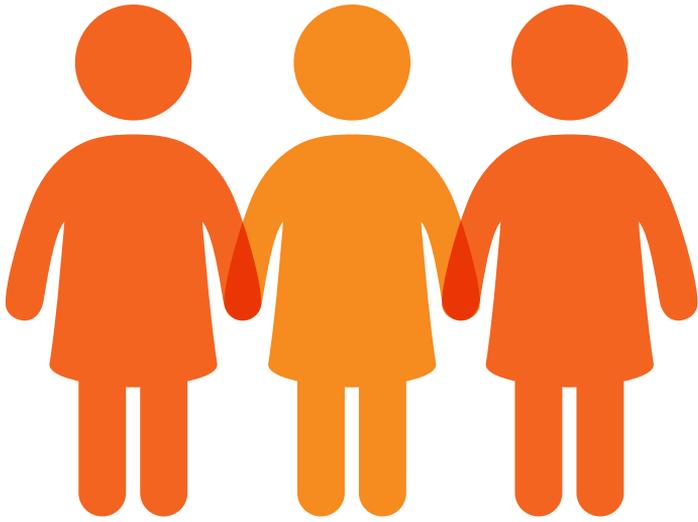
Nos remerciements s'adressent en particulier aux équipes de l'UNFPA Mali, qui nous ont accordé leur confiance et ont facilité une franche collaboration tout au long de ce travail.

Nous souhaitons aussi témoigner toute notre reconnaissance aux nombreuses personnes des ministères, des agences onusiennes et des ONG au Mali qui, en acceptant d'être interviewées ou de participer à des séances de travail collectives ont nourri cette analyse de leur expertise et de leurs connaissances. La richesse de ce rapport tient avant tout à leurs contributions.

Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescent·e·s au Mali

novembre 2017

**Analyse des politiques
et des programmes :
opportunités et défis
pour l'UNFPA**



Sommaire

6	Sigles & acronymes	41	2.4. Offre de services en santé de la reproduction des adolescent-e-s
7	Résumé exécutif	41	2.4.1. Les centres de santé
11	I. Introduction	43	2.4.2. Les centres jeunes
11	1.1. Justification du sujet	46	2.5. Mobilisation communautaire sur la SDSP des adolescent-e-s
13	1.2. Cadre de l'étude et méthodologie	46	2.5.1. L'importance des normes sociales
13	1.2.1. Questions évaluatives et objectifs spécifiques	47	2.5.2. Thématiques et portes d'entrée à privilégier au sein des communautés
15	1.2.2. Méthodologie et déroulement de l'étude	48	2.5.3. Implication et responsabilisation des hommes
16	1.3. Contexte national et enjeux spécifiques	49	2.5.4. Déconstruction des stéréotypes sexistes et de genre
16	1.3.1. Un contexte de crise ayant un impact sur la santé et les droits sexuels et de la procréation des adolescent-e-s	51	2.5.5. Mobilisation des détenteurs d'enjeux et des cibles spécifiques
17	1.3.2. Données socio-sanitaires sur les adolescentes maliennes	53	III. Propositions d'action au niveau individuel, communautaire et institutionnel
18	1.3.3. Environnement législatif	53	3.1 Au niveau individuel
21	1.3.4. Environnement politique	57	3.2 Au niveau communautaire
16	1.3.5. L'UNFPA, un acteur incontournable dans le domaine de la SDSP	60	3.3 Au niveau institutionnel
28	II. Stratégies, actions et outils mis en œuvre	64	IV. Bibliographie
28	2.1. Système de récolte des données et études	65	V. Annexes
28	2.1.1. Principales sources de données quantitatives et qualitatives	65	Annexe 1 : Termes de référence de l'étude
30	2.1.2. Les principales études existantes et disponibles	71	Annexe 2 : Atelier - Rencontre H4+
31	2.2. Politiques et lois	73	Annexe 3 : Le processus de recrutement et de sélection des jeunes filles en situation de vulnérabilité
31	2.2.1. De difficiles avancées vers le changement et l'amélioration concrète de la SDSP des adolescent-e-s	75	Annexe 4 : Théorie du changement
32	2.3. Education à la sexualité		
32	2.3.1. Importance de l'information sur la SDSP en direction des adolescent-e-s		
33	2.3.2. L'éducation sexuelle à l'école		
35	2.3.3. L'information à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des jeunes par les jeunes		
37	2.3.4. Le rôle des médias dans la promotion de la SDSP des adolescent-e-s		
39	2.3.5. L'implication des familles		
40	2.3.6. Contenu de l'information sur la SDSP des adolescent-e-s		

Sigles & acronymes

AJCAD	Association des Jeunes pour la Citoyenneté Active et la Démocratie
AJM	Association des Femmes Juristes
AMPPF	Association malienne pour la Protection et de la Promotion de la Famille
AMSOPT	Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles
ASDAP	Association de Soutien au Développement des Activités de Populations
CEDEF	Convention sur l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'égard des Femmes
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CIPD	Conférence Internationale du Caire sur la Population et le Développement
DNP	Direction Nationale de la Pédagogie
DNPF	Direction nationale de la Promotion de la Femme
DNS	Direction Nationale de la Santé
DSSR	Droits et santé sexuels et de la reproduction
EDSM	Etude démographique et de santé du Mali
EPP	Education par les pair-e-s
Equipop	Equilibres & Populations
FCI	Family Care International
GBVIMS	Gender based violence information management system (Système de gestion de l'information sur les VBG)
IRC	International Rescue Committee
IST	Infection sexuellement transmissible
MAJ Mali	Mouvement d'Action des Jeunes du Mali
MICS	Enquête à indicateurs multiples
MSF	Mutilation sexuelle féminine
MSH	Management Sciences for Health
MSI	Marie Stopes International
ODD	Objectif de développement durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PF	Planification familiale
PNG	Politique Nationale Genre
PRODEC	Programme décennal
PRODESS	Programme de Développement Socio-Sanitaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAES	Réseau Africain Education et Santé
RENAJEM	Réseau National de la Jeunesse Malienne
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SDSP	Santé et Droits Sexuels et de la Procréation
SRAJ	Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TDR	Termes de référence
UNFPA	Fonds des Nations-Unies pour la Population
UNHCR	Haut Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance
VBG	Violence basée sur le genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé exécutif

Introduction

Au cours des deux dernières décennies, la santé maternelle et infantile ainsi que les questions de maternité sans risque et de planification familiale ont fait l'objet d'un intérêt et d'efforts grandissants de la part des décideurs. La place de ces problématiques dans les politiques de développement, au niveau international comme au niveau national, s'est renforcée. La réduction des taux de morbidité et de mortalité maternelle au niveau mondial observée depuis les années 2010 est un résultat visible de ces efforts conjoints. Cette tendance positive est notamment due à des progrès importants en Asie et en Amérique du sud, l'Afrique sub-saharienne connaissant encore des indicateurs de santé sexuelle et de la procréation inquiétants. Par ailleurs, même si émerge une prise de conscience de la nécessité de mieux répondre aux besoins des adolescentes, leur situation au regard des enjeux de la santé et des droits sexuels et de procréation (SDSP) reste très préoccupante, notamment en Afrique Sub-saharienne. Cette région du monde connaît des taux de croissance démographique élevés et la part des adolescent·e·s dans la population est importante et croissante. La population jeune et adolescente représente, à ce titre, d'importants enjeux au niveau de la santé et des droits mais aussi de l'employabilité, de la parentalité ou encore de l'abandon des normes sociales néfastes à la santé.

L'UNFPA a saisi l'occasion de l'initiative Muskoka française (2011-2015) qui visait à accélérer l'atteinte des OMD 4, 5 et 6 dans les pays où les indicateurs restent faibles et dans lesquels il est impliqué avec 3 autres agences onusiennes (OMS, UNICEF et ONU Femmes) pour assurer concrètement une meilleure prise en compte des adolescentes dans les projets, politiques et programmes. C'est ainsi à l'initiative de l'UNFPA, qu'a été organisé en 2012 à Cotonou par les 4 agences onusiennes, un atelier sous régional H4 dont l'objectif était de faire émerger des propositions concrètes à intégrer dans les plans d'actions du Fond de Solidarité Prioritaire/ Muskoka en Afrique de l'Ouest afin de s'assurer que les adolescentes bénéficient de manière effective des programmes de santé sexuelle et reproductive. A l'issue de cette rencontre, des conclusions ont été collectivement formulées et des engagements ont été pris.

Cadre de l'étude

Dans la continuité de ce travail, et pour appuyer l'opérationnalisation des engagements pris, l'UNFPA Mali a contractualisé avec Equilibres & Populations pour effectuer une analyse des différents plans et programmes nationaux. Cette analyse vise à identifier les opportunités et les défis pour améliorer durablement la santé et les droits sexuels et de la procréation des adolescent·e·s dans le contexte malien.

Quelles sont les stratégies et les actions à fort impact à privilégier et à soutenir pour améliorer et adapter l'offre de soins et de services aux besoins spécifiques des adolescentes, et agir efficacement pour un changement social bénéficiant aux jeunes filles et à l'amélioration de leur statut et de

leur santé à long terme ? Quel rôle spécifique peut avoir l'UNFPA dans la prise en compte des spécificités nationales dans les programmes et politiques et dans le soutien et le renforcement des programmes des autres intervenants ? Ce sont les questions qui ont guidé l'analyse.

Principaux résultats

Il ressort de l'étude que la crise malienne a un impact sur la santé et les droits sexuels et de la procréation des adolescent-e-s. Elle a entraîné d'importantes violations des droits humains, notamment des droits des filles et des femmes et une paralysie des institutions qui a mis à l'arrêt la mise en œuvre de plusieurs programmes dont certains portent sur la SDSP des adolescent-e-s.

Le Mali dispose d'un nombre significatif de programmes, plans et politiques portant sur la santé des jeunes et des adolescent-e-s mais ils ne sont pas toujours adaptés à certaines catégories d'adolescentes, notamment celles en situation de vulnérabilité et les 10-14 ans.

Au niveau législatif, le Mali a ratifié de nombreuses conventions et chartes internationales relatives aux droits et à la santé de la procréation. Au niveau national, le gouvernement a promulgué et adopté plusieurs lois ou textes pour assurer l'application des conventions internationales, mais la législation malienne reste faiblement harmonisée avec les textes internationaux relatifs aux droits humains. Des progrès restent à faire en ce qui concerne la condamnation des violences faites aux filles et aux femmes.

Suite à une période d'instabilité politique récente et du fait d'un manque de ressources financières et humaines, le Mali n'a pas disposé de conditions favorables pour le maintien à jour de données nationales. En outre, le Mali ne dispose pas d'études complètes et récentes concernant les violences basées sur le genre.

L'ensemble de la classe politique et institutionnelle concorde à identifier les adolescent-e-s comme un groupe cible crucial sur lequel il faut axer les initiatives et les énergies pour favoriser le développement du pays. Investir au niveau des jeunes et des adolescent-e-s est reconnu comme une stratégie prometteuse pour l'avenir.

En raison du caractère tabou de la sexualité, notamment celle des jeunes, l'éducation à la sexualité est difficile à mettre en place au Mali dans le milieu scolaire. Toutefois, des initiatives prises par le Ministère de l'Education et dans le cadre de nouveaux programmes développés au Mali s'orientent vers la mise en place d'une éducation complète à la sexualité.

Les principaux canaux pour sensibiliser les jeunes et diffuser de l'information sur la SDSP des adolescent-e-s au Mali sont :

- La socialisation horizontale, notamment à travers l'éducation par les pair-e-s ;
- Les medias : radio, télévision et journaux ;
- Les réseaux sociaux et Internet ;
- Les associations de jeunesse et les centres jeunes ;
- Les centres de santé et les prestataires de soins.

Tous ces canaux présentent des intérêts mais aussi des limites détaillés dans le rapport.

Les adultes (membres de la famille, acteurs/trices socio-sanitaires ou enseignant-e-s) se montrent peu enclins à aborder les thématiques relatives à la sexualité et à la procréation avec les jeunes. Cela souligne, une nouvelle fois, l'importance de l'éducation horizontale mais aussi de la formation et du renforcement des connaissances des adultes sur ces sujets.

Le manque de coordination des acteurs et structures intervenant dans le domaine de l'éducation à la sexualité auprès des jeunes est une faiblesse qui limite l'efficacité des actions.

Les messages, spots et slogans de prévention et d'information sont souvent tournés vers les mêmes thématiques, socialement acceptables et peu polémiques.

Mobiliser les détenteurs d'enjeux et développer des actions de déconstruction des stéréotypes de genre sont des moyens d'améliorer sur le long terme la SDSP des jeunes.

Recommandations

Les constats de l'étude principale ont donné lieu à l'élaboration de onze recommandations visant l'amélioration de la SDSP des adolescent-e-s qui sont détaillées dans le rapport :

- 1.** Promouvoir et mettre en place un système d'éducation sexuelle à l'école et en dehors du milieu scolaire (via l'intégration des stratégies d'alphabétisation informelle) dans une optique d'éducation complète à la santé et aux droits sexuels et de la procréation.
- 2.** Renforcer l'accessibilité des jeunes dans les centres de santé communautaires dans l'ensemble des régions du Mali (avec un accent particulier pour les régions du Nord - Gao, Tombouctou et Kidal).
- 3.** Développer et renforcer l'utilisation des services d'écoute et d'aide à distance en adaptant leurs offres aux problématiques spécifiques des adolescent-e-s (en mettant un accent particulier sur les services concernant le viol et le mariage précoce).
- 4.** Instaurer des espaces de dialogues et d'actions structurés au sein des communautés afin de renforcer les connaissances et les compétences en matière de santé et droits sexuels et reproductifs des adolescent-e-s et favoriser l'émergence d'un contexte favorable à la protection des jeunes filles.
- 5.** Coordonner une campagne cross-media visant la diffusion massive d'informations sur les DSSR des jeunes et des adolescent-e-s et favorisant la déconstruction des stéréotypes s'appuyant sur des supports existants de qualité.

6. Mobiliser les communautés en vue de l'abandon des mutilations sexuelles féminines et du mariage précoce (deux pratiques à forte prévalence au Mali et ayant un impact négatif sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des jeunes filles mais aussi sur leur maintien à l'école) en s'appuyant sur la théorie des conventions sociales (UNICEF).

7. Développer un système de production de données sur les adolescent·e·s qui soient sexo-spécifiques et intégrant des données sur les VBG et prenant en compte les adolescentes de 10 à 14 ans.

8. Renforcer la création d'espaces de coordination sur les problématiques liées aux VBG et à la SDSP des adolescent·e·s entre les ministères de ligne et les acteurs associatifs aux niveaux national et sous-régional.

9. Créer un/des label(s) « qualité » qui permette(nt) de donner de la visibilité et de fédérer les initiatives et les bonnes pratiques favorables aux adolescent·e·s (« ville amie des jeunes », « centre ami des jeunes » ou « association amie des jeunes » par exemple).

10. Former les cadres ministériels et des institutions décentralisées à l'approche genre, avec une préoccupation particulière « genre et santé sexuelle et de la procréation » et « genre et développement ».

11. Mobiliser et accompagner les acteurs législatifs (députés et Gouvernement) dans l'élaboration de propositions, mise en œuvre et financement de lois visant l'amélioration de la SDSP des adolescent·e·s et des jeunes (sur les VBG, les mutilations sexuelles féminines, la SR, la PF).

I. Introduction

1.1. Justification du sujet

Au cours des deux dernières décennies, la santé maternelle et infantile ainsi que des questions de maternité sans risque et de planification familiale ont fait l'objet d'un intérêt et d'efforts grandissants de la part des décideurs. La place de ces problématiques dans les politiques de développement, au niveau international comme au niveau national, s'est renforcée (CIPD, OMD 4 et 5 et désormais ODD 3, initiative « Every woman, every child », programmes d'accélération de réduction de la mortalité maternelle, initiative Muskoka, conférence de Ouagadougou sur la planification familiale). La réduction des taux de morbidité et de mortalité maternelle au niveau mondial observée depuis les années 2010 est un résultat visible de ces efforts conjoints.

Cette tendance positive est notamment due à des progrès importants en Asie et en Amérique du sud, l'Afrique sub-saharienne connaissant encore des indicateurs de santé sexuelle et de la procréation inquiétants. Par ailleurs, et notamment en Afrique sub-saharienne, la situation des adolescentes au regard des enjeux de la santé et des droits sexuels et de procréation (SDSP) reste très préoccupante, même si émerge une prise de conscience de la nécessité de mieux répondre à leurs besoins. L'Afrique sub-saharienne connaît des taux de croissance démographique élevés et la part des adolescent-e-s dans la population est importante et croissante. Les jeunes et les adolescent-e-s sont donc une population qui représente, à ce titre, d'importants enjeux au niveau de la santé et des droits mais aussi de l'employabilité, de la parentalité ou encore de l'abandon des normes sociales néfastes à la santé.

Au niveau mondial, 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et 1 million de jeunes filles de moins de 15 ans accouchent chaque année (OMS, 2014). Les adolescentes représentent 15% de la charge mondiale de morbidité maternelle et 13% de la mortalité maternelle (OMS, 2007). En Afrique de l'Ouest et Centrale, 45% des femmes se marient ou sont mariées avant 19 ans. Un quart des décès maternels surviennent à l'adolescence et ces décès sont la première cause de mortalité des adolescentes. La féminisation de l'épidémie du sida en Afrique (aujourd'hui les personnes vivant avec le VIH/ Sida sont en majorité des femmes) affecte particulièrement les jeunes ; 75% des nouvelles infections au VIH/ sida contractées dans la tranche d'âge des 15-29 ans concernent les filles.

Paradoxalement, si les jeunes filles contribuent largement à la faiblesse des indicateurs des ODD 3 et 5, on constate qu'elles sont sous-représentées dans la fréquentation des structures sanitaires et sont peu touchées par les programmes SR/ PF, y compris ceux à destination des jeunes. Ceci est particulièrement vrai pour certaines catégories de jeunes filles qui vivent des situations de vulnérabilité et sont isolées socialement : non scolarisées ou déscolarisées précocement, mariées très jeunes, jeunes filles migrantes domestiques, jeunes vendeuses, travailleuses du sexe.

Afin que les ODD 3 et 5 progressent, y compris en Afrique sub-saharienne, et pour tirer pleinement profit du dividende démographique, il est indispensable de prendre en compte et répondre aux besoins de toutes les adolescentes dès le plus jeune âge (10-14 ans) et lutter contre les pesanteurs socioculturelles et les inégalités de genre qui freinent la demande de soins et conseils des adolescentes et jeunes femmes ou sont des obstacles pour qu'elles puissent faire respecter leurs droits. C'est également une question de droits et de justice. D'après l'OMS, les « adolescent-e-s » sont définis comme les personnes appartenant au groupe d'âge des 10-19 ans, et les « jeunes » comme ceux appartenant au groupe d'âge des 15-24 ans.

Ces deux groupes d'âges se recoupent. Pour un confort de lecture, les deux terminologies seront utilisées alternativement dans le présent rapport.

L'adolescence des filles au Burkina Faso – Une clé de voûte pour le changement social, Population Council 2010

« Les expériences vécues pendant l'adolescence affectent énormément les futures vies d'adultes des garçons et des filles. Cela suggère qu'il est possible, avec des interventions et des actions ciblées pendant la deuxième décennie de la vie, d'améliorer considérablement et durablement la santé et le statut socio-économique des futurs adultes. À l'adolescence, période de transition, les garçons et les filles connaissent d'importants changements biologiques, sociaux et psychologiques liés à la puberté, qui auront des conséquences dans leur vie. Parmi ces changements figurent les premières relations sexuelles, le mariage, la maternité et l'augmentation des responsabilités ménagères et familiales. Ces dix dernières années, les adolescents ont donc été de plus en plus souvent ciblés par les efforts politiques et les différents programmes. Les initiatives ont surtout visé à améliorer le taux de scolarisation et la qualité de l'enseignement, à rendre les services de santé plus accessibles aux jeunes, à éduquer ces derniers sur la santé sexuelle et de la procréation, et plus récemment, à répondre à leurs préoccupations économiques.

De toute évidence, s'investir pour les adolescentes est essentiel pour :

- faire appliquer la Convention relative aux droits de l'enfant ;
- défendre les droits des filles à se marier plus tard, une fois informées et consentantes ;
- préserver leur santé sexuelle et de la procréation et les aider à acquérir de bonnes habitudes de santé ;
- réaliser des investissements en capital humain, notamment en matière de santé pendant la petite enfance ;
- réduire les disparités entre les sexes en termes d'accès aux services de santé et ressources socio-économiques ;
- construire une base économique efficace pour les adolescentes, en particulier dans les régions pauvres, où beaucoup sont mal préparées pour démarrer leur vie économique ;
- augmenter l'écart d'âge entre les générations et rendre la croissance démographique moins rapide (Bruce and Chong 2006) ».

1.2. Cadre de l'étude et méthodologie

1.2.1. Questions évaluatives et objectifs spécifiques

L'UNFPA a fait du soutien aux jeunes et aux adolescent-e-s une de ses priorités. Les « Cinq clefs » de la stratégie de l'UNFPA pour ouvrir des perspectives aux jeunes sont les suivantes : intégrer les questions concernant les jeunes dans les stratégies de développement national et de réduction de la pauvreté, élargir l'accès à une éducation à la santé sexuelle et reproductive qui soit soucieuse d'égalité femmes-hommes et qui encourage la préparation à la vie active, promouvoir un ensemble minimal de services de santé et de produits destinés aux jeunes, encourager le leadership et la participation des jeunes et promouvoir un ensemble minimal de services de santé et de produits destinés aux jeunes et encourager le leadership et la participation des jeunes et promouvoir les interventions innovantes pour les « laisser pour compte » par exemple les filles mères, les groupes les plus vulnérables, les victimes de violences.

Ces orientations sont clairement affichées et déclinées dans sa stratégie 2014-2017 qui est le cadre de référence pour développer les programmes et partenariats dans chaque pays où intervient le Fonds. A travers son récent rapport sur l'état de la population mondiale en 2016, intitulé « 10 ans : comment cet âge déterminant chez les filles conditionne notre avenir », l'UNFPA souligne l'importance de mettre en place des politiques et programmes qui ciblent les filles dès leur entrée à l'adolescence. Par ailleurs, l'UNFPA a saisi l'occasion de l'initiative Muskoka française (2011-2015) qui visait à accélérer l'atteinte des OMD 4, 5 et 6 dans les pays où les indicateurs restent faibles et dans lesquels il est impliqué avec 3 autres agences onusiennes (OMS, UNICEF et ONU Femmes) pour renforcer ses moyens pour faire avancer concrètement une plus grande et meilleure prise en compte des adolescentes dans les projets, politiques et programmes.

C'est ainsi à l'initiative de l'UNFPA, qu'a été organisé en 2012 à Cotonou par les 4 agences onusiennes, un atelier sous régional H4 dont l'objectif était de faire émerger des propositions concrètes à intégrer dans les plans d'actions du Fond de Solidarité Prioritaire/ Muskoka en Afrique de l'Ouest afin de s'assurer que les adolescentes bénéficient de manière effective des programmes de santé sexuelle et reproductive. A l'issue de cette rencontre à laquelle ont activement pris part plusieurs délégations d'Afrique francophone dont le Mali, des conclusions ont été collectivement formulées et des engagements ont été pris (cf. annexes).

Un consensus a notamment émergé sur le fait que les difficultés et les obstacles que les adolescentes rencontrent pour accéder à des conseils et des soins de qualité, adaptés à leurs besoins, le lourd tribut qu'elles paient en termes de mortalité et morbidité maternelles (principalement à cause des grossesses non désirées et des avortements à risque) ainsi que leur poids dans les nouvelles infections au VIH/ Sida, ne relèvent pas seulement de la faiblesse des systèmes de santé et d'un manque d'information et de connaissances. Cela relève aussi d'un environnement culturel et sociétal qui leur est très défavorable : tabous sur la sexualité, notamment chez les

jeunes, valorisation/ imposition du mariage précoce et des grossesses nombreuses, relations de pouvoir inégalitaires entre les jeunes et les adultes, entre hommes (garçons) et femmes (filles). Ces normes sociales maintiennent les femmes et les filles en situation de vulnérabilité notamment face à la coercition sexuelle et plus largement, les empêchent de faire des choix libres et éclairés.

En conséquence, il a été admis que sans changement dans les rapports sociaux de sexe, sans modification des normes sociales en vigueur et du regard porté sur les jeunes filles adolescentes et sans le développement de stratégies d'intervention différenciées qui permettent de toucher effectivement les adolescentes dans toute leur diversité (scolarisées et non scolarisées, mariées et mères, résidant zone urbaine ou rurale, alphabétisées ou non alphabétisées), il sera impossible d'atteindre les objectifs des plans de développement des pays et des programmes en termes de réduction de la mortalité maternelle, de recul de l'âge au mariage et à la première grossesse, de maîtrise de la fécondité, et donc de réduction de la pauvreté.

Dans la continuité de ce travail, et pour appuyer l'opérationnalisation des engagements pris, la division technique de l'UNFPA a contractualisé avec Equilibres & Populations pour réaliser dans quatre pays, une analyse des plans nationaux et des différents programmes pour permettre de souligner les opportunités et les défis pour la poursuite et l'accélération des changements initiés en faveur des filles dans les pays « Initiative Muskoka » - en ligne avec les conclusions et les engagements pris lors de la conférence de novembre 2012 au Bénin. Cette étude sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescentes au Mali est la dernière réalisée. Elle fait suite aux études conduites par Equilibres & Populations au Bénin, Niger et Togo. Quelles sont les stratégies et les actions à fort impact à privilégier et à soutenir pour améliorer et adapter l'offre de soins et de services aux besoins spécifiques des adolescentes, et agir efficacement pour un changement social bénéficiant aux jeunes filles et à l'amélioration de leur statut et de leur santé à long terme ? Quel rôle spécifique peut avoir l'UNFPA dans la prise en compte des spécificités nationales dans les programmes et politiques et dans le soutien et le renforcement des programmes des autres intervenants ? Ce sont les questions qui guident l'analyse.

