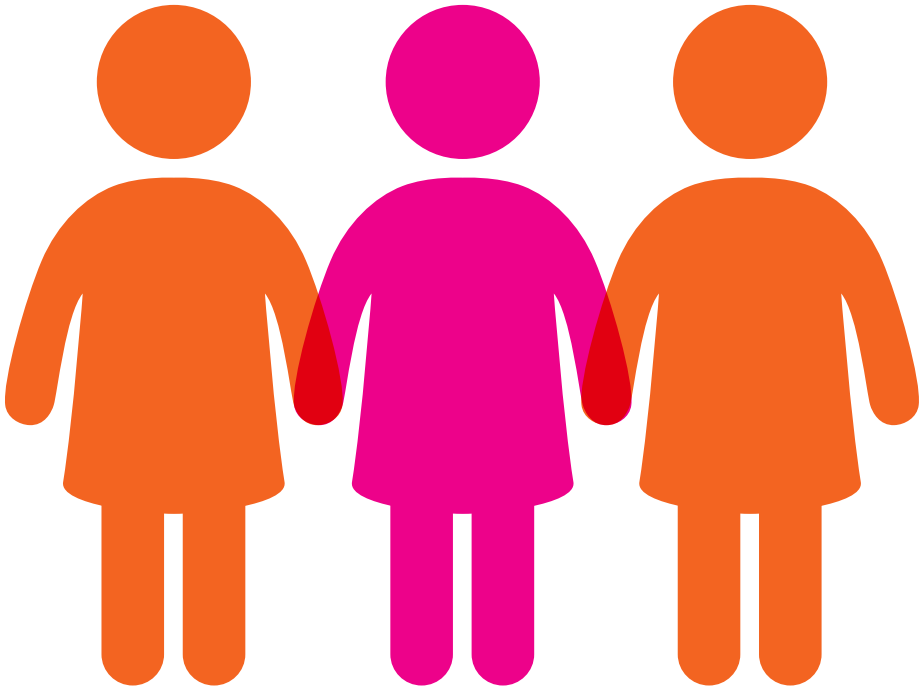
Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Niger

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

septembre 2014



EQUIPOP.ORG

Avec le soutien de

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES ET DU DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL

UNFPA

Remerciements

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

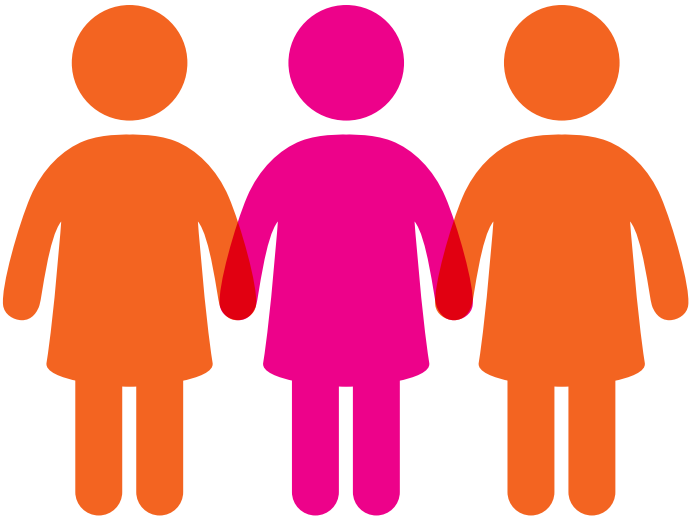
Nos remerciements s'adressent en particulier à Monique Clesca, représentante résidente de l'UNFPA Niger, qui nous a accordé sa confiance, a permis la franche collaboration de toute son équipe et a enrichi elle-même les recommandations de ce rapport.

Nous souhaitons aussi témoigner toute notre reconnaissance aux nombreuses personnes des ministères, des agences onusiennes et des ONG au Niger 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 adolescentes au Niger

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

septembre 2014



Sommaire

6 **Sigles & acronymes**

7 **I. Introduction**

7 **1.1. Justification du sujet**
8 **1.2. Cadre de l'étude et méthodologie**
8 1.2.1. Questions évaluatives et objectifs spécifiques
10 1.2.2. Méthodologie et déroulement de l'étude
11 **1.3. Contexte national et enjeux spécifiques**
11 1.3.1. Données socio-sanitaires sur les adolescentes nigériennes
12 1.3.2. Environnement législatif
13 1.3.3. Principales politiques et programmes

16 **II. Stratégies, actions et outils actuellement mis en œuvre**

16 **2.1. Données et études**
16 2.1.1. Principales données quantitatives et qualitatives
18 2.1.2. Des études peu convaincantes et peu utilisées
19 **2.2. Politiques et lois**
20 2.2.1. L'émergence d'une volonté de changement
21 2.2.2. Des acteurs politiques et civils réticents
22 **2.3. Education à la sexualité**
22 2.3.1. L'éducation sexuelle à l'école
24 2.3.2. L'information des jeunes par les jeunes
26 2.3.3. Le mentorat / la mère éducation
26 2.3.4. L'entourage / la transmission intergénérationnelle
27 2.3.5. Les médias
28 2.3.6. En termes de contenu
29 **2.4. Offre de services**
29 2.4.1. Les centres de santé intégrés
31 2.4.2. Les centres jeunes
38 **2.5. Mobilisation communautaire**
38 2.5.1. L'importance des normes sociales
39 2.5.2. Thématiques et portes d'entrée à privilégier selon les acteurs
39 2.5.3. Implication et responsabilisation des hommes
41 2.5.4. Déconstruction des stéréotypes sexistes et de genre
43 2.5.5. Implication des familles

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

45 **3.1. Observations générales**
45 3.1.1. Considérations relatives au contexte nigérien
46 3.1.2. Remarques sur le positionnement de l'UNFPA
47 **3.2. Dix propositions d'action à prioriser**

54 **IV. Références**

55 **V. Annexes**

55 **1. Projet MUSKOKA / UNFPA**
Proposition de TDR pour l'analyse des éléments de SSR des adolescents dans les politiques et programmes pays
57 **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
59 **3. 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
Théorie du changement : Réduction des grossesses précoces

Sigles & acronymes

AFJN	Association des Femmes Juristes du Niger
AN	Assemblée Nationale
ANBEF	Association Nigérienne pour le Bien Etre Familial
BIIAG	Because I Am A Girl
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CCEJ	Centre de Conseil et d'Ecoute pour les Jeunes
CEDEF	Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discriminations Envers les Femmes
CFDC	Centre de Formation et de Développement Communautaire
CFPF	Centre de Formation et de Promotion Féminine
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CNSR	Centre National de Santé de la Reproduction
CONGAFEN	Coordination des Organisations Non Gouvernementales et Associations Féminines Nigériennes
CONIDE	Coalition des organisations nigériennes pour les droits de l'enfant
CPAP	Country Programme Action Plan
CSI	Centre de Santé Intégrée
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
EDSN	Enquête Démographique et de Santé du Niger
EF	Economie Familiale
HPV	Human Papilloma Virus
INS	Institut National de la Statistique
LASDEL	Laboratoire d'Etude et de recherche sur les dynamiques sociales et le développement local
LASDEL	Laboratoire d'Etude et de Recherche sur les dynamiques sociales et le développement local
MIG	Maternité Issaka Gazobi
MM	Mortalité Maternelle
MP/PF/PE	Ministère de la Population / de la Promotion de la Femme / de la Protection de l'Enfant
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OSC	Organisation de la Société Civile
PDS	Plan de développement Sanitaire
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activité
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
Safem	Salon de l'Artisanat pour la Femme
SDSP	Santé et Droits Sexuels et de la Procréation
SAJ	Santé des Adolescents et des Jeunes
SEJUP	Service Educatif et Judiciaire Préventif
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
SWAA	Society for Women and AIDS in Africa
UNFPA	United Nations Population Fund / Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	United Nations Children's Fund
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. Introduction

1.1. Justification du sujet

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 (CIPD, OMD 4 et 5, 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 maternelles 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 SDSP reste très préoccupante, même si émerge une prise de conscience de la nécessité de mieux répondre à leurs besoins.

Au niveau mondial, 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et 2 millions de jeunes filles de moins de 15 ans accouchent chaque année, ce qui représente plus de 10% des naissances. Les adolescentes représentent 15% de la charge mondiale de morbidité maternelle et 13% de la mortalité maternelle. 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 à vih/sida contractées dans la tranche d'âge des 15-29 ans concernent les filles.