Cette étude vise plus spécifiquement les objectifs ci-dessous :

- Apprécier le degré de prise en compte des adolescentes dans les politiques et l'arsenal juridique national ;
- Identifier les différents acteurs intervenant dans le domaine de la SRAJ, de la jeunesse mais aussi de l'éducation, des droits des femmes et des filles et de l'égalité femmes-hommes et apprécier les actions au regard de la place et de la prise en compte des adolescentes et de leur contribution à la théorie du changement ;
- Identifier les principales forces et faiblesse des programmes, stratégies et actions pertinents ainsi que des dispositifs existants au regard de la cible « adolescentes » et des éléments de la théorie du changement (données, lois, éducation sexuelle, service de santé, changement social et renforcement de l'empowerment des filles) ;
- À partir de l'existant et des opportunités, formuler des recommandations stratégiques et opérationnelles visant à nourrir le développement de nouvelles approches et la révision des programmes en cours et à venir.

1.2.2. Méthodologie et déroulement de l'étude

Définition/validation des TDR de l'étude

Les termes de référence de l'analyse et la méthodologie suivie ont été discutés et validés par l'UNFPA Mali (cf. annexes).

Equipe de consultant-es

Quatre personnes ont contribué à cette étude ; Aurélie Gal-Régniez (Equipop) : supervision générale et relation partenariale / Dominique Pobel (Equipop) : coordination, conduite de la première mission terrain / Aurélie Hamelin Desrumaux (Equipop) : collecte, traitement et analyse des données, conduite de la seconde mission terrain et rédaction du rapport / Juliette Manaud (Equipop) : collecte, traitement et analyse des données, participation à la seconde mission terrain et rédaction du rapport.

Le déroulement des missions de terrain et l'accessibilité à la documentation ont été appuyés par l'UNFPA Mali.

Recueil des données et revue documentaire

En amont de la mission de terrain, une première cartographie des programmes à étudier, des actions en cours et des intervenant-e-s impliqué-e-s et à rencontrer a été établie. Deux missions de terrain conduites en janvier et novembre 2016 ont permis de compléter la cartographie et d'affiner l'analyse en travaillant avec l'équipe de l'UNFPA et en rencontrant les intervenant-e-s et acteurs/trices.

Trois types de rencontres ont été tenues :

- **Réunions de travail avec l'équipe UNFPA** : des séances de travail sur les attentes de l'UNFPA et des séances de débriefing des principales observations ont été tenues lors des 2 missions.
- **Rencontre multi-acteurs** : une rencontre multi-acteur réunissant les agences onusiennes Muskoka, à savoir, UNICEF, OMS, ONU Femmes et la structure de coordination Muskoka a été organisée par le bureau UNFPA.
- **Entretiens avec les responsables et coordinateurs/ coordinatrices de programmes** : des rencontres ont été organisées avec des acteurs/ actrices pour apprécier l'opérationnalisation des projets et identifier les bonnes pratiques sur la base de la grille d'intervention issue de l'atelier de Cotonou. Trois entretiens ont été conduits avec des représentants des ministères de lignes : le Ministère de la Jeunesse et de la Construction citoyenne, la Direction nationale de la Santé du Ministère de la Santé et la Direction nationale de la Pédagogie du Ministère de l'Éducation nationale. Dix entretiens ont été conduits avec des membres d'ONG et des partenaires : l'Association des juristes maliennes (AJM), l'Association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles (AMSOPT), Management Sciences for Health (MSH - anciennement FCI), le Samu Social, le Réseau national des jeunes du Mali (RENAJEM), l'Association des jeunes pour la citoyenneté active et la démocratie (AJCAD), l'Association de soutien aux activités de développement des populations (ASDAP), Marie Stopes International (MSI), le service de gynécologie de l'hôpital du Mali, le bureau d'étude MISELI.
- **Visites de lieux** : Centre d'écoute des jeunes du quartier bamakois de Sogoniko (rencontre avec le personnel et deux pairs-éducateurs), Centre jeunes de l'ASDAP, lycée de Sogoniko (observation d'une séance d'information donnée par un pair éducateur).

- **Événements** : Cérémonie de lancement de la campagne « Génération PF : ensemble choisissons l'avenir », prestation théâtrale de la troupe de l'AM-PPF (Association malienne pour la promotion de la planification familiale).

La méthode de collecte des données a permis conjointement d'apprécier la situation actuelle, les actions en cours et de faire émerger collectivement des propositions de la part des acteurs que nous discuterons dans la présente étude.

Les principales politiques, programmes, projets qui sont pris en compte dans l'analyse et ont fait l'objet d'un traitement approfondi sont :

- Le plan d'action national de planification familiale du Mali 2014-2018 ;
- Le plan d'action multisectoriel santé des adolescents et des jeunes 2017- 2021 ;
- Le plan stratégique de sécurisation des produits de la reproduction et des produits sanguins au Mali 2014- 2018 ;
- Le plan stratégique de la santé de la reproduction 2014-2018 ;
- La politique national Genre du Mali ;
- La politique cadre de développement de la jeunesse 2012-2016 ;
- Le plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 2014-2023 ;
- Les documentations, programmes et stratégies développées par les acteurs rencontrés sont mentionnés dans le corps de l'étude.

1.3. Contexte national et enjeux spécifiques

1.3.1. Un contexte de crise ayant un impact sur la santé et les droits sexuels et de la procréation des adolescent·e·s

Le Mali connaît, dès le début de l'année 2010, une série de crises dues notamment aux rebellions touarègues dans le Nord-Est du Pays revendiquant leur auto-détermination. En 2012, après le renversement du gouvernement d'Amadou Toumani Touré, les rebelles du MNLA (Mouvement national pour la libération de l'Azawad) s'allient aux islamistes d'Ansar Dine. Un état islamique indépendant est proclamé au Nord du Mali. Après le départ des rebelles touaregs de Tombouctou et Gao, les islamistes du Mouvement pour l'unicité et le Jihad (Mujao) prennent le contrôle total de la zone et instaurent la loi islamique. C'est le début de la destruction des lieux saints de Tombouctou mais aussi des infrastructures sanitaires, sociales et scolaires de la zone.

La crise malienne a entraîné de nombreuses violations des droits humains et a eu un impact fortement négatif sur la santé des populations, surtout celle des filles et des femmes. En 2012, Amnesty international a, dans un rapport intitulé « Mali, retour sur cinq mois de crise. Rébellion armée et

putsch militaire », alerté sur l'ampleur des déplacements de populations et leurs conséquences ainsi que sur les nombreuses exactions et violences commises, notamment en direction des filles et des femmes : « Des centaines de milliers de personnes ont été déplacées par les affrontements au nord du Mali et des dizaines ont été victimes de détentions arbitraires, d'exécutions extrajudiciaires et de violences sexuelles, y compris de viols »¹. Ce rapport fait état de nombreux témoignages de filles et de femmes ayant subi des violences sexuelles dans le Nord du pays. L'instauration de la charia a également réduit considérablement les libertés individuelles, notamment celles des femmes qui se sont vues imposer un contrôle strict de leur apparence mais aussi de leurs déplacements et de leurs actions.

¹. <https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2012/05/mali-s-worst-human-rights-situation-years/>

La crise au Mali a entraîné une paralysie des institutions gouvernementales dont les plans d'action et les programmes ont été mis à l'arrêt. Les déplacements de populations, la destruction des infrastructures et l'instabilité politique ont entraîné un accroissement de la pauvreté et une situation socio-économique fragile. Si le Nord du pays a été particulièrement touché par les conflits et l'arrêt des services, l'ensemble du territoire malien a été affecté par la crise. En 2013, un nouveau président, Ibrahim Boubacar Keita, a été élu et en 2015, un accord de « Paix et Réconciliation nationale » a été signé. L'éducation, la formation, la santé des adolescent·e·s et des femmes occupent une place importante dans cet accord. La reconstruction du pays est en marche et beaucoup de domaines d'intervention s'avèrent urgents. Un plaidoyer très fort et des actions phares sont alors nécessaires pour maintenir l'attention sur la santé et les droits sexuels et de la procréation des jeunes et adolescent·e·s.

Ce contexte est aujourd'hui déterminant pour comprendre les enjeux actuels de la santé et des droits sexuels et reproductifs des jeunes et adolescent·e·s au Mali.

1.3.2. Données socio-sanitaires sur les adolescentes maliennes

La population malienne s'élève à 14 528 662 habitant·e·s (RGPH, 2009) dont 51% sont des femmes. Les adolescent·e·s et jeunes entre 10 et 24 ans représentent 32,7% de la population (Annuaire statistique du Mali 2014).

Si l'indice synthétique de fécondité reste élevé au Mali avec 6,1 enfants par femmes en moyenne (EDSM-V, 2012-2013), il est en diminution par rapport aux EDS précédents (6,8 en 2001 et 6,6 en 2006). Les taux spécifiques de fécondité indiquent une fécondité précoce relativement élevée : 172‰ pour la tranche d'âge 15-19 ans (EDSM-V, 2012-2013). D'après les estimations, 26% des femmes maliennes en âge de procréer ont des besoins non satisfaits en PF (EDSM-V, 2012-2013).

Le taux d'alphabétisation des jeunes filles maliennes est très faible, seulement 23% des femmes de 15 à 24 ans sont alphabétisées (enquêtes MICS, 2010). Les disparités entre femmes et hommes, ainsi qu'entre milieu rural et urbain sont importantes : 28% des hommes et 42% des femmes en zones urbaines contre respectivement 64% et 74% en zones rurales n'ont pas reçu d'instruction (EDS 2012-2013). Le district de Bamako détient les taux de scolarisation les plus élevés. Dès l'école primaire les filles accèdent moins

à l'éducation. Ainsi, le taux net de fréquentation au primaire est de 55% pour les filles contre 62% pour les garçons. Le taux net de fréquentation chute à l'arrivée au secondaire : seulement 38% des garçons et 24% des filles y accèdent.

Cette déscolarisation à partir du secondaire peut s'expliquer par une entrée précoce dans la vie féconde. 8,1% des filles de 15-19 ans ont connu une naissance avant l'âge de 15 ans (EDS, 2012-2013). 39% des adolescentes ont commencé leur vie féconde (33% ayant déjà eu une naissance vivante et 6% étant enceintes de leur premier enfant au moment de l'EDS, 2012-2013).

Selon l'EDSM V, l'âge d'entrée en union chez les adolescentes et les jeunes maliennes est précoce : parmi les femmes âgées de 25 à 49 ans, une femme sur cinq (20 %) était déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans. La moitié des femmes (50 %) étaient déjà en union avant 18 ans. Parmi les femmes de 25 à 49 ans, 21 % avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans contre seulement 5 % des hommes de la même tranche d'âge. L'âge de début de vie procréative est plus élevé en milieu rural et dans les milieux où l'instruction est faible.

Les grossesses précoces, grossesses non désirées et avortements à risque sont fréquents chez les adolescentes maliennes du fait de la précocité des premiers rapports sexuels, de l'insuffisance d'accès aux informations et aux services de planification familiale et à de nombreux autres facteurs d'ordre économique et socio-culturel.

Au Mali, selon l'EDSM V, la prévalence du VIH/Sida chez l'ensemble des jeunes de 15 à 24 ans est de 0,8 %. En désagrégeant ce pourcentage entre femmes et hommes, on obtient une prévalence de 1,1 % chez les jeunes femmes et 0,3 % chez les jeunes hommes, correspondant à un ratio jeune femme/jeune homme de 3,7. Cela signifie que, dans ce groupe d'âge, 370 jeunes femmes sont infectées pour 100 jeunes hommes. Ce ratio est beaucoup plus élevé que pour l'ensemble de la population de 15-49 ans (ratio de 1,6).

1.3.3. Environnement législatif

L'environnement législatif et les programmes et politiques au Mali sont analysés à la lumière de la situation dans les pays de la sous-région et des études menées par Equipop au Niger, Bénin et Togo. Ces études apportent des éléments de comparaison permettant de proposer des pistes pour s'inspirer de certaines politiques de la sous-région en ce qui concerne les DSSR des adolescent-e-s.

Le Mali a ratifié de nombreuses conventions et chartes internationales relatives aux droits et à la santé de la procréation, notamment : la Convention internationale relative aux Droits de l'enfant (CIDE) en 1990, la Convention pour l'Élimination des discriminations envers les femmes (CEDEF) en 1985 et son protocole en 2000, le programme d'action du Caire (CIPD) en 1994, la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples en 1981 et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, dit « Protocole de Maputo » en 2005. Au niveau national, le Gouvernement a promulgué et adopté plusieurs lois

ou textes contribuant à l'application des conventions internationales. Si certains de ces textes représentent une avancée législative et juridique vers davantage d'égalité entre les hommes et les femmes et une reconnaissance des droits en matière de santé et de la procréation, la législation malienne reste toutefois faiblement harmonisée avec les textes internationaux relatifs aux droits humains. En effet, des gaps ont été identifiés en ce qui concerne la condamnation des violences faites aux filles et aux femmes. Par exemple, actuellement, la législation malienne ne dispose pas d'une loi spécifique contre les violences basées sur le genre (viol, mutilations sexuelles féminines...). Ces gaps montrent que le Mali n'a pas encore intégré l'ensemble des engagements pris au niveau international dans sa législation en ce qui concerne la SDSP des adolescent·e·s et des jeunes.

Les MSF et le mariage précoce sont des pratiques très répandues au Mali. Il s'agit de pratiques discriminatoires à l'égard des filles et des femmes et une violation de leurs droits. Or, L'Etat malien s'est engagé à mettre fin aux mariages d'enfants et aux mutilations sexuelles féminines comme cela est stipulé dans l'article 24 de la CIDE : « Les États parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants. »

La plupart des pays de la sous-région disposent d'une loi contre la pratique des mutilations sexuelles féminines². L'interdiction est même rappelée dans une seconde loi portant prévention et répression des violences faites aux femmes au Bénin (Loi 2011-26, 9 janvier 2012). Cette loi condamne également les violences conjugales, familiales, le harcèlement sexuel, le viol y compris entre époux, le mariage forcé, le rapt d'enfants, le lévirat, les interdits alimentaires en cas de grossesse ou d'accouchement, le rite de veuvage, l'internement des filles et le rite de purification en cas d'adultère. Ces éléments peuvent être pris en exemple pour inspirer l'élaboration d'une loi sur les VBG au Mali.

2. Bénin : 2003, Burkina Faso : 1996, Côte d'Ivoire : 1998, Ghana : 1994 et 2007, Guinée : 1965 et 2000, Guinée-Bissau : 2011, Mauritanie : 2005, Niger : 2003, Sénégal : 1999.

La loi relative à la santé de la reproduction (O2- O44, 24 juin 2002) énonce que « les hommes et les femmes sont égaux en droits et en dignité en matière de santé de la reproduction ». Elle implique le droit pour les femmes et les hommes d'être informé·e·s, d'utiliser la méthode de planification de leur choix, « d'accéder aux services de santé de reproduction et de bénéficier des soins de la meilleure qualité possible ». Néanmoins, le Mali rencontre des problèmes d'application de cette loi puisque les adolescent·e·s et jeunes ont un accès restreint à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive.

Cela s'explique notamment par une insuffisante diffusion de la loi, le manque de structures d'offre de services de SSR adaptés aux adolescent·e·s et les préjugés qui persistent et limitent ces services aux couples mariés. La loi restreint le droit à l'interruption volontaire de grossesse aux situations où elle est jugée nécessaire à « la sauvegarde de la vie de la femme enceinte » ou « lorsque la grossesse est la conséquence établie d'un viol ou d'une relation incestueuse, à la demande expresse de la femme enceinte ». Cela montre que le Mali, comme l'ensemble des pays de la sous-région, dispose d'une législation restrictive en matière d'avortement. En effet, aucune loi n'autorise les femmes à avorter au Sénégal, en Mauritanie, en Guinée-Bissau, en Côte d'Ivoire et au Nigéria. Les autres pays de la sous-région disposent de lois autorisant l'IVG sous des conditions très restrictives telles que le

viol, l'inceste ou bien une malformation fœtale. Enfin, cette loi ne prend pas en compte les besoins spécifiques des adolescent·e·s. Par exemple, la loi n'explique pas l'autorisation d'administration de contraceptifs aux mineures à titre anonyme et sans consentement d'un titulaire de l'autorité parentale. La loi ne prévoit pas non plus la gratuité des contraceptifs aux mineures, ce qui peut limiter l'accès à ces services. En outre, la mention du « respect de l'ordre public et de la morale familiale » dans l'article 12 qui autorise « l'information et l'éducation concernant la contraception » peut-être interprétée en défaveur de l'accès à l'information des jeunes. Le Conseil National de la Jeunesse (CNJ) du Mali a d'ailleurs milité pour une amélioration de la loi afin qu'elle intègre les besoins des jeunes.

La réforme du Code des personnes et de la famille de 2011 est discriminatoire à l'égard des filles et des femmes et représente un recul en matière d'égalité et de droits par rapport à la situation antérieure. Ainsi, l'âge légal du mariage a été maintenu à 16 ans pour les filles, alors qu'il est de 18 ans pour les garçons. Dans certains cas, le mariage des filles peut être autorisé à partir de l'âge de 15 ans. Le mariage religieux est également juridiquement reconnu. Ce code contrevient aux engagements internationaux pris par le Mali à travers la ratification, en 1985, de la Convention des Nations-Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et, en 2005, du Protocole de la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes. Comme le Mali, de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest autorisent le mariage à un âge plus jeune pour les filles que les garçons. C'est le cas notamment de la Côte d'Ivoire (18 et 20 ans), du Burkina Faso (17 et 20 ans), de la Guinée (17 et 21 ans), du Niger (15 et 18 ans) et du Sénégal (16 et 20 ans).

Au Mali, les femmes et les hommes ne disposent pas de droits et devoirs équivalents au sein du mariage : le mari est le « chef de famille » et sa femme lui « doit obéissance ».

La polygamie est autorisée et le lévirat n'est pas interdit. La législation malienne ne respecte donc pas l'article 16 de la Déclaration Universelle des droits de l'Homme (1948) qui stipule notamment que les hommes et les femmes « ont des droits égaux au regard du mariage, durant le mariage et lors de sa dissolution ». Le Bénin a adopté une législation plus progressiste qui fixe l'âge légal au mariage à 18 ans pour les hommes comme pour les femmes, interdit le lévirat, reconnaît une autorité parentale partagée entre le père et la mère, instaure l'héritage au conjoint suivant et l'héritage aux enfants quel que soit leur sexe ou leur âge et pose la monogamie comme principe matrimonial (Loi N°2002-07).

Le Mali dispose d'une loi générale (Loi N°06/028 du 29 juin 2006) définissant les règles relatives à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH / SIDA. L'article 17 de la loi indique que les personnes mineures doivent avoir le consentement écrit de leurs parents ou tuteurs pour effectuer un test de dépistage au VIH. Cette mention limite l'accès des adolescent·e·s à la connaissance de leurs statuts sérologiques.

Le droit coutumier s'applique de manière concomitante au système législatif et juridique d'Etat. Il peut s'avérer discriminatoire à l'égard des femmes. Par exemple, le droit coutumier malien exclut les femmes de l'accès à la propriété foncière.

1.3.4. Environnement politique

Le coup d'Etat militaire de mars 2012 au Mali a entraîné des coupes de financement de l'aide internationale et a ébranlé la mise en œuvre de l'ensemble des programmes et politiques en cours ou prévus. Ainsi, les politiques et programmes existant sur les DSSR des adolescent-e-s peuvent ne pas être mis en œuvre par manque de moyens ou faute de priorisation. En outre, ils ne sont pas toujours adaptés à certaines catégories d'adolescentes, notamment celles en situation de vulnérabilité et les 10-14 ans. Pourtant, la prise en compte des jeunes filles, y compris les catégories précédemment citées, est nécessaire pour légitimer et donner un cadre aux actions et initiatives visant, d'une part, l'amélioration de leur accès aux services (soins, informations) nécessaires à l'amélioration de leur situation et de leur santé (notamment accès à la contraception), et d'autre part, les changements sociaux favorables à l'amélioration de leur statut et à l'égalité avec les garçons.

Principales politiques et programmes

• Le Plan stratégique de la santé de la reproduction (2014-2018)

L'objectif général du plan est d'améliorer l'état de santé de la reproduction de la population. Cet objectif est décliné en 4 objectifs spécifiques : accroître l'accessibilité et la disponibilité des services de SR sur l'ensemble du pays, accroître les efforts de création de la demande et l'utilisation des services de SR, améliorer la qualité des services de SR et améliorer les capacités de coordination, de gouvernance et leadership, et de suivi évaluation des services de SR.

Plusieurs stratégies sont prévues pour réaliser chacun de ces objectifs. Une stratégie impliquant les adolescent-e-s et jeunes est d'intensifier la mise en application des standards des services de santé adaptés aux jeunes. Il existe une stratégie qui cherche à renforcer l'éducation sexuelle des adolescents et des jeunes, mais celle-ci disparaît dans le plan d'action où une seule activité est dédiée au public adolescent/ jeune pour la réalisation du second objectif. Enfin, une stratégie vise à améliorer l'accueil dans les structures pour un accès facile des femmes, des hommes, des jeunes et adolescents aux services de SR. Le risque d'une telle stratégie étant que les besoins des adolescent-e-s et jeunes soient noyés parmi ceux du reste de la population. Le Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction et des produits sanguins au Mali (2014-2018)

Le plan vise à : - rendre les produits de SR constamment disponibles, abordables, et accessibles aux utilisateurs potentiels, - réduire les besoins non satisfaits en PF en améliorant l'offre de service SR, - accélérer la démarche d'intégration entre la santé sexuelle et reproductive et le VIH/Sida et - assurer la pérennité et la mobilisation des ressources.

Une seule activité, à savoir des sessions de formation sur l'utilisation des services de PF, est destinée aux jeunes. Un financement spécifique des contraceptifs à destination des adolescent-e-s n'est pas inclus. Or, cela pourrait faciliter la gratuité et l'accès aux produits contraceptifs pour les jeunes.

• Plan d'action national de planification familiale du Mali (2014-2018)

L'objectif des autorités maliennes à travers ce plan est « de répondre de façon satisfaisante et novatrice aux énormes besoins en planification familiale et atteindre une prévalence contraceptive de 15% d'ici 2018 ».

Pour cela, les stratégies et activités ont été divisées en quatre grandes catégories : - améliorer la demande des services de PF, - améliorer l'offre des services de PF en quantité et en qualité, - rendre l'environnement plus habitant à la PF et - améliorer le suivi et la coordination des services de PF. Le plan intègre des activités ciblant les adolescent-e-s et jeunes dans les 3 premières stratégies : - initiation de stratégies novatrices de communication en direction des jeunes scolarisés et non scolarisés, - renforcement du partenariat avec les groupes organisés de jeunes dans le domaine de la SR, - renforcement des services PF destinés aux adolescent(e)s et jeunes et - plaider pour l'adoption d'une politique de tiers payant au cours de l'offre des services de PF aux adolescentes.

Alors que des activités visent spécifiquement les adolescentes et jeunes filles, aucune activité spécifique à la sensibilisation et éducation des adolescents et jeunes garçons n'est mentionnée. Enfin, le Ministère de la Jeunesse et de la Construction citoyenne (ancien Ministère de la Jeunesse et des sports) participe à la mise en œuvre du plan, mais semble peu impliqué dans le suivi et la coordination des services de PF comparé à d'autres Ministères.

• Plan d'action multisectoriel santé des adolescents et des jeunes (2017-2021)

Le but du Plan est de « mettre en place un système qui garantit aux adolescents et aux jeunes un accès à des soins et services de santé de qualité adaptés à leurs besoins en tout lieu et à tout moment ».

Parmi les 16 objectifs spécifiques du plan, neuf sont dédiés aux droits et à la santé sexuels et reproductifs des adolescent-e-s et jeunes : - réduire l'incidence des IST/VIH/Sida, - réduire l'incidence des mariages, - augmenter l'utilisation des services de planification familiale, - réduire l'incidence des grossesses précoces et/ou non désirées, - assurer la prise en charge des avortements à risque chez les adolescentes et les jeunes, - renforcer la communication sur l'hygiène menstruelle chez les adolescents et les jeunes, - réduire l'incidence de l'excision et les autres pratiques néfastes chez les adolescentes et les jeunes, - réduire le taux d'absentéisme des filles par l'amélioration des conditions d'hygiène scolaire selon l'approche genre et - réduire l'incidence des cas de viol sur les filles et femmes liés à la recherche d'eau. Deux autres objectifs doivent également contribuer à l'amélioration des DSSR des adolescent-e-s et jeunes, ceux-ci visent à dynamiser le cadre de concertation pour l'ensemble des acteurs intervenants en faveur de la SAJ et à renforcer l'engagement des acteurs communautaires pour la promotion de la santé des adolescents et des jeunes.

Excepter l'objectif qui vise à protéger les filles et les femmes de viol liés à la recherche d'eau en milieu rural, le plan ne prévoit pas d'activités s'adaptant à l'hétérogénéité des jeunes et adolescent-e-s (en termes d'âge, de sexe, de statut matrimonial, de niveau d'instruction, de lieu de vie).

• La Politique Nationale Genre du Mali (PNG-Mali)

La PNG établit un état des lieux relativement complet des inégalités liées au genre au Mali. Néanmoins, les violences basées sur le genre y sont peu développées. L'analyse de la situation spécifique des adolescentes et jeunes filles est également faible, bien que quelques chiffres à leur propos soient mentionnés. De manière générale, la Politique Nationale Genre du Mali met l'accent sur le potentiel de développement économique que représentent les femmes.

Ainsi, les jeunes filles, peu présentes dans le cadre stratégique, sont mentionnées pour les objectifs concernant le développement d'activités génératrices de revenus, l'accès aux emplois du secteur privé et l'équité en matière de rémunération. Le fait que parmi les six axes prioritaires du Président de la République du Mali, celui qui concerne les femmes et les jeunes vise à ce que ces catégories soient insérées dans les « circuits productifs » explique certainement cela.