Paradoxalement, si les jeunes filles contribuent largement à la médiocrité des indicateurs des OMD 4, 5 et 6, on constate qu'elles sont sous-représentées dans la fréquentation des structures sanitaires et sont peu touchées par les programmes, 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 OMD 4, 5 et 6 progressent, y compris en Afrique sub-saharienne, 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 de conseils des adolescentes et jeunes femmes ou sont des obstacles pour qu'elles puissent faire respecter leur droits. C'est également une question de droits et de justice.

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 adolescents 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 à 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 plus grande et meilleure prise en compte des adolescentes dans les projets.
C'est ainsi à l'initiative de l'UNFPA qu'en 2012 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'actions 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 Togo, 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 soins de qualité, adaptés à leurs besoins, le lourd tribu qu'elles paient en termes de mortalité et morbidité maternelles (principalement à cause des grossesses précoces et/ou des conséquences des grossesses non désirées et des avortements à risque) ainsi que leur poids dans les nouvelles infections à vih/sida, ne relèvent pas seulement de la faiblesse des systèmes de santé et d'un manque d'information et de connaissances. Cela a aussi trait à 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 pouvoirs 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 trois pays, dont le Niger, 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.
Quelles sont 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 leur santé à long terme ? Quel rôle spécifique peut avoir l'UNFPA dans la prise en compte des programmes des autres intervenants et des spécificités nationales ? Ce sont ces 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 dans leur contribution à la théorie du changement.
- Identifier les principales forces et faiblesses des programmes et 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[1] des filles).
- A 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 avec le bureau technique et le bureau sous régional UNFPA et validés par UNFPA Niger (cf. Annexe).

Equipe de consultant-es

Quatre personnes ont contribué ; Aurélie Gal-Régniez (Equipop) : supervision générale et relation partenariale / Dominique Pobel (Equipop) : coordination, supervision de la mission terrain, analyse des données / Rodrigue Ngouana (Equipop) : collecte de données et conduite de la mission terrain / Nora Le Jean (socio-anthropologue, résidant au Niger) : collecte de données, traitement des données et participation à la mission de terrain.

Recueil des données et revue documentaire

En amont de la mission de terrain a été établie une première cartographie des programmes à étudier, des actions en cours et des intervenants impliqués et à rencontrer. Une mission de terrain conduite du 6 au 10 janvier 2014 a permis de compléter le mapping et d'affiner l'analyse en travaillant avec l'équipe de l'UNFPA et en rencontrant les intervenants et acteurs. Trois types de rencontres ont été tenus :

- ***Réunions de travail avec l'équipe UNFPA :*** une séance de travail en début de mission et une séance de débriefing / discussion des principales observations en fin de mission a eu lieu.
- ***Rencontres multi-acteurs :*** 2 rencontres multi-acteurs organisées par le bureau UNFPA ont été tenues, la première avec les membres du groupe thématique Genre et Droits Humains du Système des Nations Unies à laquelle ont participé l'UNICEF, la Direction de la protection judiciaire juvénile du Ministère de la Justice et l'UNFPA, la seconde avec les membres du cadre de concertation « Lutte contre les violences faites aux femmes » à laquelle ont participé Oxfam, la CONGAFEN, l'Alliance Droits et Santé / Scouts du Niger, l'ONG Lafia Matassa, l'ONG SOS femmes et enfants victimes de violences.

1. L'empowerment est le procédé qui permet aux individus et aux communautés de renforcer leur capacité à faire des choix et à les convertir en actions et en résultats. Les éléments-clés de ce procédé sont les mesures qui leur permettent de se construire des atouts individuels et collectifs, et d'améliorer l'efficacité et l'équité du contexte organisationnel et institutionnel, qui influe sur la manière d'utiliser ces atouts.

- ***Entretiens avec les responsables et coordinateurs de programmes :*** des rencontres ont été organisées avec des acteurs de différents programmes pour apprécier l'opérationnalisation des programmes 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 : Division SSRAJ de la Direction de la santé de la mère et de l'enfant du Ministère de la santé publique, Ministère de la population de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant, Ministère de la jeunesse et des sports. Sept entretiens ont été conduits avec des membres d'ONG : Animas Sutura, Mercy Corps, ONG Dimol, la SWAA Niger, l'ANBEF, Plan Niger, Lafia Matassa.
Cette méthodologie a permis conjointement d'apprécier les actions en cours et de faire émerger collectivement des propositions de la part des acteurs que nous discutons plus bas.

Analyse des données et recommandations

L'analyse des stratégies et actions en cours a permis 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 propose dix recommandations d'actions que l'UNFPA pourrait soutenir ou mener dans les programmes en cours et à venir. Ces recommandations ainsi que l'étude ont été soumises à la représentante résidente de l'UNFPA et à l'ensemble du bureau nigérien de l'UNFPA pour commentaires et approfondissements. Le rapport final prend en compte ces éléments. L'étude et les recommandations ont été restituées aux ministères, agences onusiennes et acteurs associatifs concernés lors d'un atelier à Niamey. A ce stade, il est important de souligner les limites de cette étude. La principale est liée à la contrainte de temps – une seule mission de 5 jours a pu être menée au Niger pour le recueil des données – même si elle a été compensée en partie par une revue documentaire préalable fouillée et des entretiens intensifs avec les acteurs nationaux. La deuxième limite relève de la complexité institutionnelle du champ d'investigation : beaucoup d'acteurs interviennent ou seraient légitimes pour intervenir en matière de santé et droits des adolescentes. Or les mécanismes de coordination peuvent paraître opaques et les rôles et responsabilités de chacun flous, ce qui rend difficile l'identification précise d'actions concertées. Par conséquent, l'analyse et les recommandations formulées ici ne sont pas définitives et sont à envisager comme des pistes de travail à approfondir.

1.3. Contexte national et enjeux spécifiques

1.3.1. Données socio-sanitaires sur les adolescentes nigériennes

La population nigérienne s'élève à 17 138 707 h. (RGPH 2012), avec l'accroissement naturel le plus élevé au monde (3,9 %), soutenu par un indice synthétique de fécondité de 7,6 enfants par femme (EDSN-MICS IV, 2012).

La part des adolescentes de 10 à 19 ans dans la population s'élève à 10,98%, ce qui permet d'estimer leur effectif à 1 040 424 filles de 10 à 14 ans (6,07%) et 841 390 jeunes filles de 15 à 19 ans, soit un total de 1 881 814, résultat définitif du recensement 2012.

Très peu d'entre elles sont alphabétisées puisque 72,8% des filles de moins de 19 ans ne savent pas lire une phrase (EDSN-MICS IV, 2012, p34). Les jeunes adolescentes passent une grande partie de leur temps à l'assistance dans les travaux domestiques, au détriment de l'alphabétisation et de l'instruction. Ainsi, parmi les filles de 12 à 14 ans, 82,5% ont fait des travaux domestiques dans la semaine (EDSN-MICS IV 2012).

Selon la dernière enquête démographique et de santé (EDSN-MICS IV 2012), au Niger, ces adolescentes se marient très jeunes, l'âge médian d'entrée en première union étant de 15,7 ans. Au sein de leurs foyers, ces jeunes filles utilisent très peu la contraception : 93% des femmes de 15 à 19 ans en union disent n'en utiliser aucune. Inévitablement, elles débutent leur vie génésique prématurément. Ainsi, à l'âge de 16 ans, 24,2% des jeunes nigériennes sont déjà mères ou enceintes. Ce taux atteint 74,7% à l'âge de 19 ans. Par conséquent, les adolescentes de 15 à 19 ans contribuent à plus de 14 % de la fécondité. Ce comportement pro-nataliste correspond à l'idéal familial que les jeunes filles projettent. En moyenne, celles qui ont entre 15 et 19 ans souhaitent avoir 8,1 enfants. Pourtant, les grossesses représentent un risque vital non négligeable pour ces jeunes filles. Ainsi, parmi les décès chez les femmes de 15 à 19 ans, 34,4% sont des décès maternels, ce qui en fait la première cause de mortalité parmi les filles de cette tranche d'âge.