Néanmoins, l'un des axes stratégiques de la politique vise l'« amélioration de l'accès à des services de santé de proximité (santé de la reproduction) ». Il n'y a pas d'objectifs spécifiques aux adolescentes/jeunes filles pour cette stratégie, elles sont mentionnées pour les objectifs visant à réduire les grossesses non désirées et contenir le VIH/Sida. Un autre axe stratégique de la politique est de sensibiliser et éduquer la population. Il faut noter qu'une distinction est faite entre femmes-hommes et filles-garçons. Cet axe a un objectif spécifique qui concerne directement les DSSR des adolescentes : « Intensifier les campagnes de sensibilisation et d'éducation en vue d'enrayer les pratiques néfastes à l'intégrité et à la santé des femmes et des jeunes filles et préconiser des comportements responsables en matière de santé de la reproduction ».

En outre, la politique intègre souvent les jeunes filles et adolescentes dans la catégorie générale « jeunes » sans qu'une distinction de sexe, ni même d'âge, de statut matrimonial, de niveau d'instruction ou de lieu de vie soit faite. Enfin, la politique manque d'objectifs visant à améliorer l'estime de soi et le leadership des adolescentes.

• Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 2014-2023

Le Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 2014-2023 est le document de référence nationale pour toutes les interventions dans le secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la famille. Le plan définit 11 objectifs prioritaires dont les suivants sont particulièrement stratégiques pour la santé sexuelle et reproductive : « réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile ; réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles ; réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non transmissibles ; promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé ; augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations ; assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins ; assurer la disponibilité des ressources humaines (hommes et femmes) qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable ; assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les

déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire ; assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle ».

L'amélioration de la santé des adolescent-e-s et jeunes n'apparaît pas comme une priorité dans ce plan. Le Ministère de la Jeunesse et de la Construction citoyenne ne fait pas partie des 3 ministères principaux impliqués dans la réalisation du plan et la santé des adolescent-e-s et des jeunes n'est pas identifiée comme l'un des problèmes prioritaires du secteur.

Néanmoins, parmi les objectifs spécifiques figure la mise en œuvre « d'interventions spécifiques pour renforcer la continuité de l'offre de services PF de qualité notamment l'utilisation des méthodes de longue durée, l'augmentation de la demande des services de la PF et la facilitation de l'accès des femmes, des hommes, des jeunes et adolescents aux services de PF ». Un autre objectif dédié à la sensibilisation pour la lutte contre le VIH/ Sida implique les jeunes.

La partie sur les violences faites aux femmes et aux filles se concentre sur les violences faites aux enfants, mentionnant les mariages précoces et l'exploitation sexuelle des enfants, thématiques rarement abordées. Cependant, cette partie omet d'autres violences basées sur le genre et d'autres catégories de personnes vulnérables comme les adolescentes et jeunes filles.

De manière générale, les besoins des adolescents/ jeunes et surtout des adolescentes et jeunes filles sont peu pris en compte dans le PDDSS 2014-2023.

• **Programme de développement socio-sanitaire 2014-2018 (PRODESS III)**

Le PRODESS III découle du PDDSS, mais se limite à la période 2014-2018.

Le document présente les déterminants de l'état de santé, parmi lesquels une partie est consacrée aux thématiques : « droits et santé ; femmes et enfants ; genre ». Un paragraphe complet est dédié aux violences basées sur le genre. Les opportunités identifiées sont, entre autres : - promouvoir le concept de « genre » ; - renforcer les capacités opérationnelles des acteurs de terrain ; - améliorer le cadre juridique national en ce qui concerne la lutte contre les violences basées sur le genre, en particulier l'excision et les mariages précoces ; - développer un cadre juridique spécifique à certaines violences basées sur le genre, telles que l'excision féminine ; - renforcer l'accompagnement des couples en faveur de la PF, en particulier à travers un plaidoyer en faveur d'un meilleur accès aux techniques modernes de contraception.

En ce qui concerne les jeunes, le PRODESS III prévoit : l'organisation de séances de plaidoyer et de sensibilisation pour la promotion des femmes et des jeunes dans les organes de gestion des organisations communautaires et leur participation aux actions ; appuyer les services locaux à la formation des jeunes et adolescents sur les SP/PF ; améliorer les capacités et degré d'implication des femmes et des jeunes au niveau des organes de gestion des services de santé, l'animation pour la mise en place et l'encadrement des associations ou organisations de femmes, de jeunes. Comme pour le PDDSS, les besoins des adolescents/ jeunes et surtout des adolescentes et jeunes filles semblent peu pris en compte.

• Politique cadre de développement de la jeunesse et plan d'action

La politique cadre de la jeunesse devait être initialement mise en œuvre de 2012 à 2016 mais la crise au Mali a entraîné une extension de la durée de sa programmation. Elle cible les adolescent-e-s et jeunes âgé-e-s de 15 à 25 ans et omet donc la catégorie des 10-14 ans (catégorie d'âge cruciale pour promouvoir au sein des jeunes la santé et les droits sexuels et de la procréation).

Le document présente un état des lieux de la situation des jeunes maliens-ne-s. Le paragraphe sur la santé est laconique mais mentionne néanmoins la santé sexuelle et reproductive, en abordant les relations sexuelles et grossesses précoces, la fréquentation des centres de santé et de planning familial et le VIH/ Sida. L'état des lieux comprend également une partie sur le genre qui ne mentionne qu'une seule violence basée sur le genre : l'excision.

Parmi les huit objectifs stratégiques du plan, un objectif concerne la santé sexuelle et reproductive : « améliorer l'accès à la santé et impliquer activement les jeunes dans les programmes de prévention et d'éducation à la santé (santé sexuelle et reproductive, environnement, modes et hygiène de vie, conduites addictives, pratiques traditionnelles...) ». Néanmoins, les objectifs spécifiques proposés pour réaliser cet objectif général se limitent à la lutte contre le VIH/ Sida.

L'hétérogénéité des adolescent-e-s est prise en compte : les différentes catégories de jeunes sont citées au début du plan et un objectif vise à « assurer la protection et l'accompagnement psychologique et socioéducatif des jeunes les plus vulnérables et des jeunes migrants ». Cependant, bien que les adolescentes puissent être incluses dans les « jeunes vulnérables » auxquels deux axes stratégiques sont consacrés, un axe dédié aux jeunes femmes aurait mieux assuré la prise en compte de leurs besoins. En outre, le plan propose un objectif pour « intégrer la dimension genre dans toutes les stratégies visant la jeunesse ». La Politique cadre de développement de la jeunesse manque d'objectifs spécifiques sur des éléments de DSSR autres que le VIH/ Sida.

Avancées et faiblesses au sein de l'environnement politique malien

Les politiques et programmes maliens sur les DSSR pourraient davantage prendre en compte la jeunesse. Celle-ci est de manière générale peu considérée dans toute sa diversité (âge, sexe, statut matrimonial, niveau d'instruction, lieu de vie, orientation sexuelle). Les politiques et programmes sont notamment peu adaptés à la catégorie des 10-14 ans. Cette faiblesse est présente dans plusieurs autres pays de la sous-région (c'est le cas notamment du Bénin, du Niger et du Togo). En outre, le focus couramment fait sur certaines composantes des DSSR (contraception, VIH/ Sida) se fait au détriment d'autres thématiques comme les violences basées sur le genre qui sont reléguées au second plan.

Au Mali comme dans la sous-région, on observe une intégration croissante des problématiques de genre dans les politiques et programmes de développement. Cela est visible, notamment grâce aux différentes politiques nationales sur le genre mises en place dans les pays d'Afrique de l'Ouest. Cependant, la faiblesse des fonds alloués à la mise en œuvre des plans sur ces thématiques réduit leurs impacts.

Le fait que le Mali soit doté de deux plans récents spécifiques à la jeunesse révèle l'intérêt porté par le gouvernement malien à cette thématique (Politique cadre de développement de la jeunesse & Plan d'action et Plan d'action multisectoriel santé des adolescents et des jeunes). Ce qui n'est pas le cas de tous les pays de la sous-région, comme le Togo dont le dernier plan dédié à la jeunesse date de 1997.

Bien que le Mali dispose d'un Programme national de lutte contre la pratique de l'excision (PNLE), son engagement pour l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes pourrait être renforcé si davantage de ressources étaient consacrées à ces thématiques et si l'Etat s'impliquait pour le vote de lois et leur application. Cette implication de l'Etat malien s'inscrirait dans le respect de la CIDE préalablement citée à ce propos. Le Mali pourrait s'inspirer des lois votées dans les pays limitrophes.

Pour intégrer une politique d'éducation sexuelle complète à l'école, le programme mis en œuvre par l'Association togolaise pour le bien-être familial (ATBEF) pourrait être source d'inspiration. Son objectif principal est « d'intégrer et de mettre en œuvre l'éducation sexuelle complète (ESC), spécifique à chaque sexe et basée sur les droits dans les programmes nationaux au Togo ». Les jeunes ont été impliqués dans la mise en œuvre des activités et le programme a réussi à fédérer l'ensemble des acteurs, des professeurs des écoles, aux parents et aux jeunes, en passant par la communauté.

1.3.5. L'UNFPA, un acteur incontournable dans le domaine de la SDSP

Dans le plan d'action du cadre de coopération avec le gouvernement malien 2015-2019, l'UNFPA a défini les axes d'intervention prioritaires suivants :

- La promotion de la santé sexuelle et de la reproduction en particulier des adolescent-e-s et des jeunes ;
- Le développement des services de planification familiale surtout en milieu rural ;
- L'intégration « opportunités économiques - santé sexuelle et de la reproduction » ;
- L'assistance en situations humanitaires ;
- L'amélioration des compétences statistiques et de gestion des programmes et projets pour l'accélération de la trajectoire vers le dividende démographique.

Le principal objectif du programme pays de l'UNFPA Mali est de contribuer à la réduction de la pauvreté. Il cible principalement les groupes marginalisés (femmes, jeunes et adolescent-e-s), surtout ceux et celles vivant dans les zones affectées par la crise. Le programme est fondé sur le dividende démographique au niveau national et régional, la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, la promotion des droits sexuels et reproductifs, notamment dans le contexte de crise humanitaire.

La santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescent-e-s est un domaine spécifique d'intervention pour l'UNFPA Mali.

En outre, l'UNFPA Mali participe à la mise en œuvre du programme « Jeunesse et résilience » du PNUD. Ce programme, mis en œuvre entre 2013 et 2018, a pour but, entre autres, de former 350 leaders sur les droits des femmes et les violences basées sur le genre et de faciliter l'accès à des soins médicaux pour 1000 femmes et filles.

Au regard de son mandat et de la situation des adolescentes au Mali, l'UNFPA a toute légitimité pour mener une politique volontariste en matière de SDSP des adolescentes et d'évolution des normes sociales, un domaine important pour le développement socioéconomique du pays, au sein duquel existent de fortes résistances. L'UNFPA pourrait jouer un rôle fédérateur et renforcer son rôle d'appui technique pour promouvoir la prise en compte spécifique des besoins des adolescentes dans l'ensemble des politiques et programmes des ministères de ligne et auprès de ses partenaires du H4+. Parce qu'il appuie également des acteurs (institutions, ministères, organisations de la société civile) qui jouent un rôle important en matière de santé et/ou de droits, l'UNFPA est particulièrement bien placé pour favoriser leur mise en synergie et améliorer les structures de coordination.

Le présent rapport apporte un éclairage sur la situation et la prise en compte de la santé et des droits sexuels et de la procréation des adolescent-e-s afin d'appuyer l'UNFPA Mali dans la déclinaison de son plan d'action 2015-2019 et dans les responsabilités qui sont les siennes dans la mise en œuvre de divers programmes.

Des activités concrètes pour la promotion de la SRAJ et à destination des jeunes filles dans la feuille de route 2012-2013 « Muskoka »

- Disséminer la stratégie nationale SRAJ auprès des ONG/ OSC, au niveau départemental et des zones sanitaires, du ministère de la Jeunesse et des centres départementaux de la promotion sociale
- Réaliser une enquête de base sur la perception des adolescents et jeunes sur la fécondité et la PF
- Apporter un appui technique et financier aux centres d'accueil des jeunes filles victimes de violences sexuelles
- Apporter un appui financier pour l'éducation des filles victimes de violences sexuelles
- Étendre les activités de prévention et de prise en charge des conséquences de violences sexuelles
- Apporter un appui technique et financier pour la promotion de la PF, de la SRAJ, la sensibilisation de masse à travers la diffusion de 12 émissions sur la télévision nationale
- Organiser des séances de sensibilisation interpersonnelle pour la prévention des violences sexuelles en milieu scolaire ; Apporter un appui technique et financier pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles au niveau des hôpitaux
- En matière de renforcement de la SRAJ au niveau communautaire : former 1000 relais des zones prioritaires sur les IST, le VIH Sida et la PF, apporter un appui financier aux organisations de la société civile qui assurent la distribution des contraceptifs sous directives communautaires, doter chaque relai formé en boîte à image, phallus, condoms, spermicides, pilules orales, organiser des campagnes communautaires avec offre gratuite de service PF couplée au dépistage VIH

II. Stratégies, actions et outils actuellement mis en œuvre

Lors de l'atelier H4+ « Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du Fonds de solidarité prioritaire / Muskoka », organisé à Cotonou du 15 au 17 novembre 2012, les délégations présentes dont celle du Mali se sont engagées à changer leurs stratégies et approches programmatiques. Elles ont, en particulier, identifié cinq axes sur lesquels travailler. C'est à l'aune de ces différents axes – données et études, politiques et lois, éducation à la sexualité, offre de services et mobilisation communautaire – que nous allons analyser plus en détail les stratégies, actions et outils actuellement existants au Mali en soulignant les opportunités et les faiblesses qui leurs sont liés afin de pouvoir, dans une dernière partie, formuler des recommandations d'action.

2.1. Système de récolte des données et études

2.1.1. Principales sources de données quantitatives et qualitatives

Suite à une période d'instabilité politique récente et du fait d'un manque de ressources financières et humaines, le Mali n'a pas disposé de conditions favorables pour le maintien à jour de données institutionnelles.

La cinquième Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM V 2012-2013)³ fournit des données relativement précises et reconnues qui sont essentielles pour cibler les zones d'intervention et les populations prioritaires. Néanmoins, le contexte politique malien a entravé la récolte des données des régions du Nord (Gao, Tombouctou et Kidal, ainsi que trois cercles de la région de Mopti : Douentza, Youwarou et Tenenkou). Bien que les régions du Nord soient moins peuplées que le reste du pays et que seul 10% de la population malienne ne soit pas représenté dans l'étude, ce manque d'éléments rend les comparaisons nationales des données des EDSM dans le temps imprécises.

L'EDSM V intègre des données concernant certaines violences basées sur le genre comme les mutilations sexuelles féminines ou les violences conjugales mais en omet d'autres tel que le viol.

Le Mali dispose également d'une enquête par grappes à indicateurs multiples MICS⁴, mais celle-ci date de 2009-2010. L'enquête fournit moins d'informations que l'EDSM, néanmoins des informations portent sur la santé de la reproduction et le VIH/ Sida.

Le dernier Recensement général de la population et de l'habitat du Mali (RGPH)⁵ date de 2009. Les données qui s'y trouvent ne reflètent donc pas la situation actuelle et mériteraient d'être mises à jour.

3. Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT), Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT). Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM V) 2012-2013, Bamako, Mali, mai 2014.

4. Cellule de Planification et de Statistique du secteur santé, développement social et la promotion de la famille (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT). Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2009 - 2010, Bamako, Mali, juillet 2013.

5. Institut National de Statistique (INSTAT). Recensement général de la population et de l'Habitat du Mali (RGPH) 2009, Mali, décembre 2011.

De manière générale, les adolescent-e-s et jeunes sont mentionné-e-s dans ces études mais les chiffres ne concernent que très peu les jeunes en dessous de l'âge de 15 ans.

Les EDSM fournissent des données de qualité mais sont programmées tous les cinq ans. Le Mali ne dispose pas d'une étude statistique complète annuelle. La Direction nationale de la Santé (DNS) cherche des fonds pour produire de tels documents. Des études statistiques annuelles et des délais de publication réduits permettraient au Mali d'avoir des chiffres précis, ce qui légitimerait les politiques et programmes et améliorerait leur cohérence avec la réalité. Les études statistiques devraient mentionner l'ensemble des éléments compris dans les DSSR et ne pas se limiter à certaines thématiques comme le VIH/ Sida.

Il existe au Mali un système de gestion des informations sur les VBG, le GBVIMS (Gender based violence information management system - système de gestion de l'information sur les violences basées sur le genre). Il s'agit d'un système qui a été mis en place par l'UNHCR, l'UNFPA et IRC dans le contexte de crise au Mali pour répertorier le nombre de cas déclarés de VBG. Il répond au besoin de statistiques fiables et de qualité dans ce domaine afin de soutenir une programmation efficace des actions de lutte contre les VBG. Les deux objectifs principaux de ce système sont :

- Améliorer la qualité des données sur les VBG par une standardisation de ces données ;
- Faciliter le partage des données sur les VBG de manière sûre et éthique.

En 2016, 21 ONGs, 15 centres de santé, 5 agences des Nations-Unies, la DPNF et la DRSS ont participé à l'alimentation des données du GBVIMS.

Malgré l'existence de cet outil, très peu de cas de VBG sont déclarés par la population par peur de représailles, de stigmatisation ou parce que ces violences ont été étouffées au sein du cercle privé. En outre, les populations disposent d'un faible accès aux services de prise en charge. Au cours de l'année 2016, le nombre total de VBG rapportées a été de 2 164 cas dont 99% sont des filles ou des femmes. Les données disponibles ne sont pas désagrégées par sexe et par âge, ce qui ne permet pas une lecture différenciée des différents cas. Selon la « Stratégie du Cluster protection - Mali » de mars 2017 : « Les types de VBG rapportés incluent les violences sexuelles (35%) dont 8% de cas de viols et 29% de cas d'agressions sexuelles, les agressions physiques (29%), les violences psychologiques et émotionnelles (16%) et autres. Cette situation prévaut actuellement alors qu'environ 70% des localités dans les régions affectées par la crise n'ont pas de services de prise en charge de qualité. Même dans les localités couvertes, la réponse apportée est insuffisante aux besoins des survivant-e-s. Par conséquent, 57% de survivant-e-s n'ont pas bénéficié d'une assistance juridique, 63% des survivant-e-s n'ont pas accès aux services de Sécurité/Protection, 13% des survivant-e-s n'ont pas bénéficié de services médicaux, 25% des survivant-e-s sont en besoin de réinsertion socioéconomique et 26% des survivant-e-s n'ont pas bénéficié de services d'hébergement en lieu sûr. » Ainsi, Le GBVIMS, s'il enregistre depuis deux ans des données de plus en plus importante sur les VBG, souffre de défaillances de fonctionnement au niveau matériel, de l'accès au système, de la classification des cas de VBG et du traitement/prise en charge des survivantes.

2.1.2. Les principales études existantes et disponibles

Les études et analyses sont primordiales pour disposer d'un état des lieux concret et mettre en place des projets qui atteindront les bonnes personnes aux bons endroits. Le Mali ne dispose pas d'études complètes et récentes sur les violences basées sur le genre.

Néanmoins, le ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille en partenariat avec le ministère de la Santé et avec l'appui technique d'ONU Femmes et le soutien financier du Fonds Français MUSKOKA ont décidé de mener une étude sur une thématique jamais encore étudiée au Mali : « Les violences faites aux femmes en milieu hospitalier au Mali »⁶. Cette étude publiée en 2015 donne des informations détaillées sur les violences entre soignant·e·s et soigné·e·s qui peuvent nuire à la demande de services. Toutefois, l'étude ne donne pas d'informations sur les violences faites aux adolescentes et jeunes filles en milieu hospitalier. Pourtant, ces dernières sont particulièrement vulnérables à ce type de violences, comme le stipule l'unique référence à la jeunesse dans le rapport, un témoignage qui explique que ce sont surtout les jeunes femmes non mariées qui sont victimes de violences.

En outre, un rapport d'ONU Femmes fait un état des lieux général sur les « liens entre violences faites aux femmes et santé maternelle »⁷ dans 7 pays dont le Mali. La partie sur le Mali s'appuie très largement sur l'EDSM de 2012-2013, confirmant nos conclusions quant au manque d'études statistiques contenant des données récentes et complètes. Ce document fait état de travaux non publiés du sous groupe sectoriel de travail sur les questions de violences en coordination avec l'UNFPA sur les violences subies par les femmes lors de la crise politique de 2012.

Dans le cadre du projet « JADES », l'ONG Solthis a commandité une étude qualitative sur « le niveau d'information, les opinions et pratiques effectives des adolescents en matière de sexualité et santé de la reproduction »⁸ au cabinet de recherche MISELI.

L'étude se concentre sur la jeunesse bamakoise mais donne néanmoins un aperçu global du niveau de connaissances, des opinions et des pratiques des adolescent·e·s malien·e·s sur les droits et la santé sexuels et reproductifs.

De manière générale, le Mali manque d'études décrivant les situations spécifiques des adolescentes, y compris celles en situation de vulnérabilité.

6. Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la Famille, Ministère de la Santé du Mali, ONU Femmes. Rapport de l'étude sur les violences faites aux femmes en milieu hospitalier au Mali, Mali, octobre 2015.

7. ONU Femmes. Rapport consolidé « Liens entre violences faites aux femmes et santé maternelle : cas de 7 pays en Afrique Subsaharienne et en Haïti, juin 2015.

8. Cabinet d'étude Miseli, Laurence Touré. Etude qualitative sur le niveau d'information, les opinions et pratiques effectives des adolescents en matière de sexualité et santé de la reproduction, Mali, novembre 2016.

2.2. Politiques et lois

2.2.1. De difficiles avancées vers le changement et l'amélioration concrète de la SDSP des adolescent·e·s

Au Mali, aucune loi sur les VBG n'ayant été adoptée, celles-ci sont traitées conformément au Code pénal comme violences physiques, psychologiques ou sexuelles selon leur nature. Il existe, depuis 2002, un projet de loi pour interdire les mutilations sexuelles féminines mais sa promulgation n'a pas eu lieu. Le Mali interdit toutefois la pratique des mutilations sexuelles féminines par le corps médical (lettre circulaire n° 0019 du 7 janvier 1999 émanant du Ministre de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées). Des OSC de défense des droits des femmes se sont constituées en coalition en 2016 et plaident pour l'adoption d'une loi contre les VBG qui inclurait les mutilations sexuelles féminines. Un important travail de plaidoyer de la part des coalitions d'OSC, avec l'appui des agences onusiennes, est nécessaire pour l'adoption de lois contre les discriminations de genre et les violences basées sur le genre.

Le plaidoyer des OSC pour un code de la famille plus libéral a été mis en échec en 2011 par un mouvement populaire mené à l'appel des forces religieuses les plus conservatrices qui a abouti à l'adoption, à l'unanimité, par le Parlement, d'un code rétrograde concernant les droits et les libertés des femmes.

De plus, les défaillances du système juridique malien entraînent des problèmes d'application des lois. Ainsi, les plaintes pour VBG n'aboutissent presque jamais à un procès en bonne et due forme. Par ailleurs, le niveau de connaissance des lois et de l'environnement législatif par les populations ou par les instances censées les faire appliquer reste bas.

L'ensemble de la classe politique et institutionnelle concorde à identifier les adolescent·e·s comme un groupe cible crucial sur lequel il faut axer les initiatives et les énergies pour favoriser le développement du pays. Investir au niveau des jeunes et des adolescent·e·s est reconnu comme une stratégie prometteuse pour l'avenir. Le Mali est un pays dont la situation ne peut être encore qualifiée de post-crise puisqu'une partie du territoire est encore fortement instable et abrite des zones de conflit. Toutefois, au niveau de Bamako, les institutions se reconstruisent, les programmes, à l'arrêt depuis 2012, sont réactivés et commencent à être actualisés. Le pays est entré dans un processus de reconstruction/ réconciliation avec une gestion de flux migratoires complexes. Tout est alors urgent et important mais des opportunités s'ouvrent pour axer les nouveaux programmes en direction de la promotion de la santé et des droits des adolescent·e·s et des jeunes. Des projets de grande envergure et de dimension sous-régionale ciblent particulièrement la promotion de la santé et des droits sexuels et de la procréation des adolescentes⁹.

Ces projets sont innovants et prometteurs pour le Mali et ancre le pays dans une dynamique d'actions sous-régionale permettant de donner un cadre et d'appuyer les initiatives nationales.

⁹. Il s'agit des projets SWEDD (Sahel women empowerment and demographic dividend project - projet pour l'autonomisation des femmes et le dividende démographique) qui est un projet d'envergure sous régionale incluant le Mali et financé par la Banque Mondiale et du projet d'autonomisation des adolescentes et des jeunes femmes par l'éducation au Mali ciblant les régions de Segou, Mopti et Tombouctou et la ville de Bamako et financé par l'Agence coréenne de coopération internationale (KOICA).

2.3. Education à la sexualité

2.3.1. Importance de l'information sur la SDSP en direction des adolescent·e·s

L'information et l'accès à l'information sont cruciaux pour sensibiliser les adolescent·e·s sur la santé et les droits sexuels et de la procréation. Or, au Mali, l'information apportée aux jeunes se concentre surtout autour de thématiques socialement acceptées comme la prévention des IST ou du VIH/Sida et l'espacement des naissances préféré à la prévention des grossesses précoces. Peu d'informations portent sur les violences basées sur le genre, notamment le viol. Les connaissances des jeunes restent souvent superficielles et incomplètes et empreintes de croyances ou idées-reçues erronées.

Selon l'EDSM V de 2012-2013¹⁰, 83,9% des jeunes femmes (15-24 ans) et 93,5% des jeunes hommes (15-24 ans) ont déjà entendu parlé de l'infection par le VIH mais la proportion ayant une connaissance approfondie¹¹ de la maladie chute à 24% pour les jeunes filles et 33% pour les jeunes hommes. La proportion des 15-19 ans sachant où se procurer un condom est de 27,7% pour les jeunes femmes et 53,7% pour les jeunes hommes. Enfin, seulement 28% des femmes de 15-49 ans savent à quel moment du cycle menstruel se situe la période féconde.

Selon l'exposition aux messages sur la PF à travers les différents médias (radio, journaux, télévision) étudiée dans l'EDSM V, les messages sur la planification familiale ont atteint davantage les femmes (15-49 ans) des zones urbaines, celles qui ont de l'instruction et celles appartenant aux ménages les plus riches. En effet, en milieu rural, 45 % des femmes contre 15 % en milieu urbain n'ont été exposées à aucun message sur la planification familiale. De même, 43 % des femmes sans instruction n'ont pas été touchées par les messages sur la planification familiale alors que, parmi les plus instruites, cette proportion n'est que de 15 %. Entre les régions, les écarts sont importants : c'est dans la région de Mopti que l'on observe les proportions les plus élevées de femmes (66 %) qui n'ont été exposées à aucun des trois médias. Par comparaison, dans la région de Koulikoro, cette proportion est de 33 %.

Quel que soit le canal d'information, on constate les mêmes variations chez les hommes que chez les femmes. Comme pour les femmes, ce sont les hommes les plus instruits et ceux du milieu urbain qui ont été les plus fréquemment exposés à l'information.

La diffusion d'une information précise, exacte et non moralisatrice, donnée au moment et à l'âge propice (avant la puberté et les premiers rapports sexuels) et adaptée à la situation de chacun·e, encourage un comportement responsable et retarde généralement, contrairement aux croyances et idées reçues, l'entrée dans la sexualité des adolescent·e·s¹². Des enquêtes qualitatives réalisées auprès des adolescent·e·s en Afrique de l'Ouest révèlent qu'ils/elles sont demandeurs/deuses de cette information¹³.

L'information sur les droits et la santé en matière de sexualité et de procréation passe par différents canaux que sont principalement l'école, les pair·e·s, les médias, les cercles socio-sanitaires et, dans une moindre mesure, le cercle familial.

10. Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT), Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT). Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM V) 2012-2013, Bamako, Mali, mai 2014.

11. Est considérée comme personne ayant des connaissances approfondies sur le VIH/ Sida, les jeunes sachant que « l'utilisation régulière du condom et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, qui savent également qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du sida, à savoir la transmission par les piqûres de moustiques et par la sorcellerie ».

12. Kirby D. 2011. *The impact of sex education on the sexual behavior of young people. Expert paper 2011/12.* Population division of the united nation department of economic and social affair. New York : United Nation.

13. Biddlecom AE et al., *Protéger la prochaine génération en Afrique subsaharienne : apprendre des adolescents pour prévenir le VIH/Sida et les grossesses non désirées.* New York : Guttmacher Institute 2008.

2.3.2. L'éducation sexuelle à l'école

Constats, chiffres sur l'éducation sexuelle à l'école

En raison du caractère tabou de la sexualité, notamment celle des jeunes, l'éducation à la sexualité est difficile à mettre en place au Mali dans le milieu scolaire. Des modules relatifs à la santé sexuelle et reproductive ont été introduits en 6^{ème} année et approfondis en 9^{ème} année dans la matière d'économie familiale et de compétences de vie. Le mode d'enseignement de ces modules est largement laissé à la discrétion de l'enseignant-e et une étude¹⁴ a montré que, très fréquemment, ces modules ne sont pas ou peu enseignés. S'ils sont enseignés, cela se fait souvent d'une manière peu pédagogique ou participative et davantage sous la forme de cours didactiques. Ces cours sont souvent dispensés de manière non mixte, les enseignant-e-s présentant séparément aux garçons et aux filles les informations qui concernent directement leurs corps. Or, il est important que garçons et filles aient accès aux mêmes informations et connaissent le fonctionnement du corps de l'autre.

L'éducation sexuelle en milieu scolaire est nécessaire, notamment si elle commence au début du cursus ciblant les jeunes à partir de 10 ans (avant la puberté et l'entrée en sexualité) et si les modules de formation sont adaptés et évolutifs en fonction de la tranche d'âge ciblée. Au-delà des aspects techniques et biomédicaux, il est primordial d'aborder les questions de droits en matière sexuelle et de la procréation des jeunes, les relations entre garçons et filles, les inégalités de genre et stéréotypes qui modèlent les rapports de pouvoirs dans la négociation des relations sexuelles et amoureuses. Toutefois, l'éducation sexuelle ne peut reposer entièrement sur l'intervention des enseignant-e-s. Des réseaux de personnes (sages-femmes, infirmier-e-s, pair-e-éducateurs/trices, animateurs/trices associatifs/tives) compétentes et certifiées, formé-e-s sur le genre et les problématiques spécifiques des adolescent-e-s en matière de SDSP, doivent intervenir au sein des écoles et accompagner les cours dispensés par les enseignant-e-s. Des services de santé scolaire dans les écoles doivent aussi être mis en place pour renforcer l'éducation sexuelle.

Les taux nets de fréquentation scolaire et en fonction du sexe de l'EDSM V montrent de fortes disparités entre les taux de scolarisation au niveau primaire des filles et des garçons en milieu urbain et rural. En effet, si 76,7% des garçons et 71,5% des filles des milieux urbains sont scolarisé-e-s, seuls 47,4% des garçons et 41,9% des filles des milieux ruraux le sont. Les chiffres concernant le niveau d'éducation secondaire révèlent des différences encore plus criantes entre milieux urbain et rural et entre les sexes (64,3% des garçons de milieu urbain, 25,8% des garçons vivant en milieu rural, 44,5% des filles de milieu urbain et 19,3% des filles de milieu rural sont scolarisé-e-s au niveau secondaire). Il est donc primordial, surtout en milieu rural et en direction des jeunes filles, de mettre en place des stratégies de communication et de sensibilisation en dehors des établissements scolaires afin d'atteindre les populations non scolarisées. Il est également important de développer des stratégies de maintien des filles à l'école à travers une amélioration des conditions sanitaires et d'hygiène, notamment concernant les latrines (fermeture des portes, accès à l'eau, installations non mixtes), la mise en place d'un code de déontologie des enseignant-e-s incluant l'interdiction des relations entre élèves et professeurs et la réduction des mariages et grossesses précoces qui sont les facteurs principaux d'abandon scolaires.

14. Cabinet d'étude Miseli, Laurence Touré. Etude qualitative sur le niveau d'information, les opinions et pratiques effectives des adolescents en matière de sexualité et santé de la reproduction, Mali, novembre 2016.

Un travail en direction des parents s'avère également nécessaire afin de les inciter à scolariser les filles et à considérer cela comme un investissement pour le futur de leurs enfants.

Difficultés et contraintes spécifiques auxquelles les filles font face avant 12 ans

- Maturation sexuelle
- Consolidation des rôles liés au genre, y compris la violence à l'égard des femmes
- Changements au sein de la famille
- Responsabilité croissante vis-à-vis des tâches domestiques
- Participation moindre aux activités sociales : filles isolées/ cachées
- Déscolarisation / sécurité des filles au sein de l'école
- Migration liée à l'emploi
- Représentations médiatiques des femmes
- Augmentation des besoins
- Pression de mariage : le mariage est perçu comme un moyen de gagner sa vie

Atelier de conception et de mise en œuvre de programmes en direction des adolescentes – Bénin, Burkina Faso, Niger - Juin 2010, Ouagadougou, Burkina Faso – Equilibres & Populations, Population Council avec participation de représentants des bureaux UNFPA du Bénin, Burkina Faso et Niger.

http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/events/2010PGY_AdolWkshopBurkina_RapportAtelier.pdf

En route vers une éducation sexuelle complète à la sexualité au Mali ?

La Direction nationale de la pédagogie (DNP) du Ministère de l'Éducation a engagé une réforme curriculaire du PRODEC (Programme national de développement de l'éducation). Cette réforme concerne l'enseignement fondamental, l'enseignement secondaire et l'enseignement normal (branche qui forme les enseignant-e-s). Il est aussi prévu le développement d'activités de santé scolaire, et particulièrement de santé de la reproduction pour apprendre aux élèves à protéger leur santé et à gérer leur environnement. Les modules révisés ont été bâtis avec la cellule multisectorielle de lutte contre le VIH/Sida et d'autres partenaires institutionnels et associatifs.

La DNP a bénéficié de l'accompagnement de Marie Stopes International pour l'identification des thématiques à intégrer dans les nouveaux curricula de formation en SR : grossesses, mariages précoces, VIH/ Sida. Ces modules seront adaptés à tous les âges dans une optique d'éducation sexuelle complète.

Le projet d'autonomisation des adolescentes et des jeunes femmes par l'éducation au Mali qui est en passe d'être mis en œuvre dans les régions de Segou, Mopti, Tombouctou et dans la ville de Bamako porte spécifiquement sur le développement d'une éducation complète à la santé sexuelle et reproductive. Ce projet est financé par l'Agence coréenne de coopération internationale et est mis en œuvre conjointement par l'UNESCO, l'UNFPA et ONUFemmes. L'UNFPA est en charge de la mise en œuvre des activités liées à l'amélioration de la SSR et du WASH (eau, assainissement, hygiène). Ce projet a pour but de développer, en collaboration avec les instances gouvernementales maliennes, un programme d'éducation sexuelle en direction des adolescentes scolarisées, non scolarisées, des mères adolescentes

et des jeunes femmes. Les activités porteront sur la revue des contenus des politiques, des programmes de formation et d'éducation des enseignant-e-s ainsi que du matériel éducatif.

Ce programme visera aussi le maintien des filles à l'école à travers la mise en place d'un environnement scolaire plus sain par l'adoption de mesures d'assainissement et d'hygiène favorables aux jeunes filles et l'élaboration d'un code de conduite des enseignant-e-s. Le projet contribuera aussi à la création d'une plateforme multisectorielle incluant les instances gouvernementales, les OSC et les PTF visant à créer un consensus national sur l'éducation complète à la santé sexuelle et reproductive. Les programmes d'ECS seront adaptés au programme d'alphabétisation et d'éducation non formelle afin d'atteindre les adolescentes non scolarisées.

2.3.3. L'information à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des jeunes par les jeunes

Constat sur l'information des jeunes par les jeunes au Mali

Une récente étude¹⁵ montre que la socialisation horizontale et la quête d'informations auprès des pair-e-s sont prégnantes au Mali. Deux sources d'informations sont fortement utilisées : les espaces inter-jeunes et les réseaux sociaux.

Dans les familles, les parents délèguent fréquemment à un frère, une sœur, un membre de la famille d'âge plus ou moins similaire l'éducation à la sexualité des jeunes.

L'éducation par les pair-e-s est une pratique courante tant au niveau des centres de jeunes que des associations intervenant sur la thématique de la santé et des droits sexuels et de la procréation. Les « grins », regroupements informels généralement de voisinage, et donc constitués d'ami-e-s d'enfance, sont des espaces de dialogue, d'échange et de circulation d'informations.

Intérêts et limites de l'éducation par les pair-e-s

L'éducation par les pair-e-s (EPP) se fonde sur le fait observé dans la réalité que le changement s'opère non seulement grâce aux savoirs acquis, mais aussi par l'influence, l'opinion et les actions de personnes de même âge et avec lesquelles se développent une forme de proximité et de confiance.

Les stratégies d'EPP se sont particulièrement développées dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH/Sida.

Des évaluations qualitatives¹⁶ de programmes ont montré que les pair-e-s-éducateurs/trices se sont avéré-e-s souvent plus efficaces que les adultes pour aborder les questions relatives à la sexualité auprès des jeunes. Toutefois, ils/elles n'obtiennent pas forcément de meilleurs résultats pour transmettre des informations concrètes sur la santé. La paire-éducation bénéficie souvent davantage aux pair-e-s-éducateurs/trices qu'aux personnes ciblées par les actions de sensibilisation et ne contribue pas toujours à promouvoir le changement de comportement.

L'EPP seule n'est pas une stratégie suffisante. Les pair-e-s-éducateurs/trices sont majoritairement de jeunes garçons et le plus souvent recruté-e-s parmi les scolaires du secondaire.

¹⁵. Cabinet d'étude Miseli, Laurence Touré. Etude qualitative sur le niveau d'information, les opinions et pratiques effectives des adolescents en matière de sexualité et santé de la reproduction, Mali, novembre 2016.

¹⁶. http://www.unicef.org/french/lifeskills/index_12078.html

Ils/elles ont tendance à intervenir auprès de jeunes du même profil qu'eux/elles et ne parviennent pas toujours à intervenir auprès de certaines catégories de jeunes, notamment les jeunes filles entre 10 et 14 ans, ne fréquentant ni l'école, ni les centres jeunes.

Une étude¹⁷ a montré qu'une combinaison de cours en classe et d'EPP est plus efficace que chacune de ces deux méthodes prises séparément. L'EPP, l'enseignement scolaire et l'information dispensée par les adultes peuvent être complémentaires et efficaces.

17. <http://www.unicef.org/french/lifeskills/files/PeerEducationUNAIDS.pdf>

Au Mali, l'EPP s'appuie sur des systèmes d'organisations et de liens sociaux entre personnes de même âge et de même sexe et est utilisée par de nombreuses organisations pour transmettre de l'information et asseoir l'éducation sexuelle auprès des jeunes. L'EPP permet de contourner les tabous liés à la sexualité qui rendent difficiles la communication intergénérationnelle ou les attitudes moralisatrices des personnels socio-sanitaires qui entravent l'accueil des jeunes dans les structures et les réponses qu'ils/elles peuvent trouver à leurs besoins et questionnements.

Une étude¹⁸ a montré que les pair-e-s-éducateurs/trices sont souvent à peine mieux informé-e-s que les jeunes en direction desquel-le-s ils/elles interviennent. Les pair-e-s-éducateurs/trices peu formé-e-s peuvent, sur la base de leurs propres expériences ou de leurs croyances être vecteurs de diffusion de rumeurs, idées-reçues ou informations erronées. Au Mali, le constat a été fait que les pair-e-s-éducateurs/trices prônent davantage l'abstinence auprès des jeunes que l'utilisation des moyens de contraception. Le condom est davantage présenté comme un moyen d'éviter la transmission au VIH/Sida que comme un moyen de contraception.

La paire éducation est donc un canal d'information pertinent si les pair-e-s-éducateurs/trices ont reçu une formation complète et qu'ils/elles sont en capacité de transmettre des messages et informations non erronés, de connaître leurs limites et de savoir référencer ou orienter leurs interlocuteurs/trices vers des structures ou personnes ressources pouvant prendre le relais. Un des défis majeurs de la paire-éducation est l'élaboration de messages qui ne soient ni moralisateurs ni hyper-normatifs. La formation des pair-e-s-éducateurs/trices doit permettre la déconstruction des stéréotypes, préjugés ou normes qui ne vont pas dans le sens des messages qu'ils/elles doivent diffuser.

Enfin, la paire-éducation repose sur le bénévole qui a des limites en termes d'investissement et de suivi des activités. Se pose également la question du devenir des pair-e-s-éducateurs/trices à la fin des projets.

Au Mali, les pair-e-s-éducateurs/trices sont majoritairement formé-e-s sur la base d'un guide appelé « guide du pair-éducateur » élaboré par le Ministère de la Jeunesse et des Sports avec l'appui de l'UNFPA en 2012. Nombreuses sont les organisations intervenant dans le domaine de la paire-éducation qui utilisent ce guide. Il est complété par les « guide du formateur en genre » et « guide du jeune leader en plaidoyer ». Les pair-e-s-éducateurs/trices du « Projet jeunes » sont formé-e-s sur la base de ces différents guides.

Centre jeunes de Sogoniko : l'intervention des pair-e-s-éducateurs/trices dans le centre et en dehors

A Bamako, au Centre jeunes de Sogoniko du Ministère de la Jeunesse et de la Construction citoyenne, les pair-e-s-éducateurs/trices développent des actions de sensibilisation dans le centre et approchent le plus souvent les jeunes via des activités sportives. Ils/elles interviennent aussi à l'extérieur du centre dans les marchés, arrêts de bus ou grins par exemple ou encore en milieu scolaire selon un planning établi en concertation avec les enseignant-e-s.

18. Cabinet d'étude Miseli, Laurence Touré. Etude qualitative sur le niveau d'information, les opinions et pratiques effectives des adolescents en matière de sexualité et santé de la reproduction, Mali, novembre 2016.

Les associations de jeunesse et l'engagement de jeunes champion-ne-s

Au Mali, des associations dites « de jeunesse » mettent en œuvre des programmes en direction des jeunes. Si des activités d'éducation par les pair-e-s y sont souvent développées, ces associations mettent en œuvre, de manière plus générale, des actions de jeunes pour les jeunes. Dans le domaine de la santé et des droits sexuels et de la procréation, le RENAJEM (Réseau national des jeunes maliens), association nationale de jeunesse historique au Mali, mène des actions de sensibilisation et de mobilisation à travers des points focaux dans les 6 communes de Bamako et en région. Le RENAJEM est présent sur l'ensemble du territoire malien, en milieu urbain et en milieu rural.

Le MAJ Mali (Mouvement d'Action des Jeunes du Mali) de l'AMPPF est une cellule spécifiquement dédiée et gérée par et pour les jeunes. Le MAJ est divisé en trois sections : sketches, mobilisation sociale et ballet. Ce groupement de jeunes mène des actions phares de promotion de la SDSP des adolescent-e-s à travers des activités d'éducation par les pair-e-s, le théâtre-forum ou encore la danse.

L'AJCAD (Association des jeunes pour la citoyenneté active et la démocratie) est aussi une association de jeunes et a été créée en 2014. Cette organisation est une émanation du projet « My rights, my voice » financé par Oxfam GB. Les membres de l'AJCAD sont des jeunes femmes et jeunes hommes engagé-e-s dans des activités de mobilisation de la jeunesse et de plaidoyer pour la défense des droits des jeunes, particulièrement de la santé et des droits sexuels et de la procréation. L'AJCAD est membre actif et représente la jeunesse malienne au sein du réseau sous-régional d'associations « Alliance Droits et Santé ». Elle est aussi partie-prenante de la campagne ouest-africaine « Génération PF : ensemble, choisissons l'avenir »¹⁹ qui forme et soutient l'intervention de jeunes champions et championnes s'engageant en faveur de l'accès à la Planification familiale.

19. <http://generationpfequipop.org/>

2.3.4. Le rôle des médias dans la promotion de la SDSP des adolescent-e-s

Constats et chiffres de l'utilisation des médias traditionnels

Les médias (télévision, radio, journaux) sont efficaces pour informer et influencer sur les normes sociales et amorcer des changements de comportement. Utiliser les médias comme moyen de diffuser de l'information a l'avantage de permettre d'atteindre un grand nombre de personnes en même temps et toutes les composantes de la société même si les messages et l'information peuvent/ doivent être adaptés aux différentes cibles, selon le sexe et en fonction de l'âge. Les adolescent-e-s apprécient les médias comme source d'information rapide mais en soulignent le manque d'interaction et souvent l'impossibilité de pouvoir poser des questions.

Au Mali, une grande partie de la population n'est pas exposée à certains médias. En effet, les journaux et magazines ne sont et ne peuvent être lus que par les plus instruit-e-s en raison du taux important d'analphabétisme. Seuls 10,4% des filles et 13,6% des garçons (15-19 ans) déclarent lire un journal ou un magazine au moins une fois par semaine. La télévision et la radio sont

les deux médias les plus utilisés par les jeunes. Les émissions radiophoniques diffusées en fin de soirée ou durant la nuit sont particulièrement appréciées par les adolescent·e·s. Ils/elles privilégient l'écoute des émissions interactives, où il leur est possible d'intervenir, de poser des questions et d'écouter des témoignages de vie concrets. Parmi les programmes cités, les émissions écoutées sont « Cœurs ouverts », « La voie du cœur » ou « Baroni ». La radio « Voix des jeunes » du projet « Jeunes » diffuse également des émissions en soirée sur des thématiques relatives à la santé sexuelle et reproductive dans lesquelles s'exprime une prestataire de santé du centre jeunes associé. La radio « Voix des jeunes » diffuse pendant la journée et la nuit des jingles/spots de prévention en différentes langues parlées au Mali. Elle transmet, par exemple, de l'information sur les campagnes de dépistage du VIH/Sida, ce qui est particulièrement efficace pour cibler les jeunes en situation de migration suite au conflit malien.

Les résultats de l'EDSM V sur l'utilisation des médias par les femmes et les hommes (15-49 ans) selon le milieu de résidence font apparaître des écarts importants. En milieu rural, plus de la moitié des femmes (54 %) ne sont exposées à aucun média contre 21 % en milieu urbain. Chez les hommes, l'écart est également important, la proportion variant de 25 % en milieu rural, à 9 % en milieu urbain.

La radio est le média le plus utilisé en milieu rural par les hommes et par les femmes. En effet, 42,2 % des femmes vivant en milieu rural déclarent écouter la radio au moins une fois par semaine alors que seulement 2,5% des femmes déclarent lire un journal au moins une fois par semaine et 21,5% regarder au moins une fois par semaine la télévision.

69,7% des hommes vivant en milieu rural déclarent écouter au moins une fois par semaine une émission radiophonique. Seuls 5,5% des hommes lisent au moins une fois par semaine un journal.

La télévision est le média le plus utilisé en milieu urbain par les femmes et les hommes. En effet, 67,1% (73,6% pour Bamako) des femmes et 82,3% (86,1% pour Bamako) des hommes vivant en milieu urbain déclarent regarder au moins une fois par semaine la télévision.

L'utilisation importante des réseaux sociaux et des sites Internet

Les jeunes maliens et maliennes utilisent de plus en plus les réseaux sociaux et les sites Internet comme source d'information concernant leur santé sexuelle et reproductive. S'il existe une différence notable entre milieu rural et urbain, les téléphones portables et les ordinateurs dans les cyber cafés restent des outils facilement accessibles aux jeunes et dont ils/elles se servent pour récolter de l'information. Les sites et portails d'accès à l'information sont de nature et de fiabilité variables, toutefois, des espaces sécurisés et bienveillants ont été créés pour les jeunes.

Des pages Facebook comme « Génération PF », « Apprendre à vivre Mali » ou d'associations comme l'AJCAD sont facilement consultables par les jeunes. Au sein des « grins », les jeunes ont l'habitude de se réunir autour d'un téléphone portable commun pour consulter les sites d'information. Il est donc important d'informer les jeunes de l'existence de ces pages Internet.

« Click Info Ado » : Un portail d'informations sur la SDSP destiné aux adolescent-e-s

« Click Info Ado » est un portail d'information sur la santé sexuelle et procréative mettant en scène des personnages fictifs mais correspondant aux idéaux-types des jeunes maliens/maliennes. A travers des récits, scénettes ou jeux de rôle, ce portail permet aux jeunes, selon leur âge et leur sexe, d'avoir accès à une information sûre, contrôlée et utile. Ce site existe déjà au Sénégal²⁰ où il a été créé par l'ONG RAES. Il est fréquemment consulté et très apprécié des jeunes sénégalais-e-s. Dans le cadre du projet « My Rights, my voice » financé par Oxfam et à travers l'implication d'ONG intervenant dans le domaine de la SRAJ, « Click Info Ado » a été adapté pour le Mali. Les modules existent et ont été créés pour être consultables en version papier, sur ordinateur et sur tablette et téléphone portable. Le Ministère de l'Education a validé les contenus de la plateforme en 2016 mais « Click Info Ado » n'a pas encore été officiellement lancé. Ce site pourrait appuyer les modules d'éducation sexuelle à l'école et en dehors et ainsi, toucher un grand nombre de jeunes.

20. <http://www.clickinfoado-sn/>

2.3.5. L'implication des familles

Peu de dialogue entre adultes et jeunes sur la SDSP

Les membres des familles ne sont pas la source préférée ou la plus souvent utilisée pour obtenir des informations sur la sexualité dans la mesure où adolescent-e-s et adultes se sentent en porte-à-faux pour discuter de ces sujets. En outre, les adultes sont souvent eux-mêmes peu informés et ont donc des difficultés à transmettre une information claire et valide aux jeunes.

L'importance de l'appui à la parentalité

Cependant, le fait d'éduquer et d'impliquer les familles peut contribuer à un environnement plus favorable à l'amélioration de la santé des adolescent-e-s. Les parents, les tuteurs et l'entourage proche ont une influence majeure sur la vie des adolescent-e-s, notamment des filles, qui seront plus enclines à réagir positivement aux programmes et encouragées à se tourner vers les services de SSR, si ceux-ci sont soutenus et acceptés par les familles.

Les acteurs intervenant dans le domaine de la SRAJ l'ont bien compris et plusieurs structures mettent en œuvre des stratégies et développent des actions concrètes pour informer et mobiliser les parents, ainsi que pour favoriser le dialogue parents-enfants.

Formation à la parentalité de l'ONG FCI

L'ONG internationale Family Care International (devenue MSH en 2016) a créé en 2011, avec l'appui du Ministère de la Santé, de l'UNFPA et de la Banque mondiale, des modules de formation en direction des parents afin de les inciter et de leur donner les compétences de dialoguer avec leurs enfants sur les thématiques relatives à leur santé sexuelle et reproductive.

Formation de mères à la SDSP des jeunes par le ministère de l'Éducation

A travers un programme d'urgence d'éducation pour toutes et tous mis en œuvre par le ministère de l'Éducation, 1500 mères d'élèves ont été formées via les associations de mères d'élèves. Ces formations ont permis de combler le manque d'information des mères sur la santé sexuelle et reproductive afin qu'elles puissent dialoguer avec leurs filles. Les questions de droits humains, de stigmatisation et de changement de comportements ont été abordées au cours de ces formations.