Il faut noter que ces jeunes filles ont des partenaires bien plus âgés qu'elles : 41,2% des femmes de 15 à 19 ans, célibataires ou en union, déclarent avoir eu des rapports sexuels avec un homme d'au moins 10 ans son aîné. Cet écart d'âge peut expliquer l'attitude des adolescentes qui semblent légitimer la violence conjugale. En effet, 53,5% des jeunes femmes de 15 à 19 ans estiment qu'il est justifié qu'un mari batte sa femme dans un des cas suivants : si elle fait brûler la nourriture, si elle argumente avec lui, si elle sort sans lui dire, si elle néglige ses enfants, ou si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui.

En ce qui concerne la prévalence VIH, elle est faible et en diminution au Niger (0,4%) (EDSN-MICS IV 2012). Par contre, elle reste concentrée dans certains groupes, notamment les professionnelles du sexe (29%).

1.3.2. Environnement législatif

Bien que des lois et des conventions qui assurent des droits aux femmes ou protègent les enfants existent et soient en vigueur, l'environnement législatif et juridique nigérien reste dans certains domaines discriminant envers les adolescentes et est « en retard » par rapport à nombre de ses voisins de la sous-région.

Le paysage législatif nigérien et les débats actuels sont révélateurs des tensions qui existent autour du statut des filles.

En ce qui concerne les conventions et les chartres internationales et régionales pertinentes à considérer, le Niger est signataire de la CIDE, de la CEDEF mais avec cinq réserves[2] et n'a pas ratifié le protocole additionnel de la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples portant sur le droit des femmes.

2. Notamment sur les articles concernant les dispositions juridiques à prendre pour éviter la discrimination à l'égard des femmes (art 2), sur les mesures à prendre pour modifier les schémas et modèles de comportements fondés sur l'infériorité de la femme (art 5), sur la libre circulation et le libre choix du domicile pour les femmes (art 15), sur l'égalité de droits dans le mariage et les rapports familiaux (art 16).

En ce qui concerne la législation nationale, la loi portant sur la Santé de la Reproduction, votée le 24 mai 2006, restreint la procréation et la contraception aux couples « *légalement mariés* », excluant implicitement les adolescentes non mariées. Elle fait également de la santé de la reproduction une affaire collective, responsabilisant tout un chacun dans la « *sauvegarde, [...] la protection et [...] la promotion de la santé de la reproduction* » de son entourage, ce qui légitime un certain contrôle social de la sexualité des femmes et des filles. Cependant, il faut noter que d'un point de vue pratique, les soins et services de santé de la reproduction sont quand même délivrés aux adolescentes, en réponse à la stratégie SSRAJ[3], même si certains prestataires de santé restent peu enclins à la délivrance de ces services et ont des attitudes moralisatrices.

Concernant l'âge au mariage, l'article 44 du code civil interdit le mariage avant 18 ans pour les garçons et avant 15 ans pour les filles. Ce texte, qui date de l'indépendance et a été modifié en 1962, est toujours en vigueur aujourd'hui. Il faut préciser que l'application de cet article du code civil est quasi inexistante du fait de la coexistence de deux sources de droit, l'une positive et officielle, l'autre relevant de la pratique (droit musulman et coutumier). Pour la première source de droit, l'article 51 de la loi portant organisation judiciaire[4] prévoit que la coutume s'exerce en cas de mariage. Par contre, la constitution de 1999, dans son article 81, en réfère à la loi, et non à la coutume, pour régir les rapports familiaux. Il existe donc une incohérence législative au niveau national, couplée d'une absence d'alignement des textes nationaux sur les textes et traités internationaux ratifiés par le Niger.

Démontrant encore une fois la frilosité des autorités nigériennes à s'engager pour les droits des adolescentes, en particulier sur la question du mariage, la « *loi portant protection de la jeune fille en cours de scolarisation* », initiée par une coalition gouvernementale, a récemment été rejetée par l'Assemblée Nationale. Cette loi prévoyait entre autres, dans son article 6, l'obligation d'une demande d'autorisation préalable par les parents au juge en vue du mariage d'une fille en cours de scolarité, sous peine de sanction. Cette disposition a soulevé un tollé, les chefs religieux s'y sont opposés et les députés ne l'ont pas votée.

3. « *Plan stratégique en santé des adolescents et des jeunes (2011-2015)* », Ministère de la Santé Publique, Direction de la mère et de l'Enfant, Division SSRAJ.