2.3.6. Contenu de l'information sur la SDSP des adolescent·e·s

Des difficultés d'accès à des informations fiables

Les adultes, qu'ils soient membres de la famille, acteurs/trices socio-sanitaires ou enseignant·e·s se montrent peu enclins à aborder les thématiques relatives à la sexualité et à la procréation avec les jeunes. Cela souligne, une nouvelle fois, l'importance de l'éducation horizontale mais aussi de la formation et du renforcement des connaissances des adultes sur ces sujets. Par manque d'information, par pudeur, ou parce qu'il n'est pas admis socialement de traiter de la sexualité entre parents et enfants, les adultes adoptent des positions moralisatrices, souvent rétrogrades et basent leurs discours sur la peur plutôt que sur la prévention. Cela amène les adolescent·e·s, dès le plus jeune âge, à se tourner vers d'autres canaux d'information, peu maîtrisés ou contrôlés (sites Internet, films pornographiques, rumeurs entre jeunes...) qui ne leur permettent pas d'obtenir de l'information fiable et utile dans leurs vies quotidiennes.

Un manque de coordination entre les interventions dans le domaine de l'éducation à la sexualité

Le manque de coordination des acteurs et structures intervenant dans le domaine de l'éducation à la sexualité auprès des jeunes est une faiblesse qui limite l'efficacité des actions. Et, malgré la richesse et la diversité des acteurs/trices chargé·e·s de former les jeunes, il est important de noter l'absence d'harmonisation dans les curricula de formation. En outre, les ONG, bien que très présentes en matière de formation et de sensibilisation, prennent également peu de risque quant au mode de transmission des informations et des thématiques abordées.

Des thématiques socialement admises privilégiées

Les messages, spots et slogans de prévention et d'information sont souvent tournés vers les mêmes thématiques, socialement acceptables et peu polémiques. Au sein des ONG, dans les centres de santé ou dans les centres de jeunesse, les sujets traités sont surtout axés sur la prévention des IST- VIH/ Sida, l'espacement des naissances, l'accès à la planification familiale pour prévenir le risque de grossesse. Les comportements valorisés restent la virginité et l'abstinence, surtout en ce qui concerne les filles. Ces messages sont aussi largement véhiculés par les pair·e·s-éducateurs/trices.

Les thèmes relatifs aux violences basées sur le genre sont très peu abordés. Le viol reste une pratique particulièrement taboue, tant au niveau de la sensibilisation que de son traitement social, surtout lorsque l'auteur est un membre du cercle familial.

Les droits des femmes ou encore les relations entre enseignants et élèves sont aussi des sujets peu intégrés dans les plans de sensibilisation et d'information.

En revanche, à travers les actions de sensibilisation et de plaidoyer d'associations spécialisées dans la promotion de l'abandon des pratiques traditionnelles comme l'AMSOPT (Association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles) ou d'associations de jeunes comme l'AJCAD, le mariage précoce et les mutilations sexuelles féminines sont des sujets de plus en plus abordés avec les communautés, à la radio ou encore à la télévision.

2.4. Offre de services en santé de la reproduction des adolescent·e·s

2.4.1. Les centres de santé

Fonctionnement du système de santé malien

La pyramide sanitaire malienne peut être divisée en 3 niveaux :

1. Le niveau central comprend les hôpitaux et instituts généraux et spécialisés qui sont en charge des cas graves et/ ou spécialisés qui nécessitent des interventions approfondies. Les établissements de ce niveau sont centralisés à Bamako. On dénombre cinq Etablissements Publics Hospitaliers et cinq Etablissements Publics Scientifiques et Technologiques (EPST) pour ce niveau là.

2. Le niveau intermédiaire comprend les hôpitaux régionaux généraux. On en dénombre 7 au Mali, dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Koulikoro.

3. Le niveau district sanitaire peut être divisé en deux établissements :

- Les Centres de santé de référence (CS réf) sont sous l'autorité de la Direction Régionale de la Santé. Les centres de référence sont les établissements médiaux à l'échelle des cercles. Ils sont à l'intermédiaire entre les hôpitaux régionaux auxquels les patients atteints de maux que le centre ne peut pas prendre en charge sont renvoyés et les Centres de santé communautaires qui sont au plus près des populations et envoient également des cas aux CS réf.
- Les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) sont normalement composés d'un dispensaire, d'une maternité et d'une petite pharmacie. On en dénombre 1135 au mali (Carte sanitaire, 2011).

Des associations nommées ASACO composées d'habitant·e·s de la zone gèrent les CSCoM. Les centres ont un statut ambigu puisqu'ils sont privés mais liés à l'Etat par une convention et font donc partie des services publics. Il existe également 1090 structures médicales privées (Carte sanitaire, 2011)

au Mali. Presque la moitié de structures privées se trouvent à Bamako. Le développement de ces structures étant peu maîtrisé, les données les concernant sont « insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire » (PDDSS).

Il existe quelques établissements de santé de l'armée et des structures de santé confessionnelles. Enfin, un grand nombre de cabinets informels de médecine traditionnelle sont présents dans toutes les zones peuplées du Mali.

La gestion institutionnelle du système de santé est divisée en fonction des niveaux suivants :

- **Niveau national** : C'est à ce niveau là que les orientations stratégiques sont prises et les investissements déterminés. C'est également au niveau national que la mobilisation des ressources se fait, ainsi que le contrôle de l'application des normes et standards.
- **Niveau régional**.
- **Niveau des cercles** : C'est à ce niveau là que la gestion opérationnelle est faite : planification, budgétisation et gestion des services de santé.

Constats et chiffres concernant les services de SR des adolescent-e-s

Une information de qualité et effective en matière de santé mais également de droits est un préalable et une condition à l'amélioration de la santé sexuelle et de la procréation mais elle n'est pas suffisante. Il est primordial que les adolescentes puissent bénéficier de conseils, de moyens de prévention, de dépistages et de soins.

Au Mali, en raison de la précocité des premières naissances liée à la précocité des mariages, un suivi des grossesses des adolescentes et une assistance à l'accouchement de qualité et adaptés à leur âge est un enjeu particulièrement important pour faire face aux risques plus élevés de complications. Les adolescentes maliennes de la tranche d'âge 15-19 ans sont en effet 39% (EDSM 2012-2013) à avoir commencé leur vie procréative.

Il est important que les adolescent-e-s, et particulièrement les jeunes filles, aient accès à des services adaptés et conviviaux, répondant à leurs besoins spécifiques.

Selon l'étude menée par le cabinet MISELI²¹, les adolescent-e-s considèrent comme fiables les conseils et informations reçus par les prestataires de santé. Toutefois, ils/elles se rendent peu de leur propre initiative dans les centres de santé, surtout pour y recevoir des informations ou des soins en santé sexuelle et/ou reproductive. En effet, plusieurs obstacles entravent la fréquentation des centres de santé par les jeunes. Les barrières financières sont importantes auxquelles s'ajoute la barrière de l'accès géographique. Les jeunes n'ont souvent pas les moyens financiers de régler une consultation médicale et de supporter les frais d'éventuels soins complémentaires ou de l'achat de médicaments. Les centres de santé sont souvent éloignés des lieux de vie des jeunes, surtout en milieu rural.

Sachant que les services sont peu adaptés à leurs besoins, les jeunes préfèrent alors se procurer les médicaments de la rue (provenant de pharmacies ambulantes et informelles) ou utiliser les traitements traditionnels.

²¹. Cabinet d'étude Miseli, Laurence Touré. Etude qualitative sur le niveau d'information, les opinions et pratiques effectives des adolescents en matière de sexualité et santé de la reproduction, Mali, novembre 2016.

Le manque de confidentialité et les postures moralisatrices des agents de santé sont aussi deux obstacles majeurs à la consultation des jeunes dans les centres de santé. Les jeunes, surtout les adolescentes, ont peur d'être vu-e-s par des voisins ou des proches dans un centre de santé.

La disposition des centres, et certaines consultations de planification familiale effectuées à l'extérieur des centres ou dans les salles d'attente ne favorisent pas la confiance des jeunes filles et ne répondent pas à leur besoin d'intimité.

Le manque de personnel dans les centres de santé et surtout de personnes référentes pour les jeunes entraîne une réponse inadéquate aux besoins spécifiques de cette catégorie de la population. Les adolescent-e-s sont traité-e-s comme les autres utilisateurs/trices de service.

La mise en place de stratégies avancées, c'est à dire de services de santé en dehors des centres et au plus près des jeunes, serait un moyen de diffuser de l'information et de dispenser des soins plus adaptés. Toutefois, une étude²² a montré que les professionnel-le-s de santé développent peu d'initiatives de sensibilisation ou de soins en dehors des centres de santé. Les rares actions de proximité sont celles mises en œuvre avec l'appui des ONG qui s'associent aux centres de santé ou qui emploient des prestataires pour travailler sur leurs projets.

Selon l'EDSM V, 85,4% des femmes (15-49 ans) vivant en milieu rural et 84,9% des femmes vivant en milieu urbain n'ont pas eu accès à des informations portant sur la planification familiale que ce soit de la part d'un agent de terrain ou dans un centre de santé.

Les centres de santé sont peu efficaces en ce qui concerne la prévention auprès des jeunes. Les adolescent-e-s consultent les centres et bénéficient des informations et services lorsqu'ils/elles viennent consulter pour une IST ou pour une grossesse par exemple. Les jeunes consultent donc trop tardivement les centres de santé.

22. Cabinet d'étude Miseli, Laurence Touré. Etude qualitative sur le niveau d'information, les opinions et pratiques effectives des adolescents en matière de sexualité et santé de la reproduction, Mali, novembre 2016.

Développement de stratégies avancées chez MSI

Marie Stopes International a mis en place 8 équipes mobiles constituées de médecins qui proposent une gamme élargie de contraceptifs aux filles et aux femmes au sein des communautés. Les « MS Ladies » sont également des femmes qui sillonnent Bamako et ses alentours à la rencontre des populations.

2.4.1. Les centres jeunes

Deux grands types de centres jeunes coexistent au Mali et sont présents dans l'ensemble du pays. Les centres sont toutefois majoritairement présents en milieu urbain. Les jeunes et adolescent-e-s vivant en milieu rural et n'ayant pas la possibilité de se rendre dans les villes les plus proches ont difficilement accès aux services et activités des centres jeunes. Des stratégies mettant en œuvre des activités en dehors des centres jeunes comme l'éducation par les pair-e-s sont des moyens d'approcher un public plus large, même si le milieu rural reste moins touché que les zones urbaines et péri-urbaines. Il s'agit d'une part des centres d'écoute des jeunes gérés par les associations et d'autre part, des centres de promotion des jeunes du Ministère de la Jeunesse et de la Construction citoyenne.

Les centres d'écoute associatifs

Ces centres de quartier sont de taille et de nature très différentes et ne sont souvent pas perçus comme des centres dédiés aux jeunes par les communautés auxquelles les activités bénéficient. N'étant pas financés par l'Etat, ces centres sont largement dépendants des fonds apportés par divers financeurs. Cela crée une confusion dans la mise en œuvre des activités qui s'avèrent assez disparates : jardins d'enfants, centres d'apprentissage, cours d'alphabétisation, encadrement des filles-mères, distribution de dons alimentaires ou actions en faveur des plus pauvres, théâtre-forum, cyber-café...

La diversification des activités permet de capter un éventail large de financements mais crée une confusion quant aux objectifs réels du centre. Les jeunes ne se sentent pas toujours concernés par les activités.

De plus, par manque de financement, beaucoup d'activités ne sont pas continues et pérennes et les centres sont parfois des lieux désertés où peu d'initiatives sont mises en œuvre.

Les personnel-le-s de ces centres sont bénévoles ou en situation de contrats précaires, dépendant des financements disponibles, ce qui génère un turn-over important. Les personnel-le-s sont relativement peu qualifié-e-s, surtout dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive. Certains de ces centres sont associés aux centres de santé alentours, ce qui permet aux personnel-le-s de référencer les personnes en besoin de soins ou conseils médicaux vers les prestataires de santé.

La situation précaire des centres ne permet pas de planifier des activités coordonnées sur le long terme ou d'impliquer les jeunes de manière continue.

Certains centres, en revanche, ont pu, à travers la réception de financements plus stables et/ou un système de recouvrement des coûts, développer un paquet d'activités intégrées en direction des jeunes et des services de santé de la reproduction adaptés et fonctionnels.

C'est le cas, par exemple du centre multifonctionnel de l'ASDAP (Association pour le soutien des activités de développement aux populations) à Bamako.

Le centre jeunes de l'ASDAP : un exemple de centre associatif fonctionnel

Le centre multifonctionnel de l'ASDAP se trouve dans la Commune VI du District de Bamako. Ce centre offre des activités intégrées gratuites ou à un coût social :

- Terrain de sport ;
- Cyber-café ;
- Cours d'informatique ;
- Salle de sport ;
- Services de santé (PF et dépistage du VIH/Sida) ;
- Paire-éducation ;
- Centre de conférence.

Le centre fonctionne grâce aux financements reçus de bailleurs de fonds et au recouvrement des coûts de certaines activités : accès à Internet, cours d'informatique, accès à la salle de sport, location de deux salles de conférence. Le recouvrement des coûts permet au centre d'avoir constamment un fonds de roulement pour développer des activités de manière continue.

Les services de santé dispensés par le centre sont le dépistage volontaire, anonyme et gratuit du VIH/Sida, le traitement des infections sexuellement transmissibles, les consultations de planning familiale, counselling et transmission d'informations. Entre 1995 et 2016, l'ASDAP a formé, dans le centre, plus de 780 pair-e-s-éducateurs/trices.

Les centres de Promotion des Jeunes

Ce sont les centres nationaux du Ministère de la Jeunesse et de la Construction citoyenne. Ils ont été mis en place dans le cadre du Projet « Jeunes », projet d'envergure nationale, visant à renforcer les services de santé de la reproduction des adolescent-e-s et des jeunes et la prévention du VIH/Sida, soutenu par l'UNFPA.

Ces centres sont présents dans toutes les régions du Mali. Un seul centre de ce type existe pour la ville de Bamako. Il se situe à Sogoniko, dans le commune 6 de Bamako. Il s'agit d'un quartier populaire où les besoins des adolescent-e-s sont importants. Tous les acteurs s'accordent à dire qu'un centre pour l'ensemble de la population jeune bamakoise est insuffisant.

Les centres proposent des activités intégrées visant spécifiquement l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des jeunes : activités sportives à visée éducative, paire éducation, théâtre-forum, émissions radiophoniques à travers les radios « Voix des jeunes », services de dépistage du VIH/Sida et counseling/ accessibilité des produits de planification familiale. Le centre jeunes de Bamako dispose également d'une piscine.

Ces centres étatiques bénéficient d'un appui financier du Ministère de la Jeunesse et de la Construction citoyenne et de l'UNFPA mais cet appui reste limité par rapport aux besoins de fonctionnement du centre. Afin de couvrir les frais de fonctionnement et éviter la salarisation précaire de ses travailleurs/euses, le centre de Bamako souhaite sortir de l'approche projet et trouver un ancrage institutionnel plus stable.

Stratégies d'offres de services pour les jeunes en difficulté ne fréquentant ni les centres de santé, ni les centres jeunes, l'exemple du Samu social Mali

Créée en 2001, le Samu social Mali intervient auprès des enfants et jeunes de rue de 0 à 24 ans. Les activités se déclinent en trois volets : assistance médicale, assistance psycho sociale et une assistance éducative de proximité.

Des équipes mobiles se déplacent de jour comme de nuit à bord de camions médicalisés pour identifier et prendre en charge les enfants/ jeunes vivant dans la rue et souffrant de maladies. Le Samu social prend en charge les cas simples et les cas compliqués sont réorientés vers les centres de santé. Certaines tournées sont dédiées uniquement aux garçons et d'autres uniquement aux filles. Les jeunes filles des rues intègrent souvent le milieu prostitutionnel et sont difficilement identifiables par rapport aux garçons qui se regroupent dans des lieux plus visibles. L'équipe sensibilise les jeunes filles, mène des actions de prévention des IST et VIH/Sida et organise des causeries.

Le Samu social assure également l'accompagnement médical des filles : l'équipe les accompagne dans les hôpitaux si besoin, comme pour des consultations prénatales ou pour des soins d'IST.

2.5. Mobilisation communautaire sur la SDSP des adolescent·e·s

2.5.1. L'importance des normes sociales

L'information en matière de santé et droits sexuels et reproductifs, l'éducation sexuelle des adolescent·e·s ainsi que l'adaptation à leurs besoins spécifiques par les services socio-sanitaires sont des conditions nécessaires mais non suffisantes pour que leur santé s'améliore. Des déterminants sociaux conditionnent leurs comportements, attitudes, pratiques et peuvent même les empêcher de jouir de leurs connaissances, capacités, compétences de vie pour faire des choix éclairés et responsables afin de protéger leur santé et de décider de leur avenir. En Afrique subsaharienne, des normes sociales peu favorables aux droits et à la santé sexuelle et reproductive des adolescentes sont très ancrées : patriarcat et inégalités de genre maintenant les filles et les femmes dans un statut de cadet sociaux inférieur à celui des hommes (en termes de pouvoir de décision, de liberté, de contrôle et de maîtrise des moyens de production et des revenus). Cela a pour conséquence d'exposer particulièrement les adolescentes aux violences basées sur le genre. La relation d'aïnesse (gérontocratie) qui impose aux jeunes un devoir d'obéissance envers leurs aîné·e·s et le tabou de la sexualité surtout pour les relations sexuelles hors mariage (qui ne s'exerce pas de la même manière sur les garçons et les filles) limitent leurs possibilités d'expression. En outre, l'environnement social pro-nataliste maintient les femmes dans un rôle essentiellement reproductif. Au Mali, le contrôle sur la sexualité des femmes et l'apologie de la virginité et de la pureté féminine se traduit, entre autres, par une pratique massive des mutilations sexuelles féminines dans certaines régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso). Ces normes sont particulièrement contraignantes pour les personnes qui cumulent le fait d'être jeune et de sexe féminin. Elles créent un environnement très peu propice à l'accès aux informations et aux services de SDSP par les femmes et les filles et entraînent un contrôle social sur leurs corps et leur santé sexuelle et reproductive.

Dans ce contexte et sous la pression sociale et intergénérationnelle, le mariage (souvent précoce) et le grand nombre d'enfants demeurent pour les adolescentes l'un des seuls avenir socialement envisageables.

Sans modification des normes sociales en vigueur et sans modification et déconstruction des représentations et stéréotypes de genre et sexistes au niveau communautaire, toute amélioration de l'offre de services en SRAJ et SDSP pour les adolescent·e·s aura des résultats limités sur la demande de services et surtout sur l'accès à ces services par les jeunes, et surtout les adolescentes. Les capacités des adolescentes à adopter des comportements à moindre risque sont en grande partie conditionnées par le regard et l'attitude de leur entourage et de la communauté à laquelle elles appartiennent. Les actions en direction des adolescentes doivent impérativement être accompagnées d'activités ayant pour but de modifier la manière dont elles sont perçues.

2.5.2. Thématiques et portes d'entrée à privilégier au sein des communautés

Très fréquemment, les programmes de sensibilisation en matière de SDSP sont basés sur la présentation et la diffusion d'informations sur les aspects sanitaires (informations sur les services de santé, conséquences des pratiques néfastes sur la santé, prise en charge). Les thématiques les plus souvent abordées et acceptées socialement sont également d'ordre médical : dépistage et conséquences sur la santé du VIH/Sida et des IST et présentation des différents types de contraception par exemple. Les aspects liés aux droits humains, et spécifiquement aux droits des femmes et des filles sont partiellement évoqués, peu approfondis et donc peu intégrés par les populations. Or, si les informations sanitaires et médicales sont importantes, agir sur l'environnement social et la place et le statut des femmes et des filles dans les sociétés l'est tout autant pour améliorer leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs. Aborder les inégalités de genre, les violences basées sur le genre, le droit à l'intégrité du corps et à disposer de soi, tout comme les recours possibles en cas de violation des droits est incontournable pour bousculer les normes sociales et provoquer des changements de comportement durables.

Au Mali, l'âge légal au mariage des filles est fixé à 16 ans. Si cet âge est déjà bas, 14,3 % de filles sont mariées avant 15 ans et 60,8 % avant 18 ans. Ces mariages précoces entraînent un taux important de grossesses précoces provoquant leur lot de complications et alimentant les taux de morbi-mortalité féminine et infantile (taux de mortalité maternelle : 0,79 ‰, taux de mortalité infantile : 56 ‰, EDSM V). Les programmes de sensibilisation nationaux axent les messages autour de l'espacement des naissances, axe prioritaire d'intervention du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique. Toutefois, des associations ou des réseaux (Association des juristes maliennes, Génération PF, AJCAD, MSH) plaident en faveur de messages orientés autour de l'accès à la planification familiale et de la prévention des grossesses précoces. Il est important d'agir en amont pour préserver les filles, dès le plus jeune âge, des grossesses précoces et des risques liés à l'avortement. Aussi, intervenir auprès des filles âgées entre 10 et 14 ans est primordial.

Etant donné l'importance des déterminants sociaux de la SDSP des adolescentes, les projets à leur intention doivent inclure des activités d'information, sensibilisation et mobilisation des communautés. Il est nécessaire, voir indispensable de travailler avec les familles et l'entourage des jeunes filles. Sans un tel travail de médiation réalisé en amont et pendant le déroulement des programmes, le recrutement et le maintien des adolescentes n'en seront que plus fragiles et complexes.

2.5.3. Implication et responsabilisation des hommes

L'implication et la participation des hommes sont indispensables au changement social (rééquilibrage des rapports de pouvoir entre les hommes et les femmes) ou au recul des pratiques traditionnelles néfastes ou discriminantes envers les filles et les femmes. Renforcer les connaissances et l'empowerment des femmes et des filles pour qu'elles soient en capacité de faire valoir leurs droits et de décider pour elles-mêmes est indispensable. Parallèlement, une prise de conscience et une implication des hommes (y compris au sein des projets et des structures socio-sanitaires) dans la conduite du changement est nécessaire. En matière de santé sexuelle et de la procréation, les actions d'information, de sensibilisation et de communication pour un changement de comportement s'adressent encore, trop souvent aux femmes et aux filles. Or, les hommes et les garçons, s'ils bénéficient d'un pouvoir important de décision et davantage de liberté que les femmes et les filles, ne possèdent pas toujours les connaissances et capacités pour modifier leurs points de vue et comportements. Les programmes doivent donc prévoir des actions spécifiques à leur intention. Des espaces de dialogue pour questionner les relations et les rapports de pouvoir entre hommes/garçons et femmes/filles doivent aussi être pensés.

La pression sociale s'exerce également sur les hommes, aussi l'effet de masse est important à rechercher. Un homme peut avoir, par exemple, la volonté de participer aux tâches domestiques. Cependant, si cela n'est pas socialement accepté au sein de son groupe de pairs, il ne passera pas à l'acte par peur des moqueries ou de la stigmatisation. Au contraire, si d'autres hommes, appuyés par des leaders d'opinion décident de passer à l'acte, l'effet de groupe fera office d'exemple et d'autres hommes pourront suivre le mouvement de changement.

Le Mali pourrait s'inspirer de l'expérience mise en œuvre par l'UNFPA Niger dans la région de Zinder depuis 2007, l'école des maris. L'évaluation de ce programme a montré que dans les zones dans lesquelles existe une école des maris, la fréquentation des centres de santé par les femmes, les taux d'accouchement assistés par un personnel compétent et la prévalence contraceptive ont connu une évolution positive. Une différence significative a pu être observée dans les zones où existent une école des maris et celles où il n'y en a pas²³. Cette initiative représente une opportunité pouvant être adaptée et développée dans les pays de la sous-région ouest-africaine, dont le Mali.

23. Equilibres & Populations, Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Niger, analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA, septembre 2014.

Le projet « Hommes engagés » pour la PF et la SR

Au Mali, l'ONG Care a mis en place le projet « hommes engagés » (« Men engaged »). Ce projet, inspiré d'une expérience positive développée au Niger, consiste à former des hommes reconnus au sein de leurs communautés (leaders communautaires ou religieux, maires, conseillers ou relais associatifs) et à les amener à s'engager publiquement en faveur de l'utilisation de la planification familiale. Ces hommes, de par leurs actions et leur influence, entraînent d'autres hommes à soutenir la PF et la santé reproductive au sein de leurs communautés.

2.5.4. Déconstruction des stéréotypes sexistes et de genre

Les stéréotypes existent dans toutes les sociétés. La manière dont les individus se perçoivent les uns les autres peut être déterminée par des préjugés basés sur des variables comme le sexe, l'âge, la nationalité ainsi que des normes, pratiques et croyances socialement construites. Les stéréotypes sont souvent culturels, religieux et reflètent des relations de pouvoir sous-jacentes. Les croyances liées aux stéréotypes sont fortement ancrées dans les sociétés mais force est de constater qu'elles évoluent, se transforment, changent selon les époques, ce qui constitue à la fois un défi et une chance. Les stéréotypes, notamment de genre, entraînent l'instauration de discriminations sexistes, flagrantes ou dissimulées, directes ou indirectes et sont responsables des inégalités entre hommes et femmes.

Ces stéréotypes se traduisent par des politiques, lois et pratiques qui, dans la vie quotidienne, représentent un danger pour les femmes et les filles (excision, mariage précoce et forcé, interdit alimentaire, violences conjugales). Ils freinent l'évolution des rapports vers plus d'égalité entre hommes et femmes et servent, d'une certaine façon à rendre acceptables des faits sociaux qui ne le sont pas. Les stéréotypes sexistes ont été identifiés dans la CEDEF comme empêchant la réalisation de l'égalité femmes-hommes et de l'autonomisation des femmes. S'ils conditionnent les femmes et les assignent à des rôles sociaux définis, les stéréotypes de genre empêchent aussi les hommes de sortir des schémas sociaux patriarcaux car chaque stéréotype sur les femmes entraîne un stéréotype sur les hommes.

Exemples de stéréotypes de genre qui influent négativement sur la santé sexuelle et de la procréation des adolescentes tirés d'une recherche menée au Bénin en 2012 :

- **Stéréotypes relatifs à l'image que les acteurs sociaux (tuteurs, parents, détenteurs d'enjeux, maris etc.) se font de la sexualité, des droits sexuels et de la santé de la reproduction des filles dans la communauté :**

« Conseiller la PF à une fille, c'est lui ouvrir la voie à la débauche »

« L'utilisation de la planification familiale est un passeport pour la dépravation sexuelle »

« Une femme émanicipée ne peut se marier »

« Une fille qui a une capote dans son sac est une prostituée »

- **Stéréotypes relatifs au rôle et à la position des filles/filles mères dans la communauté :**

« L'homme possède la femme »

« Une fille se marie pour faire des enfants et non pour chercher de l'argent »

« Une femme doit se débrouiller mais avec limite »

- **Stéréotypes relatifs à certaines activités génératrices de revenus :**

« Les filles domestiques ou vendeuses ambulantes sont des voleuses et des menteuses »

« Une femme commerçante est généralement infidèle car elle voyage beaucoup et doit être obligée d'être gentille avec tout le monde, en particulier les clients hommes »

« Une femme qui milite dans une organisation ou une association et qui bouge beaucoup est prise pour une vagabonde sexuelle et une prostituée parce qu'elle est presque absente du foyer »

Si la déconstruction des stéréotypes sexistes et de genre est identifiée par un grand nombre d'acteurs comme un axe à privilégier pour susciter le changement social, encore très peu d'actions concrètes sont mises en œuvre dans ce domaine. Pourtant, l'identification au sein et avec les communautés des stéréotypes sexistes existant qui conditionnent les attitudes et les comportements des femmes et des hommes est un préalable incontournable. Ce travail sera d'autant plus pertinent et efficace qu'il sera appuyé par des approches de recherche participative et/ou des outils appropriés et mis en œuvre par des anthropologues. La formation et la prise de distance des chercheur-e-s, animateurs/trices sont importantes car ce sont souvent des personnes issues de la même société et donc conditionné-e-s eux/elles-mêmes par les normes et croyances sociales.

Le questionnement et le décodage des stéréotypes peuvent s'avérer pertinents pour favoriser une prise de conscience et amorcer des changements profonds sur les représentations de la féminité et de la masculinité et sur les mentalités. Travailler à partir des expressions, proverbes, chansons ou encore sur des situations concrètes de la vie courante permet d'ouvrir le dialogue et favorise la participation de toutes et tous.

« Protéger la Prochaine Génération » : La promotion de l'abandon de l'excision passe par la déconstruction des stéréotypes de genre

Le projet « Protéger la Prochaine Génération » a pour but de promouvoir l'abandon des mutilations sexuelles féminines dans le district sanitaire de Kayes au Mali. Il est mis en œuvre depuis 2006 par l'Association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles (AMSOPT) avec le soutien technique et financier d'Equilibres & Populations.

La pratique des MSF est une norme sociale profondément ancrée au sein des communautés dans lesquelles elles existent. Promouvoir l'abandon des MSF passe par une remise en cause des stéréotypes sexistes et de genre qui justifient la pratique et une prise de conscience forte des communautés des conséquences néfastes de l'excision sur la santé, le statut et les droits des femmes.

A travers l'utilisation d'outils adaptés et suite à une formation sur les techniques de communication pour les changements de comportements, douze animatrices interviennent régulièrement au sein de 152 villages et la ville de Kayes pour engager un dialogue avec les communautés et impulser un changement de comportement positif.

En 2016, sur 152 villages d'intervention, 137 ont décidé d'abandonner la pratique des MSF et près de la moitié ont aussi dit non aux mariages précoces. La mise en œuvre du projet a aussi permis de réduire fortement les violences conjugales et a entraîné une hausse des consultations dans les centres de santé.

« Alliance Droits et Santé », des ONG engagées en faveur de la SDSP des adolescentes

« Alliance Droits et Santé » est un réseau d'associations ouest-africaine visant l'amélioration de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescentes. Trois organisations maliennes ont rejoint l'Alliance en 2016 : l'AMSOPT, l'AJCAD et le Groupe pivot droit et citoyenneté des femmes. Dans le cadre d'Alliance Droits et Santé, ces ONG maliennes partenaires mènent des actions visant à déconstruire les stéréotypes de genre pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s. 25 jeunes champion-ne-s de la planification familiale ont été recruté-e-s.

Ils/elles témoignent de leurs expériences et diffusent des messages forts de sensibilisation et de mobilisation pour améliorer l'accès des adolescent-e-s aux moyens de contraception. Un événement mobilisateur dans le cadre de la campagne « Génération PF : ensemble choisissons l'avenir » a également été l'occasion d'interpeller les décideurs, de diffuser de l'information via les réseaux sociaux et de créer une mobilisation massive avec des messages forts visant la déconstruction des stéréotypes sexistes.

2.5.5. Mobilisation des détenteurs d'enjeux et des cibles spécifiques

L'atelier de novembre 2012 qui a eu lieu au Bénin a permis de mettre en place et de diffuser la théorie du changement qui vise l'amélioration de vie des jeunes filles et adolescentes. Cet atelier a été l'occasion de créer une ligne directrice commune sur les actions à mener et de mettre en évidence les acteurs/actrices clés sans lequel-le-s le changement ne pourrait avoir lieu.

Les autorités coutumières, villageoises et religieuses en font partie. Beaucoup de projets les prennent en compte, leur adressent des formations et en font des relais de la sensibilisation. De manière générale, s'assurer de l'adhésion ou, a minima, de la neutralité des leaders communautaires et religieux est un préalable à la mise en œuvre et à la réussite des projets et programmes.

Les autorités politiques ont aussi un rôle important à jouer pour favoriser l'amélioration de la santé des filles et des femmes et leur protection à travers l'adoption de loi et la mise en œuvre de programmes adaptés à la situation des adolescentes. Au Mali, l'ensemble de la classe politique semble être d'accord sur le fait qu'il est nécessaire d'investir dans la jeunesse pour sécuriser le futur du pays, surtout dans un contexte de post-crise. Toutefois, le chantier est grand et il est important que des actions de plaidoyer appellent aux dirigeants l'importance de protéger le futur des adolescent-e-s et surtout des jeunes filles en améliorant leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs. En effet, l'âge au mariage au Mali est fixé à 16 ans et il n'existe toujours pas de loi interdisant la pratique des mutilations sexuelles féminines. Des efforts restent à faire. En 2016, une coalition d'ONG s'est formée, au Mali, pour plaider auprès du Gouvernement en faveur d'une loi punissant les violences basées sur le genre.

Les porteurs d'uniforme (police, gendarmerie) mais aussi les juristes sont des cibles particulièrement importantes dans la protection des jeunes filles. En effet, ces personnes sont garantes de l'ordre public et du respect des

droits des citoyen-ne-s. Il est nécessaire qu'elles soient sensibilisées aux différents types de violations des droits des femmes et des filles et aux violences basées sur le genre afin de pouvoir agir lorsque cela est nécessaire. Les adolescent-e-s, en particulier les jeunes filles, doivent pouvoir bénéficier d'un accueil et d'une écoute bienveillants lorsqu'elles dénoncent la violation de leurs droits.

En mars 2014, dans le contexte de crise au Mali et afin d'apporter une réponse concrète et idoine aux femmes et aux filles survivantes de VBG, ONU Femmes, en partenariat avec la Police nationale du Mali, a créé un centre d'appel et d'orientation. Ce centre comprend un service d'accueil, de prise en charge des VBG mais surtout un numéro vert d'appel (le 80 333) couvrant l'intégralité du territoire et fonctionnant 24 heures sur 24. Ce numéro permet à toute personne victime ou exposée à une situation de VBG d'appeler gratuitement afin d'obtenir une assistance. Les cas urgents de détresse sont directement transférés au commissariat de police le plus proche. Les cas de VBG sont aussi souvent référés vers des partenaires compétents pour effectuer la prise en charge et le suivi. En plus du centre d'appel de Bamako, 4 centres ont été créés dans les régions de Mopti, de Sikasso, de Gao et de Tombouctou. La mise en place de ce numéro vert a permis une plus grande prise en compte des VBG au niveau des structures policières, judiciaires et de prise en charge médicales et psycho-sociales. La ligne d'appel a également permis à la population d'obtenir une assistance directe et dédiée aux cas de VBG. Toutefois, un certain nombre de faiblesses ont été identifiées concernant le fonctionnement et l'accès au numéro vert :

- L'insuffisance d'information et de sensibilisation des populations sur l'existence du 80 333 ;
- L'insuffisance de ressources financières, matérielles et humaines autour du numéro vert ;
- La réticence des populations à dénoncer les cas de VBG ;
- La faiblesse de coordination des différents acteurs impliqués ;
- L'insuffisance de points focaux VBG au niveau des commissariats de police ;
- L'insuffisance de la qualité de la prise en charge des survivantes de VBG ;
- L'inexistence d'une loi réprimant les VBG.

Enfin, deux cibles incontournables des programmes mais bien souvent négligées sont les jeunes filles de 10 à 14 ans et les adolescentes en situation de vulnérabilité. Afin d'améliorer concrètement et durablement la santé des adolescentes, il est crucial d'intervenir et de mettre en œuvre des actions de prévention avant l'entrée des filles en sexualité et en fécondité. L'âge médian de mariage des jeunes filles étant de 18 ans et l'âge médian à la première naissance de 19,6 ans (EDSM V), le groupe d'âge 10-14 ans s'avère être une cible stratégique. Une étude²⁴ a montré que l'âge de 10 ans est déterminant et conditionne l'avenir des filles. Il s'agit donc d'un cap à ne pas négliger. Des programmes adaptés à ce groupe d'âge en matière de prévention, éducation sexuelle complète, information et services sont nécessaires.

L'appui de l'AJM aux filles victimes de violences

L'Association des juristes maliennes (AJM) organise fréquemment des formations à l'endroit des porteurs d'uniforme et des juristes (auxiliaires de justice, avocat-e-s, juges) pour les informer des lois en vigueur et les sensibiliser à l'accueil et à la prise en charge des jeunes filles victimes de violence. Les juristes de l'association apportent elles-mêmes un soutien aux adolescentes souhaitant porter devant la justice une atteinte de leurs droits. L'association offre donc à ces filles un soutien, un accompagnement juridique et de l'information concernant leurs droits. Les femmes juristes constatent cependant que peu de cas de violences basées sur le genre aboutissent à un procès en bonne et due forme.

24. Etat de la Population mondiale 2016, 10 ans, comment cet âge déterminant chez les filles conditionne notre avenir, UNFPA 2016.

III. Propositions d'action au niveau individuel, communautaire et institutionnel

Onze propositions d'action à prioriser :

A ce stade, le constat général préalablement exposé, l'analyse du contexte malien et des projets et outils existants nous permettent d'identifier des pistes d'action à trois niveaux : au niveau des adolescent·e·s eux/elles-mêmes, au niveau de la société plus largement et au niveau politique et institutionnel.

Nous en avons sélectionné onze qui nous paraissent particulièrement prometteuses (des recommandations complémentaires sur l'éducation par les pair·e·s et la réalisation d'émissions radiophoniques en direction des adolescent·e·s et des jeunes se trouvent dans le rapport complémentaire de cette étude).

Il faut noter que le rôle que l'UNFPA pourrait jouer dans la mise en œuvre de ces recommandations reste très variable d'une recommandation à l'autre, allant de l'appui à la mise en œuvre en passant par la coordination. Ce juste positionnement reste à préciser en fonction des réalités institutionnelles locales, des opportunités de mise en œuvre et du mandat de chacun des acteurs.

Chaque recommandation propose une liste d'axes de mise en œuvre qui n'est ni exhaustive, ni exclusive. En fonction des opportunités, un paquet d'activités comprenant a minima certaines actions proposées pourra être élaboré et mis en œuvre.

3.1. Au niveau individuel

01

PROMOUVOIR ET METTRE EN PLACE UN SYSTÈME D'ÉDUCATION SEXUELLE À L'ÉCOLE ET EN DEHORS DU MILIEU SCOLAIRE (VIA L'INTÉGRATION DES STRATÉGIES D'ALPHABÉTISATION INFORMELLE) DANS UNE OPTIQUE D'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SANTÉ ET AUX DROITS SEXUELS ET DE LA PROCRÉATION :

Stratégie et mise en œuvre

➤ Mettre en place un comité de pilotage paritaire et multisectoriel incluant le ministère de l'Éducation nationale, le ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et les organisations internationales et associatives intervenant en milieu scolaire (s'appuyer sur la création d'un tel comité dans le cadre du projet d'autonomisation des adolescentes et des jeunes femmes par l'éducation au Mali) ;

➤ Mettre en place un dispositif d'évaluation annuel, adapter le système d'éducation sexuelle selon les résultats et le passer à l'échelle si cela s'avère pertinent ;

➤ Créer un label « Qualité » pour les supports et les outils de formation/ information en matière d'éducation à la sexualité qui intègre l'importance des jugements non moralisateurs, la perspective genre, l'approche participative et l'éducation relationnelle et affective.

En milieu scolaire :

- > Développer des modules adaptés à toutes les catégories d'âge et dès le plus jeune âge (à partir de 10 ans). Les aspects biotechniques (fonctionnement de l'appareil génital féminin et masculin, du cycle menstruel, puberté) pourront être abordés de façon adaptée à partir de 10 ans dans le cadre de cours de biologie. Les aspects vie familiale, vie affective et sexuelle et droits pourront être inclus dans des modules adaptés et inspirés, par exemple, du livret pédagogique « Décider sa vie et construire sa famille : réfléchir ensemble pour améliorer la santé maternelle », conçu par Yannick Jaffré avec l'appui de l'UNFPA ;
- > Former les enseignant-e-s et instaurer un travail de déconstruction des stéréotypes et idéaux culturellement ancrés avec eux/elles. S'appuyer sur la création d'un manuel de formation et d'un code déontologique destiné aux enseignant-e-s dans le cadre du projet d'autonomisation des adolescentes et des jeunes femmes par l'éducation au Mali ;
- > Ne pas faire peser l'ensemble de l'éducation sexuelle à l'école sur les enseignant-e-s mais les intégrer dans un réseau d'intervenant-e-s spécialisé-e-s (pair-e-s-éducateurs/trices, infirmier-e-s de santé scolaire/ intervenant-e-s associatifs/tives) ;
- > Développer la santé scolaire et s'appuyer sur les recommandations de l'OMS Mali dans ce domaine ;
- > Améliorer les conditions d'assainissement et d'hygiène, notamment pour les jeunes filles afin de favoriser leur maintien à l'école (installation de sanitaires non mixtes, accessibilité à l'eau facilitée...) ;
- > Développer un travail avec les parents des jeunes filles scolarisées afin de les inciter à maintenir leurs filles à l'école (prévention du mariage précoce et des grossesses précoces notamment).

En dehors du milieu scolaire :

- > Renforcer les compétences des techniciens des ministères en charge de l'éducation informelle et de l'alphabétisation sur l'éducation complète à la santé sexuelle et reproductive et adapter les programmes d'éducation complète à la sexualité aux programmes d'éducation et alphabétisation informelle ;
- > Développer des outils d'éducation sexuelle adaptés aux adolescent-e-s, aux différentes catégories d'âge et de situation et consultables

par les plus jeunes, accessibles en ligne sur ordinateur ou téléphone portable. S'inspirer de ou adapter la plateforme d'informations sur la SDSP en ligne « Click Info Ado » et adapter la plateforme sous forme de livrets pédagogiques ;

- > Promouvoir largement les outils disponibles afin d'inciter les jeunes à les utiliser via la TV, la radio ou la distribution de flyers. Former les pair-e-s-éducateurs/trices aux outils (livrets pédagogiques et plateformes en ligne) et les utiliser comme relais pour former les jeunes et les inciter à les utiliser ;
- > Appuyer les acteurs qui proposent des activités de renforcement des compétences de vie aux adolescentes déscolarisées, non scolarisées ou en situation de vulnérabilité.

Intérêts

- > Atteindre un maximum de jeunes d'une même classe d'âge et dès 10 ans. Toucher les filles avant leur déscolarisation ;
- > Structurer un cycle d'enseignements à la vie familiale et à l'éducation sexuelle complète évolutif du primaire à la fin du secondaire ;
- > Mettre en place des outils novateurs pouvant atteindre les jeunes des milieux scolaires et en dehors de l'école ;
- > Mettre en place des réseaux officiels d'intervenant-e-s formé-e-s et accrédité-e-s pour intervenir auprès des jeunes dès 10 ans. ;
- > Contribuer à la déconstruction des stéréotypes de genre.

Limites

- > Résistance des établissements et des associations de parents d'élèves à instaurer les modules de santé sexuelle complète dès 10 ans ;
- > Les outils accessibles sur ordinateur ou téléphone portable nécessitent l'utilisation d'appareils technologiques pouvant ne pas être accessibles dans certains milieux ;
- > Manque de volonté ou réticence des enseignant-e-s. Les enseignant-e-s ne peuvent pas porter seule-s l'enseignement sur la santé et les droits sexuels et reproductifs et doivent être accompagné-e-s d'un réseau d'acteurs/trices.

02

RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ DES JEUNES DANS LES CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES DANS L'ENSEMBLE DES RÉGIONS DU MALI (AVEC UN ACCENT PARTICULIER POUR LES RÉGIONS DU NORD - GAO, TOMBOUCTOU ET KIDAL)

Stratégie et mise en œuvre

- > Former le personnel de santé, les étudiant-e-s en gynécologie /maïeutique, soins infirmiers, médecine et travail social aux besoins des adolescentes en matière de santé sexuelle et reproductive mais aussi en matière d'écoute, d'accueil et de respect de la confidentialité dans les centres de santé. Doter les centres de santé d'une personne référente pour l'accueil des adolescentes ;
- > Instaurer l'organisation d'une journée/ semaine nationale de consultations obligatoires et gratuites pour les adolescent-e-s à l'âge de 12 ans. Cela permettrait aux jeunes filles de se rendre au moins une fois, et de manière non stigmatisante dans un centre de santé pour une consultation généraliste (vaccinations, informations nutritionnelles...) durant laquelle elles seraient également informées sur la santé sexuelle et reproductive. Cette journée pourrait recevoir l'appui du programme de vaccination ;
- > Inscrire cette journée/semaine et son financement dans les plans de développement sanitaire et de SRAJ et dans les plans d'opérationnalisation des districts sanitaires ;
- > Organiser et financer une campagne médiatique nationale pour informer de l'initiative et mobiliser des relais communautaires pour diffuser l'information ;
- > Mettre en place la gratuité des soins et services pour les adolescentes entre 12 et 16 ans et faciliter l'accès à une gamme variée de produits contraceptifs de qualité ;
- > Développer des systèmes de stratégies avancées pour toucher les jeunes en dehors de l'enceinte des centres de santé. Permettre aux prestataires de santé de mener des sensibilisations mais aussi des consultations en dehors des centres et au plus près des jeunes ;
- > Appuyer et mettre en œuvre prioritairement la reconstruction des centres de santé communautaires et hôpitaux dans les zones de conflit au Nord du Mali.

Intérêts

- > Donner aux adolescent-e-s l'occasion d'entrer en contact et de se familiariser avec une structure socio-sanitaire de proximité ;
- > Permettre aux adolescent-e-s de recevoir une information claire et précise sur la puberté et les services de prévention et de soins dispensés par la structure ;
- > Renforcer les compétences des prestataires de santé et les accoutumer à l'accueil des adolescent-e-s pour donner des conseils ou fournir des services de santé sexuelle et reproductive ;
- > Favoriser les actions de prévention en direction des adolescent-e-s dans les centres de santé ;
- > Permettre aux jeunes, qu'ils/elles soient scolarisé-e-s ou non, d'avoir accès, sur une base égalitaire, à des informations concernant la santé sexuelle et reproductive ;
- > Permettre aux adolescent-e-s d'être en contact avec des prestataires de santé plus près de leurs lieux de fréquentation et en dehors des centres de santé souvent stigmatisant.

Limites

- > Risque d'engorgement des services (s'appuyer sur l'expérience des campagnes de vaccination) ;
- > Difficulté de financements de ces initiatives ;
- > Difficulté pour les prestataires de santé de dégager du temps pour l'offre de services en dehors des centres de santé.

03

DÉVELOPPER ET RENFORCER L'UTILISATION DES SERVICES D'ÉCOUTE ET D'AIDE À DISTANCE EN ADAPTANT LEURS OFFRES AUX PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES DES ADOLESCENT·E·S (EN METTANT UN ACCENT PARTICULIER SUR LES SERVICES CONCERNANT LE VIOL ET LE MARIAGE PRÉCOCE)

Stratégie et mise en œuvre

- > Remettre en fonctionnement les lignes d'écoute du projet « My rights, my voice » (système de SMS) et créer des lignes d'écoute régionales ;
- > Former des écoutant·e·s sur les problèmes et préoccupations auxquels font face les adolescentes, sur le genre et les obstacles socio-culturels qui entravent leur demande et leur accès aux services socio-sanitaires ;
- > Assurer un accueil au moins en langues locales (selon les régions) en plus du français ;
- > Diffuser de l'information pour promouvoir ces services à travers les radios nationales et communautaires, la télévision ou la distribution de flyers et diffuser largement le numéro de téléphone à contacter en fonction des régions et en langue locale. Des témoignages d'usager·e·s, d'écoutant·e·s ou de médecins peuvent appuyer la promotion du dispositif ;
- > Mettre en place une campagne spécifique à destination des 10-14 ans afin de les inciter à recourir à ce service.

Intérêts

- > Faciliter l'accès des adolescentes à des informations et des conseils personnalisés et adaptés à leurs situations et à leurs besoins de façon anonyme, gratuite et à tout moment ;
- > Inciter et faciliter l'orientation des adolescentes vers des structures de soins et de protection juridique et sociale adaptées en cas de besoin ;
- > Permettre aux adolescentes de moins de 15 ans d'avoir un espace d'écoute bienveillant selon leurs besoins.

Limites

- > Ce service ne peut se suffire à lui-même et nécessite la mise en place d'un environnement favorable à l'accès des adolescent·e·s aux services socio-sanitaires et juridiques ;
- > Les écoutant·e·s doivent être formé·e·s et obtenir les connaissances requises pour le counseling et le référencement des adolescentes vers les structures correspondant à leurs besoins. L'appel est souvent unique et l'adolescente doit pouvoir y recueillir le maximum d'informations utiles possible.

3.2. Au niveau communautaire

O4

INSTAURER DES ESPACES DE DIALOGUES ET D' ACTIONS STRUCTURÉS AU SEIN DES COMMUNAUTÉS AFIN DE RENFORCER LES CONNAISSANCES ET LES COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS DES ADOLESCENT·E·S ET FAVORISER L'ÉMERGENCE D'UN CONTEXTE FAVORABLE À LA PROTECTION DES JEUNES FILLES

Stratégie et mise en œuvre

- > S'inspirer de la stratégie développée par l'OMS : « Travailler avec les individus, familles et communautés pour améliorer la santé de la reproduction ;
- > Renforcer les compétences des parents afin de faciliter l'instauration d'un dialogue parents-enfants dans un cadre bienveillant et non basé sur la peur et la sanction sociale (s'inspirer des livrets de formation sur la parentalité de FCI) ;
- > Créer et labelliser des clubs de parents afin de créer une dynamique de dialogue et de partage d'expériences bienveillantes entre parents ;
- > Former des clubs mixtes de jeunes dans les régions appuyés par des référent·e·s formé·e·s pour accompagner le fonctionnement et les actions des jeunes. Ces clubs auront pour mission de développer des actions pour défendre et promouvoir la santé et les droits sexuels et reproductifs des jeunes (théâtre-forum, plaidoyer, rédaction de poèmes, témoignages). Au sein de ces clubs seront identifié·e·s des champion·ne·s qui seront formé·e·s pour porter les messages des jeunes au niveau national ;
- > Former et mobiliser les agents de santé communautaires qui, lorsqu'ils/elles sont formé·e·s et motivé·e·s ont un rôle non négligeable sur l'amélioration de la santé. Ces agents pourraient être mobilisé·e·s pour travailler en direction des adolescent·e·s et des jeunes ;
- > Appuyer la création d'une alliance entre les leaders administratifs et les chefs traditionnels au niveau régional pour promouvoir le recul de l'âge au mariage et la lutte contre les violences faites aux femmes.

Intérêts

- > Favoriser l'adoption de consensus et de positions communes sur des enjeux majeurs au Mali en termes de santé et droits des adolescentes ;
- > Impliquer concrètement les détenteurs d'enjeux dans des espaces de concertation et de dialogue. Le fait de regrouper les parents, les jeunes ou les leaders administratifs et traditionnels permet d'éviter l'effet d'isolement et de créer un effet d'entraînement dans la conduite du changement. Cela favorise le partage d'expériences positives et facilite le passage à l'échelle.

Limites

- > L'essoufflement possible des espaces de dialogue s'ils ne sont pas suffisamment bien suivis, supervisés et dépourvus de plans d'action et rencontres régulières ;
- > La demande de rétribution financière des détenteurs d'enjeux pour leur participation aux espaces de dialogue peut en limiter le fonctionnement ;
- > La présence d'opposant·e·s qui doivent être identifié·e·s et dont la neutralité doit être négociée.

05

COORDONNER UNE CAMPAGNE CROSS-MEDIA VISANT LA DIFFUSION MASSIVE D'INFORMATIONS SUR LES DSSR DES JEUNES ET DES ADOLESCENT·E·S ET FAVORISANT LA DÉCONSTRUCTION DES STÉRÉOTYPES S'APPUYANT SUR DES SUPPORTS EXISTANTS DE QUALITÉ

Stratégie et mise en œuvre

- > Identifier au niveau sous-régional des outils de communication de masse de qualité comme par exemple la série télévisuelle « C'est la vie » ;
- > Valoriser et décliner l'un de ces outils dans une perspective cross-media. Par exemple, adapter à la radio une série télévisée, réaliser un guide d'adaptation pour le théâtre-forum, développer des clubs d'auditeurs/trices, réaliser des guides de discussion à partir des épisodes de la série, etc. ;
- > Rapprocher la communication nationale de la réalité locale en donnant aux acteurs de terrain les moyens de s'identifier et de se réapproprier les messages (soutenir et former en ce sens les réseaux de communicateurs, en particulier les radios communautaires et les associations) pour l'organisation de débats communautaires de qualité ;
- > Diffuser et vulgariser les résultats des recherches publiées ou en cours sur la SDSP des adolescentes pour informer les citoyen·ne·s et alimenter le débat public dans une démarche « evidence-based » ;
- > Relayer la voix des adolescentes, encourager les témoignages, sans oublier les jeunes filles entre 10 et 14 ans ;
- > Accompagner ces campagnes grand public d'un volet de sensibilisation et de formation pour les professionnel·le·s de santé.