4. Loi n°62-11 du 16 mars 1962 portant organisation judiciaire

1.3.3. Principales politiques et programmes

Des éléments et des évènements montrent une volonté politique pour l'amélioration de la santé sexuelle et de la procréation ainsi que l'émergence d'une préoccupation pour l'amélioration des conditions de vie des adolescentes et des jeunes filles :

- Engagement du Président de la République du Niger de rendre obligatoire et gratuite la scolarisation jusqu'à 16 ans ;
- Implication de décideurs pour célébrer la première journée Internationale des jeunes filles du 11 octobre 2012 et forte mobilisation pour la seconde édition.

Pourtant malgré des avancées, cette préoccupation n'est pour le moment pas systématiquement visible et traduite dans les politiques et programmes.

Programme de développement sanitaire - PDS (2011-2015)

De manière globale, il faut souligner que la structure du PDS est essentiellement orientée sur des stratégies curatives et que le volet préventif est limité. Pourtant, dans un contexte de rareté des ressources, les actions préventives ont un meilleur rapport coût-efficacité et seraient à privilégier, notamment en ce qui concerne les adolescentes.

Parmi les 8 axes stratégiques du PDS, le « développement des services de santé de la reproduction de qualité » est ciblé et se décline en 5 paquets d'intervention dont la santé des adolescents et des jeunes, qui est déclinée en stratégie SSRAJ. Mais les besoins des jeunes, qui sont une catégorie très hétérogène, n'y sont pas spécifiés ; aucun focus n'est fait sur les adolescentes et la principale stratégie développée est celle, réductrice, de l'éducation par les pairs.

Le PDS prévoit également la promotion de la santé scolaire mais rien n'est développé ni concernant son contenu, ni son opérationnalisation, et là encore les adolescentes ne sont pas spécifiquement ciblées. Dans ses priorités d'intervention, le PDS prévoit aussi la prise en compte du genre, à travers notamment l'organisation des services en tenant compte des besoins spécifiques des différentes couches sociales. Mais si les adolescents font partie des couches sociales ciblées, aucun focus n'est mis spécifiquement sur les filles.

Le PDS est un document d'orientation, qui permet aux districts sanitaires de réaliser leurs planifications annuelles (PAA). Pour ce faire, chaque année, le MSP envoie des directives de planification au niveau des districts. Un des leviers envisageables pour obtenir plus de visibilité sur la question des adolescentes serait de tenter d'influencer ces directives de planification dans ce sens. Un autre aspect qui permet d'influencer la prise en compte des adolescentes au niveau local est la présence, au niveau des DRSP et des DS, de services « éducation pour la santé ».

Dans le PDS, les principaux indicateurs qui permettent de renseigner l'atteinte de l'objectif 5 des OMD (améliorer la santé maternelle) sont : la proportion des accouchements assistés, le taux de MM intra-hospitalière, le taux de déficit en intervention obstétricale, le taux de césarienne et le taux de prévalence contraceptive. Mais aucun de ces indicateurs ne nous permet de mesurer l'évolution de la santé maternelle des adolescentes.

Le PDS souligne également, outre le manque de prise en compte par le SNIS des données du secteur privé, une carence de désagrégation des données pour prendre en compte les besoins des différents programmes, notamment en ce qui concerne l'aspect genre. La visibilité des adolescentes doit donc être améliorée dans les statistiques sanitaires.

Le PDS rappelle également que le décret sur la gratuité des soins au Niger doit couvrir les soins aux enfants âgés de 0 à 5 ans, les césariennes, la planification familiale, les consultations prénatales et les cancers gynécologiques. Pourtant, en pratique, l'insuffisance de financement et les retards de remboursement ne permettent plus, en 2014, d'assurer systématiquement la gratuité de ces prestations.

Le PDS souligne l'absence d'un plan stratégique de communication et l'absence d'harmonisation des outils et de concepts qui engendrent une difficulté pour les populations à faire la synthèse de messages parfois contradictoires. Il n'existe actuellement aucun mécanisme de suivi des messages de communication en éducation pour la santé. Pourtant, un des leviers intéressants dans ce PDS est la volonté de développer des modes de communication basés sur la communication interpersonnelle au niveau communautaire.