Intérêts

- > Soutenir et légitimer les acteurs et actrices qui interviennent dans les communautés pour lever les barrières socio-culturelles à la demande et à l'accès aux services socio-sanitaires des adolescentes en matière de santé et droits sexuels et de la procréation ;
- > Mettre en débat, interroger et remettre en cause les représentations et habitudes sociales et favoriser la déconstruction des stéréotypes ;
- > Augmenter le potentiel et l'impact d'outils de communication de masse de qualité déjà existants.

Limites

- > La qualité des outils et la nature des messages véhiculés sont déterminantes. Il s'agit de ne pas inquiéter, de ne pas stigmatiser et d'inciter à la réflexion et à la remise en question. Il est nécessaire de faire une sélection rigoureuse avec un dispositif pré et post-test.

06

MOBILISER LES COMMUNAUTÉS EN VUE DE L'ABANDON DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES ET DU MARIAGE PRÉCOCE (DEUX PRATIQUES À FORTE PRÉVALENCE AU MALI ET AYANT UN IMPACT NÉGATIF SUR LA SANTÉ ET LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS DES JEUNES FILLES MAIS AUSSI SUR LEUR MAINTIEN À L'ÉCOLE) EN S'APPUYANT SUR LA THÉORIE DES CONVENTIONS SOCIALES (UNICEF)

Stratégie et mise en œuvre

➤ Identifier et établir un partenariat avec des organisations nationales ou de la sous-région ayant développé une expertise reconnue en matière d'accompagnement des communautés à l'engagement public d'abandon de la pratique des mutilations sexuelles féminines ;

➤ Identifier les zones dans lesquelles les taux de pratique de l'excision et/ ou le mariage précoce sont élevés ;

➤ Adapter et développer le modèle avec l'appui et l'expertise des partenaires identifiés :

1. En s'appuyant sur des ressources communautaires et des mécanismes de dialogue existants : comités locaux pour l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes, maisons des femmes, organisations à base communautaires...

2. En prenant en compte les actions déjà en cours dans un souci de synergie, d'harmonisation des messages et des activités et de partage des expériences dans l'optique de ne pas réinventer ce qui existe déjà et de reproduire ce qui marche.

3. En impliquant les associations, ONG, réseaux déjà implantés qui travaillent avec les populations.

➤ Impliquer des socio-anthropologues dans les processus de suivi-évaluation et de capitalisation ;

➤ Communiquer régulièrement sur les expériences et médiatiser à l'échelle nationale les cérémonies d'abandon de l'excision et/ ou du mariage précoce au cours desquelles les communautés s'engagent publiquement ;

➤ Impliquer les communautés migrantes vivant en Europe et pouvant soutenir de façon durable les processus d'abandon de l'excision et du mariage précoce ;

➤ Mener des actions de plaidoyer en faveur d'une loi contre les VBG en s'appuyant sur la coalition d'ONG créée à cet effet et sur les expériences positives et reconnues comme bonnes pratiques.

Intérêts

➤ Cette approche est reconnue comme impulsant des dynamiques de changement de comportements durables et efficaces en matière d'abandon de pratiques néfastes fortement ancrées ;

➤ Il s'agit d'une approche participative, non-coercitive et inclusive qui mobilise, implique et responsabilise l'ensemble de la communauté ;

➤ L'effet « boule de neige » : à partir d'un groupe de villages qui s'engagent et grâce aux relations de voisinage, la nouvelle pratique, norme adoptée peut s'étendre petit à petit aux villages voisins.

Limites

➤ Il s'agit d'une approche fortement basée sur l'action de ressources humaines (animateurs/animateuses de terrain) difficile à faire financer auprès des bailleurs de fonds traditionnels qui demandent des résultats tangibles et dans le court terme ;

➤ La temporalité : cette approche, si elle est efficace, s'inscrit dans la durée. Un minimum de trois ans de mise en œuvre est nécessaire avant d'obtenir un engagement des communautés. Cet engagement nécessite également un suivi dans le temps.

3.3. Au niveau institutionnel

07

DÉVELOPPER UN SYSTÈME DE PRODUCTION DE DONNÉES SUR LES ADOLESCENT-E-S QUI SOIENT SEXO-SPÉCIFIQUES ET INTÉGRANT DES DONNÉES SUR LES VBG ET PRENANT EN COMPTE LES ADOLESCENTES DE 10 À 14 ANS

Stratégie et mise en œuvre

- > Encourager et soutenir la production d'études statistiques annuelles sur la situation des filles et des femmes, et notamment des adolescentes ;
- > Intégrer dans le système de données statistiques, des données prenant en compte la diversité des statuts des adolescentes et intégrant davantage la tranche d'âge 10-14 ans ;
- > Intégrer dans le système des données relatives aux violences basées sur le genre, particulièrement concernant le viol (donner plus de moyens de fonctionnement au GBVIMS).

Intérêts

- > Mieux cerner la situation des adolescentes en matière de santé et droits sexuels et reproductifs en fonction de leurs différents statuts et de leur âge ;
- > Obtenir des données plus précises sur l'ampleur des violences basées sur le genre, surtout sur le viol, les relations incestueuses et les relations entre professeurs et élèves ;
- > Pouvoir apporter une réponse mieux adaptée aux situations de violences basées sur le genre en fonction de la situation des filles ;
- > Mettre en lumière des faits de violences envers les adolescentes tabous dans la société avec l'appui de données.

Limites

- > Dans le cas de questionnaires basés sur des éléments déclaratifs, il existe un risque que les personnes interrogées ne répondent pas de manière franche aux questions dont les réponses ne sont pas socialement admises.

08

RENFORCER LA CRÉATION D'ESPACES DE COORDINATION SUR LES PROBLÉMATIQUES LIÉES AUX YBG ET À LA SDSP DES ADOLESCENT·E·S ENTRE LES MINISTÈRES DE LIGNE ET LES ACTEURS ASSOCIATIFS AUX NIVEAUX NATIONAL ET SOUS-RÉGIONAL

Stratégie et mise en œuvre

- Au niveau ministériel, développer des plans et des cadres d'action communs entre les principaux ministères de ligne impliqués dans la santé et les droits sexuels et de la procréation et leurs directions nationales (ministères de la Santé et de l'Hygiène Publique, Education nationale, Jeunesse et Construction citoyenne, Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille) et sur le thème précis de la SDSP des adolescentes afin qu'il ne soit pas « noyé » dans des plans ou objectifs plus larges et ainsi peu spécifiques ;
- Développer des cadres de concertation actifs et fonctionnels entre les ministères, les structures nationales et les associations/ ONG afin de recenser, partager et diffuser les bonnes pratiques et impulser des dynamiques de travail commun ;
- Elaborer un annuaire des actions prometteuses en ce qui concerne la promotion de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescentes ;
- Permettre une lecture plus claire de la part accordée à la SDSP des adolescentes dans les budgets SR ;
- Développer des instances de coordination et des plans d'action à l'échelle sous-régional avec les pays dont la situation des adolescentes est proche de celle prédominante au Mali (Niger, Sénégal, Mauritanie). Prendre appui sur les orientations du projet SWEDD pour favoriser l'émergence de ces instances ;
- Définir des indicateurs communs de suivi-évaluation des projets pour pouvoir obtenir des données partageables et significatives aux niveaux national et sous-régional ;
- Impliquer concrètement les jeunes dans l'élaboration des plans d'action et dans les cadres de concertation ;
- Accorder plus de ressources aux associations et réseaux de jeunes pour développer leurs expertises en plaidoyer et mise en œuvre d'activités ;

Intérêts

- Eviter les problèmes de leadership dans la planification, le financement et la mise en œuvre des programmes ;
- Identifier plus facilement les bonnes pratiques et favoriser leur reproduction à l'échelle nationale et sous-régionale ;
- Rationaliser le financement des actions en faveur de la promotion de la santé et des droits sexuels et de la procréation ;
- Permettre une dynamique et un effet d'entraînement dans la conduite des projets et l'atteinte d'objectifs communs dans un cadre sous-régional ;
- Obtenir des données partageables aux niveaux national et sous-régional.

Limites

- Le Mali est un pays dont la situation ne peut être encore qualifiée de post-crise puisqu'une partie du territoire est encore fortement instable et abrite des zones de conflit. Toutefois, au niveau de Bamako, les institutions semblent se reconstruire, les programmes, à l'arrêt depuis 2012, sont réactivés et commencent à être actualisés. Le pays est entré dans un processus de reconstruction/ réconciliation avec une gestion de flux migratoires complexes. Tout est alors urgent et important et les personnel·le·s des ministères et des instances nationales peuvent avoir du mal à dégager du temps pour participer de manière effective aux cadres de concertation.

09

CRÉER UN/DÉS LABEL(S) « QUALITÉ » QUI PERMETTE(NT) DE DONNER DE LA VISIBILITÉ ET DE FÉDÉRER LES INITIATIVES ET LES BONNES PRATIQUES FAVORABLES AUX ADOLESCENT·E·S (« VILLE AMIE DES JEUNES », « CENTRE AMI DES JEUNES » OU « ASSOCIATION AMIE DES JEUNES » PAR EXEMPLE).

Stratégie et mise en œuvre

- > Recenser les différents acteurs institutionnels, associatifs, socio-sanitaires travaillant à la promotion de la SDSP des adolescentes et les lieux dans lesquels ils officient ;
- > Définir de manière participative à travers une série d'ateliers un label qualité et son référentiel ;
- > Mettre en place un comité de rédaction des processus de labellisation et une grille d'évaluation et d'audit ;
- > Promouvoir/ faire connaître le label et mettre en place un processus de labellisation avec une campagne de communication à l'appui ;
- > Editer un répertoire des instances labellisées ;
- > Organiser des ateliers de formation en direction des intervenant·e·s.

Intérêts

- > Identifier, reconnaître et promouvoir les initiatives et les dispositifs qui représentent des garanties de qualité ;
- > Renforcer l'impact des actions de sensibilisation, d'éducation et de prévention en direction des adolescentes ;
- > Développer une charte qualité et renforcer les compétences des acteurs/ actrices sur le respect de cette charte ;
- > Favoriser la coordination des acteurs/actrices et l'harmonisation des dispositifs existants.

Limites

- > Au regard de la quantité des intervenant·e·s dans le domaine de la santé et des droits sexuels et de la procréation, cette démarche doit s'effectuer sur trois ans.

10

FORMER LES CADRES MINISTÉRIELS ET DES INSTITUTIONS DÉCENTRALISÉES À L'APPROCHE GENRE, AVEC UNE PRÉOCCUPATION PARTICULIÈRE « GENRE ET SANTÉ SEXUELLE ET DE LA PROCRÉATION » ET « GENRE ET DÉVELOPPEMENT »

Stratégie et mise en œuvre

- > Constituer un pool national spécifique de formateurs/trices en genre ;
- > Mettre à niveau les membres de ce pool en organisant à leur intention une formation approfondie, en faisant appel par exemple à l'ONG belge « Le monde selon les femmes » qui dispose d'une expertise et d'une expérience pointue en matière de formation de formateurs/trices en genre et santé et droits sexuels et de la procréation ;
- > Identifier les ministères et catégories de fonctionnaires prioritaires à cibler en termes de formation et convaincre les ministères de l'intérêt de former les cadres et agents en genre et de financer ces formations ;
- > Proposer et organiser au sein des ministères clés identifiés une formation à l'intention des fonctionnaires impliqués dans la conception des politiques et programmes et dans leur opérationnalisation.

Intérêts

- > Favoriser la prise de conscience de l'importance des inégalités de genre et des rapports sociaux de sexe dans les situations de vulnérabilité des adolescentes et de leurs conséquences en matière de droits et de santé sexuelle et de la procréation ;
- > Améliorer et enrichir les programmes en intégrant des axes d'action favorisant l'empowerment des adolescentes, la lutte contre les inégalités de genre et le rééquilibrage des rapports sociaux de sexe pour des changements durables ;
- > Favoriser la prise en compte des besoins spécifiques des adolescentes dans les programmes.

Limites

- > Difficultés possibles de financement des formations ;
- > Manque de disponibilité des cadres et agents pour participer à ces formations.

11

MOBILISER ET ACCOMPAGNER LES ACTEURS LÉGISLATIFS (DÉPUTÉ·E·S ET GOUVERNEMENT) DANS L'ÉLABORATION DE PROPOSITIONS, MISE EN ŒUVRE ET FINANCEMENT DE LOIS VISANT L'AMÉLIORATION DE LA SDSP DES ADOLESCENT·E·S ET DES JEUNES (SUR LES VBG, LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES, LA SR, LA PF).

Stratégie et mise en œuvre

- Renforcer et accompagner la mise en place de coalitions multi-acteurs de plaidoyer et d'accompagnement des rouages législatifs souhaitant mobiliser et apporter un appui dans le domaine des DSSR des adolescent·e·s et des jeunes (par exemple, la coalition sur les VBG) ;
- Renforcer les compétences des structures clés de la société civile en plaidoyer et connaissances des rouages législatifs afin de leur permettre d'avoir une meilleure compréhension du contexte et un impact plus fort dans la mise en œuvre de leurs actions ;
- Organiser des séances de formation et de sensibilisation des députés et des acteurs gouvernementaux sur les enjeux liés aux DSSR des adolescent·e·s en s'appuyant sur les groupes parlementaires dédiées aux questions de santé et droits (commission parlementaire sur la santé, le développement social et la solidarité, groupe parlementaire sur les violences faites aux femmes). Rappeler aux acteurs législatifs les engagements pris par le Mali pour améliorer les DSSR des adolescent·e·s ;
- Appuyer les députés dans la recherche de financements pour la mise en œuvre de leurs propositions de loi ;
- Créer ou appuyer la mise en place de comités de suivi de l'application des lois ayant pour but de vérifier l'existence et la mise en œuvre des décrets d'application des lois ;
- Mener des actions de plaidoyer et de sensibilisation en direction des détenteurs d'enjeux pouvant bloquer le vote d'une proposition de loi portant sur les VBG ou les DSSR des adolescent·e·s (par exemple les groupes religieux ayant une forte influence sur le vote des lois) ;
- Organiser des voyages d'études parlementaires dans les pays de la sous-région afin de favoriser le partage d'expériences sur les bonnes pratiques en matière de législation sur les SDSP des adolescent·e·s.

Intérêts

- Apporter un appui et inciter les acteurs législatifs à élaborer des propositions de lois, réviser les lois existantes et s'assurer de la mise en œuvre et du financement des lois sur les DSSR des adolescent·e·s et des jeunes ;
- Apporter aux acteurs législatifs une meilleure compréhension des enjeux liés aux DSSR des adolescent·e·s et des engagements pris par le Mali ;
- Apporter aux acteurs de la société civile des compétences en matière de plaidoyer et une meilleure compréhension des rouages administratifs.

Limites

- Opposition des détenteurs d'enjeux (comités religieux) pouvant bloquer l'adoption des lois.

IV. Bibliographie

- **Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT), Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT).** Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM V) 2012-2013, Bamako, Mali, mai 2014.
- **Cellule de Planification et de Statistiques du secteur santé, développement social et la promotion de la famille (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT).** Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2009 - 2010, Bamako, Mali, juillet 2013.
- **Equilibres & Populations, Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Niger, analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA,** septembre 2014.
- **Equilibres & Populations, Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Togo, analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA,** septembre 2014.
- **Equilibres & Populations, Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Bénin, analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA,** septembre 2014.
- **Institut National de Statistique (INSTAT).** Recensement général de la population et de l'Habitat du Mali (RGPH) 2009, Mali, décembre 2011.
- **Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la Famille, Ministère de la Santé du Mali, ONU Femmes.** Rapport de l'étude sur les violences faites aux femmes en milieu hospitalier au Mali, Mali, octobre 2015.
- **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Direction nationale de la Santé.** Plan d'action multisectoriel santé des adolescents et des jeunes 2017-2021, Mali.
- **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Direction nationale de la Santé.** Plan d'action national de planification familiale du Mali 2014-2018, Mali, mars 2014.
- **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.** Plan stratégique de la reproduction 2014-2018, Mali, février 2014.
- **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.** Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction et des produits sanguins au Mali : période 2014-2018, Mali, décembre 2013.
- **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Ministère du Travail et des Affaires Sociales et Humanitaires, Ministère de la Promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant.** Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 2014-2023, Mali.
- **Nations-Unies.** Assemblée générale, Rapport du Haut-Commissariat des Nations-Unies aux droits de l'homme, 18e session, A/HCR/18/27, « Pratiques pour l'adoption d'une approche de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles évitables fondée sur les droits de l'homme », juillet 2011.
- **ONU Femmes.** Rapport consolidé « Liens entre violences faites aux femmes et santé maternelle : cas de 7 pays en Afrique Subsaharienne et en Haïti, juin 2015. Stratégie du Cluster Protection - Mali, Mars 2017

V. Annexes

Annexe 1

Termes de référence de l'étude

I - Analyse des termes de référence de la mission

Selon notre compréhension des termes de référence, deux études complémentaires se distinguent dans la commande de l'UNFPA.

- **Une étude principale** qui s'inscrit dans la dynamique portée par l'UNFPA à Cotonou en 2012 visant à changer les stratégies et approches programmatiques afin de faire avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du fonds de solidarité prioritaire Muskoka. Cette étude fera état des initiatives nationales, plans nationaux, lois et différents programmes qui prennent en compte et/ou sont à destination des adolescentes.
- **Une étude complémentaire**, plus spécifique, qui portera sur l'analyse critique des contenus de deux actions mises en œuvre par l'UNFPA Mali en direction des adolescentes et des jeunes : l'éducation par les pairs et les émissions radiophoniques. L'analyse de ces deux cas pratiques permettra d'en dégager les forces et les faiblesses pour renforcer les messages en direction des jeunes et adolescentes. Equipop mènera ces deux études conjointement mais de manière indépendante. Les études donneront lieu à deux rapports.

1.1. Notre compréhension du contexte de l'étude principale

L'UNFPA fait du soutien aux jeunes et aux adolescentes une de ses priorités. Les « quatre clefs » de l'UNFPA pour ouvrir des perspectives aux jeunes sont les suivantes : intégrer les

questions concernant les jeunes dans les stratégies de développement national et de réduction de la pauvreté ; élargir l'accès à une éducation à la santé sexuelle et reproductive qui soit soucieuse d'égalité des sexes et qui encourage la préparation à la vie active ; promouvoir un ensemble minimal de services de santé et de produits destinés aux jeunes ; et encourager le leadership et la participation des jeunes. Ces orientations sont clairement affichées et déclinées dans sa stratégie 2014-2017, qui est le cadre de référence pour développer les programmes et partenariats dans chaque pays où intervient le Fonds. Par ailleurs, l'UNFPA a saisi l'occasion de l'initiative française Muskoka (2011-2015) qui vise à accélérer l'atteinte des OMD 4, 5 et 6 dans les pays dont les indicateurs restent faibles et dans laquelle il est impliqué avec 3 autres agences onusiennes (OMS, UNICEF et ONU FEMMES) pour renforcer ses moyens et faire avancer concrètement une meilleure prise en compte des adolescentes dans les projets.

En 2012, à l'initiative de l'UNFPA, a été organisé un atelier sous-régional H4+ par les 4 agences onusiennes à Cotonou. L'objectif était de faire émerger des propositions concrètes à intégrer dans les plans d'action du Fonds de Solidarité Prioritaire / Muskoka en Afrique de l'Ouest afin de s'assurer que les adolescentes bénéficient de manière effective des programmes de santé sexuelle et reproductive. A l'issue de cette rencontre, à laquelle ont activement pris part plusieurs délégations d'Afrique francophone, dont le Mali, des conclusions ont été formulées et des engagements ont été pris.

Dans la continuité de cet atelier, en 2013, en collaboration avec le bureau régional de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, la division technique de l'UNFPA a contractualisé avec Equilibres & Populations pour réaliser une analyse des plans nationaux et des différents programmes permettant de souligner les opportunités et les défis pour la poursuite et l'accélération des changements initiés en faveur des filles dans les pays 'Muskoka' en ligne avec les conclusions du Bénin. En 2013/

2014, 3 pays ont fait l'objet de cette analyse qui a donné lieu à trois rapports et à des recommandations contextualisées : le Niger, le Togo et le Bénin. Le Mali étant un des pays bénéficiaires de l'initiative Muskoka et dans lequel la situation des adolescentes mérite une attention particulière, le bureau pays de l'UNFPA souhaite y mener une analyse similaire.

Éléments de contexte de la DSSR des adolescentes au Mali

Les grossesses précoces, grossesses non désirées et avortements à risque sont fréquents chez les adolescentes maliennes du fait de la précocité des premiers rapports sexuels, de l'insuffisance d'accès aux informations et aux services de planification familiale et à de nombreux autres facteurs d'ordre économique et socio-culturel.

Selon l'Étude démographique et de santé V (EDSM V) de 2013, on constate une fécondité précoce relativement élevée (172 ‰ à 15-19 ans), qui augmente très rapidement pour atteindre son maximum à 25-29 ans (272 ‰).

Selon l'EDSM V, l'âge d'entrée en union chez les adolescentes et les jeunes maliennes est précoce : parmi les femmes âgées de 25 à 49 ans, une femme sur cinq (20 %) était déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans. La moitié des femmes (50 %) étaient déjà en union avant 18 ans.

Parmi les femmes de 25 à 49 ans, 21 % avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans contre seulement 5 % des hommes de la même tranche d'âge.

Au Mali, selon l'EDSM V, la prévalence du VIH/Sida chez l'ensemble des jeunes de 15 à 24 ans est de 0,8 %. En désagrégeant ce pourcentage entre femmes et hommes, on obtient une prévalence de 1,1 % chez les jeunes femmes et 0,3 % chez les jeunes hommes, correspondant à un ratio jeune femme/jeune homme de 3,7. Cela signifie que, dans ce groupe d'âge, 370 jeunes femmes sont infectées pour 100 jeunes hommes. Ce ratio est beaucoup plus élevé que pour l'ensemble de la population de 15-49 ans (ratio de 1,6).

Objectif de l'étude principale

La présente étude s'inscrit en appui à la dynamique lancée par l'UNFPA en 2012 à Cotonou. Elle aura pour but d'identifier, à travers l'analyse des politiques, programmes, lois et stratégies à l'échelle nationale, les opportunités et les défis pour la poursuite et l'accélération des changements initiés en faveur des adolescentes au Mali. Cette étude aboutira à l'élaboration de dix

recommandations pour une amélioration durable du statut et de la santé sexuelle et de la procréation des adolescentes au Mali.

1.2. Les questions évaluatives et objectifs qui guideront notre analyse

Les questions évaluatives qui guideront l'analyse sont :

- Quelles sont les stratégies et les actions à fort impact à privilégier et à soutenir pour améliorer et adapter l'offre de soins et de services aux besoins spécifiques des adolescentes, et agir efficacement pour un changement social bénéficiant aux jeunes filles et à l'amélioration de leur statut et de leur santé à long terme ?
- Quel rôle spécifique peut avoir l'UNFPA dans la prise en compte des spécificités nationales dans les programmes et politiques et dans le soutien et le renforcement des programmes des autres intervenants ?

L'étude visera plus spécifiquement les objectifs ci-dessous :

1. Apprécier le degré de prise en compte des adolescentes dans les politiques et l'arsenal juridique national ;
2. Identifier les différents acteurs intervenant dans le domaine de la SRAJ, de la jeunesse mais aussi de l'éducation, des droits des femmes et des filles et de l'égalité femmes-hommes et apprécier les actions au regard de la place et de la prise en compte des adolescentes et de leur contribution à la théorie du changement ;
3. Identifier les principales forces et faiblesse des programmes, stratégies et actions pertinents ainsi que des dispositifs existants au regard de la cible « adolescentes » et des éléments de la théorie du changement (données, lois, éducation sexuelle, service de santé, changement social et renforcement de l'empowerment des filles) ;
4. À partir de l'existant et des opportunités, formuler des recommandations stratégiques et opérationnelles visant à nourrir le développement de nouvelles approches et la révision des programmes en cours et à venir.

1.3. Étude complémentaire à réaliser

En complément de l'étude principale, l'UNFPA souhaite qu'Equipop effectue une analyse critique plus spécifique du contenu de deux types d'activités menées au cours des années précédentes :

- La stratégie de l'éducation par les pairs ;
- Une série d'émissions produites et diffusées sur les radios « Voix des jeunes ».

Objectif de l'étude complémentaire :

Analyser les forces et les faiblesses des contenus des activités de l'éducation par les pairs et des émissions radiophoniques à destination des jeunes et adolescentes.

Mode opératoire :

Equipop analysera la qualité et la pertinence des messages et des outils utilisés en direction des jeunes et des adolescentes pour les deux activités :

- Paire éducation : modules de formation, outils et grilles de recueil d'informations, kits et manuels de sensibilisation.
- Émissions radiophoniques : échantillon d'émissions radiophoniques, messages adressés aux jeunes, planification et organisation des émissions, niveau de participation des bénéficiaires.

Equipop délivrera ensuite des recommandations visant l'amélioration des contenus de ces deux activités. Cette étude complémentaire fera l'objet d'un rapport spécifique d'une vingtaine de pages qui se trouvera en annexe de la version imprimée de l'étude principale.

1.4. Nos atouts pour répondre à vos attentes

Un regard diagnostic

Equipop intervient en tant qu'organisme de la société civile en appui aux acteurs du développement actifs dans les domaines de la santé et plus spécifiquement de la santé et des droits sexuels et reproductifs en Afrique subsaharienne depuis plus de 20 ans. Au cours de la dernière décennie, Equipop a orienté son action et ses interventions en direction des jeunes et les adolescent·e·s en

intégrant une forte composante « recherche » et, toujours en étroite collaboration avec les ministères de lignes et les autres organismes de développement. En 2013/2014, Equipop a conduit 3 analyses relatives à la prise en compte des DSSR des jeunes et des adolescentes en partenariat avec l'UNFPA au Bénin, Niger et Togo.

Ainsi pour mener à bien cette mission, Equipop s'appuiera sur :

- une excellente connaissance des problématiques et enjeux socio-sanitaires liés aux adolescentes ;
- une maîtrise pointue des contraintes et besoins spécifiques de cette tranche de la population ;
- une compréhension fine des acteurs (organismes de développement, partenaires au développement, institutions et ministères, société civile) impliqués dans les secteurs de la santé et de l'éducation ;
- une bonne capacité à apprécier l'effectivité concrète des programmes et la capacité des interventions à toucher les adolescentes ;
- une bonne connaissance du système de santé malien et de l'environnement institutionnel du pays ;
- Une forte sensibilité aux aspects environnementaux et notamment ceux relatifs aux pratiques et représentations sociales ainsi qu'aux croyances qui peuvent être des facteurs freinant l'amélioration de la santé et du statut des jeunes et des adolescentes.

Une intervention au Mali depuis plus de 10 ans

Plus spécifiquement, il est à noter qu'Equipop développe au Mali, depuis 2002, un programme holistique et intégré visant la promotion de l'abandon des mutilations sexuelles féminines dans la région de Kayes. L'intervention d'Equipop au Mali, depuis plus de 10 ans, a permis d'acquérir une connaissance solide du contexte socio-économique et sanitaire, des acteurs associatifs et étatiques agissant dans les domaines socio-sanitaires et de tisser des liens étroits avec les bureaux nationaux de l'UNFPA et de l'UNICEF.

Depuis 2015, Equipop a étendu au territoire malien le projet « Alliance Droits et Santé ». Ce projet vise à améliorer les droits et la santé sexuels et reproductifs, en particulier l'accès à la contraception des femmes et adolescentes dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal). Les membres de l'Alliance allieront de façon innovante mobilisation politique et mobilisation sociale afin de renforcer les engagements politiques et financiers des gouvernements et collectivités locales.

Un regard prospectif

Au delà de l'identification et de l'analyse critique des programmes et initiatives existantes, il s'agit de faire des recommandations et des propositions argumentées pour améliorer/ renforcer la prise en compte des besoins des jeunes et des adolescentes. Equipop étudie et anticipe l'évolution du contexte malien pour y développer ses actions et entretient des relations partenariales avec de nombreux PTF. Aussi, Equipop a les capacités de saisir rapidement des opportunités qui se présentent avec des initiatives en démarrage ou à venir et de proposer des recommandations actualisées.

Une démarche participative et inclusive

Une des forces d'Equilibres & Populations est d'être en capacité de faciliter et d'impulser le dialogue et les échanges entre les acteurs de développement intervenant à différents niveaux et de promouvoir la participation active et effective des partenaires aux réflexions. Ces modes d'intervention, s'ils nécessitent énergie et temps, sont des préalables à l'appropriation large des résultats des études et contribuent à créer un environnement favorable à la mise en œuvre des recommandations.

II - Proposition méthodologique

2.1. Proposition technique détaillée

ETAPE 1

Cadrage de la mission

Suite à la signature du contrat, une réunion de cadrage sera organisée par conférence téléphonique avec l'équipe de l'UNFPA Mali et l'équipe de consultants. Cette phase sera également consacrée à la collecte des documents programmatiques et des études existantes auprès des organismes concernés (Ministères, agences onusienne, PTF). A l'issue de la phase de cadrage, une révision ou adaptation du plan de travail et du calendrier pourra être effectuée en concertation avec l'UNFPA.

Lors de cette étape et afin de garantir la qualité de l'intervention et d'éviter tout retard, la facilitation de l'UNFPA pour appuyer la transmission des documents en leur possession et de ceux des ministères partenaires est essentielle.

• Livrable :

Note de cadrage incluant un chronogramme et un plan de travail révisés

ETAPE 2

Identification de l'échantillon et préparation de la mission de récolte des données

A la suite de l'étape de cadrage et parallèlement à la revue documentaire, une courte mission de terrain d'une consultante permettra d'identifier et de prendre contact avec les parties-prenantes de l'étude. Cette mission permettra également de récolter, sur place, la documentation complémentaire à la revue documentaire.

Cette mission permettra également d'identifier les sites à visiter pour l'étude complémentaire.

• **Livrable :**

Liste des personnes/ organismes à interviewer

Liste des documents complémentaires

Liste des sites à visiter

ETAPE 3

Revue documentaire

A partir de l'analyse de la documentation compilée, des études déjà réalisées sur le sujet et d'éventuelles interviews préalables, une liste d'initiatives, de politiques, lois et de programmes à étudier selon les critères proposés et les outils d'analyse sera établie.

• **Livrable :**

Liste des initiatives, politiques, lois et programmes à analyser

ETAPE 4

Elaboration des outils de collecte et d'analyse des données

Pour l'étude principale, Equipop élaborera les outils de collecte et d'analyse des données: guides d'entretien, grilles d'analyse des programmes et politiques, mapping des acteurs, des programmes et politiques...

Pour l'étude complémentaire, Equipop élaborera les grilles d'analyse des contenus des deux programmes spécifiques.

• **Livrable :**

Outils de collecte et d'analyse des données de l'étude principale et de l'étude complémentaire

ETAPE 5

Mission de collecte des données

Une mission au Mali de deux consultant(e)s sera conduite pour collecter les informations sur les initiatives, politique, lois et programmes identifiés. Cette mission comprendra notamment :

- Deux réunions de travail avec l'UNFPA Mali ;
- Deux rencontres multi-acteurs (organisées avec l'appui de l'UNFPA Mali) ;
- Des entretiens avec les responsables et les coordinateurs de programmes ;
- Des visites de sites (à Bamako) en vue de l'analyse des programmes d'éducation par les pairs et des émissions radiophoniques sur les radios « Voix des jeunes ».

N.B : L'UNFPA mettra à la disposition d'Equipop toutes les données et la documentation nécessaire à l'analyse critique de l'éducation par les pairs et des émissions radiophoniques.

• **Livrable :**

Compte-rendu des rencontres

Compte-rendu des réunions avec l'UNFPA Mali

Notes d'analyse des programmes identifiés

Compte-rendu des visites de sites

ETAPE 6

Analyse des données de l'étude principale et de l'étude complémentaire et rédaction des rapports préliminaires

A partir des données collectées, l'analyse permettra d'identifier des opportunités à saisir et des gaps à combler à différents niveaux : données et études, environnement législatif et politique, dispositif d'information et de communication, offre de services, travail avec les communautés. A partir de cette analyse, l'étude proposera dix recommandations d'action que l'UNFPA pourra être amenée à soutenir ou à mener dans les programmes en cours et à venir.

• **Livrable :**

Rapport intermédiaire de l'étude principale (environ 60 pages)

Rapport intermédiaire de l'étude complémentaire (environ 20 pages)

ETAPE 7

Partage des rapports préliminaires, recueil des commentaires et rédaction des rapports finaux

Une fois les rapports préliminaires partagés avec les parties-prenantes, des réunions et entretiens à distance permettront de discuter du contenu et de récolter les commentaires et observations. A partir de ces échanges, les rapports seront revus, finalisés et envoyés à l'UNFPA pour validation.

- **Livrable :**

Rapport final de l'étude principale
(environ 60 pages)

Rapport final de l'étude complémentaire
(environ 20 pages)

ETAPE 8

Préparation de la restitution

La restitution des deux études sera préparée en amont par Equipop. Equipop préparera le contenu de l'atelier de diffusion des résultats des études à travers l'élaboration de diapositives de présentation et de fiches récapitulatives. Equipop préparera aussi une séance de travail avec les parties-prenantes sur la prise en compte des recommandations à la suite de l'étude. Enfin, Equipop préparera la tenue de rencontres parallèles dans le but de promouvoir spécifiquement l'étude auprès de certains partenaires techniques et financiers.

- **Livrable :**

Diapositives de présentation
Fact sheet/ résumé de l'étude

ETAPE 9

Restitution

La restitution aura lieu une fois les rapports finaux validés. Elle fera l'objet d'une seconde mission de terrain de deux consultantes. Elle sera organisée en concertation avec l'UNFPA et réunira au moins les principaux contacts au niveau des agences des Nations-Unies, les représentants des ministères de ligne et les principaux PTF. D'autres participant-e-s pourront être invité-e-s au regard des résultats de l'analyse (en particulier les personnes et organisations impliquées dans le ou les initiatives sélectionnées). Cette restitution permettra de diffuser largement les résultats des études.

- **Livrable :**

Compte-rendu de la restitution

ETAPE 10

Edition et coordination de la publication de l'étude

A la demande de l'UNFPA Mali, Equipop sera en charge de l'édition et de la publication de l'étude. Ce travail comprendra la relecture complète, la mise en page de l'étude, la collaboration avec un graphiste ainsi que le suivi de l'impression des livrets.

- **Livrable :**

Livret final de l'étude principale avec en annexe l'étude complémentaire

Annexe 2

Atelier – Rencontre H4+ : Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du Fonds de Solidarité Prioritaire Muskoka 15-17 Novembre – Cotonou Benin

Synthèse de l'atelier

Situation des filles adolescentes dans nos pays

- Les filles adolescentes n'ont pas d'informations correctes et mises à jour sur la santé sexuelle et reproductive.
- Les filles adolescentes n'ont pas accès aux services de santé sexuelle et reproductive dont elles ont besoin, particulièrement dans le domaine de la contraception.
- Les droits des filles adolescentes ne sont pas toujours protégés par les lois et les politiques. Lorsque ces lois et politiques existent, elles sont rarement appliquées.
- Il existe un manque de prise de conscience, dans les communautés, des discriminations dont les filles adolescentes sont l'objet.
- Certaines normes sociales des communautés empêchent les filles de participer de façon autonome aux décisions qui concernent leur vie affective et sexuelle ce qui peut entraîner des mariages précoces, des grossesses non désirées et des avortements provoqués et dangereux.
- Les filles adolescentes sont confrontées à des normes sociales qui mettent leur santé sexuelle et reproductive en danger - du mariage précoce à l'infection au VIH, à la pression d'avoir des relations sexuelles avant le mariage, ou en échange d'argent ou de faveurs.
- Tous ces facteurs accentuent la vulnérabilité des filles adolescentes. Certaines font face à des situations de vulnérabilité accrue, telles que les filles ne vivant pas avec leurs parents, celles quittant l'école prématurément, celles qu'on force à se marier très tôt, et celles qui pratiquent le travail sexuel.

Filles adolescentes et OMD 4 et 5 :

- Les filles adolescentes représentent une large proportion de la population de nos pays. Les filles adolescentes contribuent de façon substantielle aux hauts niveaux de fécondité dans nos pays, et aux niveaux élevés de mortalité maternelle et de morbidité, y compris les avortements dangereux et les fistules.
- Pour toutes ces raisons, donner la priorité aux filles adolescentes est absolument indispensable pour atteindre les OMD 4 et 5. Prendre en compte les filles adolescentes est important pour achever tous les OMD, y compris 1, 3, 4 et 6.

Nous travaillerons à :

Rénover nos approches

Changer nos stratégies, approches programmatiques et pratiques de travail dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des filles adolescentes, pour fonder nos approches sur des approches dont l'efficacité a été prouvée, qui ont le potentiel de faire une véritable différence dans la vie des filles, et qui sont adaptées aux spécificités de chaque pays.

Données

1. Rassembler, analyser et utiliser des données démographiques, épidémiologiques, socio-anthropologiques et de suivi des programmes afin que nos politiques et programmes nationaux et sous-nationaux à l'attention des filles adolescentes soient renseignés par des données correctes et récentes.

Politiques et lois

2. Formuler des lois et politiques pour protéger les filles adolescentes et permettre qu'elles développent tout leur potentiel.

Éducation à la sexualité

3. Fournir aux adolescentes filles information et éducation de qualité et non moralisante sur la santé sexuelle et reproductive, en utilisant les ressources disponibles dans le pays (y compris écoles - dès le primaire - et collège pour atteindre les adolescents à l'école, et les ONG pour atteindre les adolescents déscolarisés).

Services de santé sexuelle et reproductive

4. Assurer l'accès des adolescentes filles à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité, particulièrement l'accès aux soins de la contraception, en s'assurant que les services de santé soient adaptés aux adolescents et répondent aux besoins du plus grand nombre (couverture).

Travail avec les parents

5. Renforcer les capacités des parents pour soutenir leurs adolescents dans la transition de l'enfance vers l'âge adulte.

Changement social

6. Impulser un changement durable en appuyant l'adoption d'habitudes sociales et de lois plus favorable pour les jeunes filles en particulier en situation de vulnérabilité à travers :

- La création d'une alliance nationale qui inclut les gouvernements locaux, communautés et ONG pour défendre les droits des filles adolescentes ;
- Une mise en œuvre de stratégies de mobilisation sociale qui comprennent des débats communautaires, le plaidoyer de soutien des parties prenantes - en particulier les associations professionnelles, les chefs religieux, les jeunes et la société civile sur les besoins et les droits des filles adolescentes, et la responsabilité des familles, des communautés, et de la société dans son ensemble pour répondre à ces besoins et protéger ces droits
- En soutenant les associations et groupements qui interviennent déjà auprès des jeunes pour qu'ils agissent en faveur des jeunes filles (défense des droits des adolescentes et amélioration significative de l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité.)
- Valoriser les engagements des communautés, décideurs et acteurs de terrain pour changer les habitudes sociales des communautés (par ex. mariage précoce, MGF).

Il existe déjà des activités en direction des adolescentes dans nos pays. Nous analyserons les leçons apprises et renforcerons ce qui est déjà fait et dirigerons nos activités vers les filles elles-mêmes (et pas seulement sur les structures nationales), pour un impact à court et moyen terme.

Nous utiliserons les ressources humaines, les systèmes et les structures existantes. Nous ferons tout notre possible pour construire sur l'existant.

Annexe 3

Le processus de recrutement et de sélection des jeunes filles en situation de vulnérabilité

La problématique

Les adolescentes en situation de vulnérabilité, sont oubliées ou difficilement accessibles dans les politiques et les programmes de développement. Parmi ces filles laissées pour compte, les choix des équipes pays se sont portés sur les plus à risque dans leurs contextes. Sur chaque site, des groupes d'une vingtaine de filles ont été formés. Ceci a permis à certaines de sortir de leur isolement social et à d'autres de mieux maîtriser la densité de leur réseau social. La constitution de ces groupes a permis la construction d'une identité individuelle et collective et a favorisé le suivi de cette expérience pilote.

L'objectif visé par l'action

L'objectif du processus de sélection vise à former des groupes de filles en vue de leur empowerment pour une meilleure maîtrise de leur santé sexuelle et reproductive.

Les éléments du contexte à prendre en compte

Ce sont essentiellement les contraintes sur lesquelles il faut agir pour favoriser la SSR des jeunes filles et mener à bien le processus de leur empowerment. Cinq contraintes majeures ont été identifiées : la dimension taboue de la sexualité, l'isolement social des filles, le triple statut des adolescentes (jeune / fille / mère) qui est aussi une cumulation de handicaps, le manque de temps des jeunes filles lié à leurs activités professionnelles et domestiques, les représentations des adolescentes qui attendent des retombées matérielles et financières des projets.

En s'adressant à des jeunes filles en situation de vulnérabilité, âgées de 10 à 19 ans, il est essentiel de préciser les critères de vulnérabilité et de différencier les filles du projet en fonction des réalités de chaque site. Dans le cadre du projet, les profils ont été ainsi différenciés : au Niger des filles âgées de 12 à 14 ans non scolarisées ou déscolarisées à risque de migration ; au Bénin et au Burkina Faso des filles mariées, des vendeuses ambulantes, des employées de maison non scolarisées ou déscolarisées. La différence entre ces deux pays concerne l'âge des filles (de 12 à 17 ans au Bénin, de 13 à 17 ans au Burkina Faso).

Les étapes du processus

L'identification

- › Rencontre des filles dans les espaces publics (marché, routes, églises)
- › Recours aux dépositaires d'enjeux et aux partenaires des OSC (groupements, ONG, etc.)
- › Stratégie du porte à porte et visites à domicile
- › Mobilisation du réseau social des animatrices endogènes
- › Recours au réseau des filles elles-mêmes

Le recrutement

- › Elaboration d'un discours de recrutement
- › Construction participative des outils de recrutement (grilles de vulnérabilité)
- › Sélection des filles par l'équipe (un comité est mis en place, formé de l'ensemble de l'équipe)
- › Entretien avec les personnes en charge des filles (tuteurs-trices, parents-es, beaux parents, maris) pour négocier leur accord pour la participation des filles
- › Constitution des dossiers des filles
- › Assemblée générale communautaire et feedback aux filles non sélectionnées

Les méthodes pour « approcher » la cible

Démarche

- › Une stratégie d'approche individuelle
- › Une stratégie d'approche communautaire
- › Une stratégie de mobilisation à travers les réseaux des filles

Outils

- › Grille de vulnérabilité
 - › Guide d'entretien
 - › Photos et fiches individuelles
-

Les acteurs-trices mobilisés-es

- › Les animateurs-trices endogènes et le staff technique
 - › Les détenteurs d'enjeux (leaders femmes, leaders religieux, responsables des marchés, etc.)
 - › Les jeunes
 - › Les maris
 - › Les parents-es ou les tuteurs-trices
-

Les écueils à éviter

- › La notion de projet : adapter la terminologie du mot « projet » pour que les communautés ne s'attendent pas à des avantages matériels et financiers
 - › La complexité des concepts : adapter les concepts clé du projet dans le discours (SSR, empowerment)
 - › Les besoins immédiats : bien inscrire l'action dans les intérêts stratégiques des jeunes filles et ne pas apporter des réponses principalement centrées sur les attentes et besoins des filles et des communautés
-

Les principales leçons issues de l'expérience

- › Il est extrêmement difficile de toucher les jeunes filles âgées de 10 à 12 ans. Il apparaît nécessaire d'avoir une stratégie différenciée pour cette classe d'âge au sein même des jeunes adolescentes
- › L'élaboration des cartes sociales révèle souvent un nombre important de jeunes filles en situation de vulnérabilité. Il est nécessaire de développer des activités qui ont un effet démultiplicateur
- › Le processus de recrutement des jeunes filles prend du temps et a un impact sur le démarrage effectif des activités de renforcement des capacités

Fiche méthodologique « Identification et recrutement des jeunes filles en situation de vulnérabilité » extraite du Rapport de capitalisation du programme « Défi Jeunes : une approche de promotion de la demande des adolescentes en services de santé sexuelle et de la procréation (Bénin, Burkina Faso, Niger) »

Annexe 4

Théorie du changement Réduction des grossesses précoces

Comportement des adolescents directement lié aux objectifs de santé

- Entrée précoce en sexualité
- Non utilisation de produits de contraception-prévention
- Rapports à risque

Objectifs secondaires

- Réduction de la morbi-mortalité maternelle
- Réduction de la mortalité infantile
- Augmentation de la durée de scolarité des adolescentes
- Amélioration du bien être psychologique, physique et social des adolescentes

Objectifs de santé

- Réduction des grossesses précoces désirées et non désirées
- Réduction des IST et des infections à VIH - Sida des adolescentes

Interventions pour le changement

- 1.1.** Offrir une éducation sexuelle complète avant la puberté pour tous les adolescent-e-s scolarisé-e-s et non scolarisé-e-s
- 1.2.1** Améliorer les relations entre les adolescentes et les prestataires de services
- 1.2.3** Développer les réseaux d'aide à distance (lignes d'écoute) gratuits et anonymes
- 1.3.1** Renforcer l'estime de soi et le pouvoir de négociation des adolescentes
- 1.3.2** Sensibiliser et éduquer les garçons à l'égalité et au respect de tous et toutes dès le plus jeune âge
- 1.4.1** Promouvoir la rescolarisation, l'alphabétisation fonctionnelle et/ou la formation professionnelle des filles déscolarisées
- 1.4.2** Favoriser le leadership des adolescentes dans les instances de concertation et de décision au niveau national et local
- 1.4.3** Développer les réseaux sociaux des adolescentes

- 2.1** Soutenir la parentalité
- 2.2 / 2.3** Développer des mesures incitatives pour le maintien des filles à l'école (campagnes de communication, médiation sociale, appuis financier ou matériel)
- 2.4** Informer et mobiliser pour l'abandon du mariage précoce
- 2.4** Développer les réseaux sociaux des adolescentes

- 3.1.1** Sensibiliser et former le personnel sanitaire, éducatif, social, policier et judiciaire aux problématiques spécifiques des adolescentes et à leurs droits
- 3.1.2** Faire des établissements sanitaires, éducatifs, sociaux, policiers et judiciaires des endroits sûrs pour les adolescentes et/ou développer des espaces sûrs au sein des communautés pour les adolescentes

- 4.1** Soutenir le dialogue communautaire autour des droits sexuels et de la reproduction des jeunes et plus largement autour des violences
- 4.2** Créer au sein des communautés des réseaux de personnes ressources formées pour veiller à la défense des droits des filles et des adolescentes
- 4.3** Vulgariser et promouvoir les droits humains

- 5.1** Systématiser la production d'indicateurs et de données sexo-spécifiques et désagrégés par tranche d'âge dans les études et programmes
- 5.2** Favoriser la prise en compte des besoins des adolescentes dans l'ensemble des politiques et programmes et l'attribution de part plus importante du budget à des actions spécifiques pour les adolescentes
- 5.3** Renforcer la collaboration entre les différents secteurs / services (socio-sanitaire, juridique, policier) pour apporter un soutien concret aux filles victimes de violences

- 6.1.1** Médiatiser les initiatives et dynamiques de changement positif en faveur des droits des filles et des femmes
- 6.1.2** Favoriser l'émergence et la mise en réseaux de «champions» de la cause des adolescentes (décideurs, personnalités publiques, leaders traditionnels)

Déterminants des comportements

Au niveau des adolescentes

- 1.1 Faibles connaissances sur le corps et la sexualité
- 1.2 Faible utilisation des services et produits de santé sexuelle et reproductive et plus largement des services sanitaires et sociaux
- 1.3 Faible capacité à refuser des rapports sexuels ou à négocier des rapports sexuels à moindre risque
- 1.4 Faible pouvoir décisionnel concernant leur santé sexuelle et reproductive et leur choix de vie en général

Au niveau du milieu de vie

Au niveau de la famille

- 2.1 Faible capacité des parents à accompagner leurs enfants dans leurs vies affectives et sexuelles
- 2.2 Non scolarisation ou déscolarisation précoce des filles pour des raisons économiques ou culturelles
- 2.3 Placement ou incitation au travail des filles/adolescentes comme stratégie de survie économique
- 2.4 Valorisation du mariage précoce pour protéger les adolescentes des relations sexuelles prémaritales et/ou pour des raisons économiques
- 2.5 Limitation de la mobilité des adolescentes et contrôle de leur temps en raison de l'importance de la virginité avant le mariage

Au niveau des services

- 3.1 Faibles capacités des services sanitaires, éducatifs, sociaux, policiers et judiciaires à répondre de manière adaptée aux besoins spécifiques des adolescentes

Au niveau de la communauté

- 4.1 Importance des tabous liés à la sexualité hors mariage et à la contraception
- 4.2 Violences, en particulier violences sexuelles et harcèlement des adolescentes en milieu scolaire et extrascolaire
- 4.3 Mauvaise connaissance et non adhésion aux lois protégeant les femmes et les enfants

Au niveau de l'environnement global

- 5.1 Insuffisance de données désagrégées par sexe et par âge / manque de connaissances des problématiques spécifiques des adolescentes
- 5.2 Insuffisance des investissements en direction des adolescentes
- 5.3 Faiblesse du dispositif répressif en cas de violences à l'égard des adolescentes

Déterminants transversaux

- 6.1 Existence de stéréotypes et de préjugés sexistes et gérontocrates largement véhiculés à tous les niveaux de la société
- 6.2 Pauvreté

Équilibres & Populations

Créée en 1993, par des médecins et des journalistes dans le contexte de la conférence internationale sur la population et le développement du Caire, Équilibres & Populations travaille à améliorer les conditions de vie et le statut des femmes, facteur essentiel d'un développement durable et juste.

Citation suggérée :

Santé et Droits sexuels et de la Procréation des Adolescentes au Mali - Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA, Équilibres & Populations, 2017

Crédits

Coordination générale

Aurélie Gal-Régniez

Equipe de recherche

Dominique Pobel, Aurélie Hamelin-Desrumaux, Juliette Manaud

Rédaction

Aurélie Hamelin-Desrumaux
& Juliette Manaud

Secrétariat de rédaction

Elise Fouillet & Isma Benboulabah

Secrétariat d'édition

Marguerite Bannwarth

Création : Jean-Luc Gehres

www.welcomedesign.fr

Impression :

Simon Graphic, Ornans

Ce document est imprimé
sur du papier certifié.

Cette étude à l'initiative de l'UNFPA, sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescentes au Mali, fait suite aux études conduites par Équilibres & Populations au Bénin, Niger et Togo. À partir d'une analyse des différents plans et programmes nationaux, elle tente d'identifier les opportunités et les défis pour améliorer durablement la santé et les droits sexuels et de la procréation des adolescent·e·s dans le contexte malien. Quelles sont les stratégies et les actions à fort impact à privilégier pour améliorer l'offre de soins et de services en direction de ce public spécifique ? Quel rôle particulier peut jouer l'UNFPA dans le contexte malien ? Cette étude, conduite participativement, aboutit à l'élaboration de onze recommandations pour une amélioration durable du statut et de la santé sexuelle et de la procréation des adolescentes au Mali.

Équilibres & Populations

www.equipop.org
info@equipop.org

Siège

6 rue de la Plaine
75020 Paris - France
Tél : +33 (0)1 74 01 71 24
Fax : +33 (0)1 74 01 71 25

Bureau Afrique de l'Ouest

09 BP 1660 Ouagadougou 09
Burkina Faso
Tél / Fax : + 226 25 36 73 73