Politique Nationale Genre

Cette politique, datant de 2008, débute par une analyse de situation du genre au Niger qui permet de saisir le fondement patriarcal inégalitaire sur lequel se base la construction des rapports entre les hommes et les femmes. Mais aucune analyse de la situation spécifique des adolescentes n'est faite. Si une attention particulière est portée à la scolarisation des jeunes filles et à la violence basée sur le genre touchant les adolescentes, et si un effort est consenti pour mettre à jour la législation nationale afin qu'elle soit conforme aux textes internationaux ratifiés, cette politique et ses déclinaisons stratégiques restent encore trop peu adaptées aux multiples besoins réels des adolescentes.

CPAP UNFPA 2014-2018

Ce document cadre oriente les stratégies de l'UNFPA dans sa collaboration avec le gouvernement du Niger. Basé sur le plan stratégique UNFPA, il est particulièrement favorable à la promotion des droits des adolescentes puisqu'il prévoit le développement de programmes holistiques en matière d'éducation sexuelle et de santé sexuelle et reproductive, à travers l'opérationnalisation des centres jeunes au niveau décentralisé, à travers des actions d'appui au développement des compétences de vie courante, à travers des actions de CCC, de mobilisation sociale et communautaire. Il « opérationnalise » la stratégie institutionnelle adolescentes et jeunes.
Parmi les stratégies porteuses de l'UNFPA, le « programme adolescentes, Burkinatarey Bayrey/Ilimin Zaman Dunia » doit être mentionné. Il s'agit d'une initiative qui vise à devenir multisectorielle et intégrée.
L'Initiative Adolescentes « Burkinatarey Bayrey/Ilimin Zama Dunia » est un programme basé sur un cycle de 8 mois, touchant les filles de 10 à 19 ans. Cette initiative visant la réduction des mariages et des grossesses précoces touche les adolescentes en situation de grande vulnérabilité, déscolarisées ou jamais scolarisées, qu'elles soient mariées ou non. Il s'agit de créer des « espaces sûrs » où les adolescentes se sentent en sécurité pour participer aux activités et acquérir des atouts (« assets ») à la fin des huit mois. La phase pilote du programme (juillet 2013 à avril 2014) est intervenue dans 4 régions et 8 départements, à raison de 5 communautés par département et a bénéficié à environ 1550 adolescentes. A la suite de cette phase pilote et de son évaluation, il est prévu un passage à l'échelle pour couvrir 6 régions et atteindre 250 000 adolescentes d'ici 2018.
Le paquet d'activités proposées aux filles comporte des sessions modulaires (compétences de vie, SSR, capacité financière, hygiène et santé), des séances d'alphabétisation (300 heures), un check-up santé pour habituer les filles à aller vers les services de santé et lever la stigmatisation de la fréquentation, une mise à jour de l'état civil et une vaccination HPV dans certaines zones. Pour accompagner ce paquet d'activités, des séances de dialogue communautaire se déroulent régulièrement, avec pour objectif l'implication des différents acteurs pour une transformation des normes sociales autour du statut des adolescentes ainsi que des activités de plaidoyer auprès des décideurs politiques pour l'adoption de législation, de politiques et d'investissements favorisant les adolescentes.

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 Niger 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 détails les stratégies, actions et outils actuellement existants au Niger en soulignant les opportunités et les faiblesses qui leur sont liées afin de pouvoir, dans une dernière partie, formuler des recommandations d'actions.

2.1. Données et études

2.1.1. Principales données quantitatives et qualitatives

Les Enquêtes démographiques et de santé et à indicateurs multiples du Niger (EDSN-MICS III de 2006 et EDSN-MICS IV 2012 dont le rapport complet est disponible depuis récemment) sont susceptibles de fournir des données quantitatives importantes concernant les adolescentes (10-19 ans) et les jeunes femmes (20-24 ans) à condition de faire l'effort de les extraire et de les (re)traiter sexo-spécifiquement et par catégorie d'âge. Ce travail avait été fait par le Population Council à partir des données de l'EDS de 2006 et avait donné lieu à un rapport[5]. Ces données, ainsi que le Recensement général de la population et de l'habitat (2011) et les projections des Nations Unies, constituent une référence commune et validée pour les acteurs du développement afin de connaître la situation et les caractéristiques démographiques et socio-sanitaires des populations par tranche d'âge, lieu de résidence, sexe, et de concevoir des indicateurs adaptés.

Au niveau qualitatif, sur des problématiques spécifiques, des études existent ou sont en cours. Même si elles n'ont pas toujours une envergure nationale, elles permettent d'approfondir la connaissance de la population « adolescente » dans sa diversité ou de mieux comprendre et appréhender des facteurs socio-culturels déterminants dans la situation des adolescentes.

- **Le LASDEL et le Ministère de la Santé publique**[6] portent actuellement un programme de recherche sur la santé de la reproduction des adolescents. Ce programme est basé sur la mise en œuvre d'interventions en santé, éducation et actions communautaires autour de la SSRAJ et d'une recherche mixte, qualitative et quantitative visant à produire des résultats qui permettront d'orienter les politiques de SSRAJ en Afrique Sub-saharienne. Ce programme de recherche est actuellement en phase finale et ses résultats seront disponibles rapidement. Ils pourront constituer des

5. « Etude approfondie sur les adolescent-es : exploiter les données pour identifier et atteindre les jeunes les plus vulnérables » en anglais traduit par Equipop en 2010 et disponible (http://www.popcouncil.org/pdfs/PGY_AdolDataGuides/Niger2006_fr.pdf).

6. IntHEC « *Intégrer la santé, l'éducation et les aspects communautaires : stratégies factuelles pour accroitre l'équité, l'intégration et l'efficacité des services de la santé de la reproduction pour les communautés pauvres en Afrique Sub-saharienne* ». (2010-2014)

données à exploiter afin de développer des argumentaires de plaidoyer pour réorienter les politiques et les programmes de la santé de la reproduction des jeunes.

- **L'UNFPA, à travers le LASDEL et l'INS**, développent actuellement une recherche évaluative[7] mixte d'un programme dont les interventions visent la réduction des mariages et des grossesses précoces. L'objectif de cette recherche évaluative est de mesurer le changement de représentation et de comportement impulsé par l'intervention au sein des communautés relativement au statut des adolescentes et aux mariages/grossesses précoces. Cette recherche permettra de connaître et de comprendre les profils, les connaissances et les pratiques des filles ainsi que leurs comportements et leurs perspectives, les représentations et pratiques concernant le statut de l'adolescente dans les contextes de mise en œuvre du programme, et enfin de comprendre les jeux d'acteurs autour des questions des mariages/grossesses précoces et du processus d'intervention. Ce programme de recherche est actuellement en cours et les résultats devraient être disponibles en milieu d'année 2014. Ils permettront d'envisager une mise à l'échelle du programme de l'UNFPA touchant les adolescentes et visant la réduction des grossesses et des mariages précoces.

- **L'ONG Lafia Matassa** a réalisé une recherche-action, de type qualitatif, portant sur la vulnérabilité des adolescentes en santé de la reproduction[8]. Il ressort de ce travail que le statut social des adolescentes et les rapports de genre restent les principales sources de vulnérabilité à laquelle elles doivent faire face. La société nigérienne, gérontocratique et patriarcale, ne laisse que très peu de place à l'épanouissement de ces adolescentes, investies essentiellement dans la cellule domestique ou dans des activités économiques. Ce contexte a des conséquences importantes sur leur santé sexuelle et reproductive, sujet particulièrement tabou avant le mariage au Niger. De par leur statut, ces jeunes filles ne disposent pas suffisamment de capacité décisionnelle, ni d'espace de parole, encore moins sur des sujets ayant trait à la santé de la reproduction. Elles n'ont donc que très peu d'information sur leurs corps et son fonctionnement, et n'ont aucune légitimité sociale à rechercher cette information avant le mariage. Il faut également ajouter que le devoir d'obéissance lié à leur statut et les situations inégalitaires dans lesquelles elles se trouvent ne leur laissent que très peu de marge pour négocier les termes de l'échange sexuel, ce qui peut engendrer une initiation à la sexualité dans un contexte de risque sanitaire (grossesses précoces, IST, violences sexuelles...). Cette recherche-action a donné lieu au développement d'activités pilotes orientées autour du renforcement de l'empowerment des filles, de l'impulsion du changement social auprès des communautés et d'un travail auprès des centres de santé pour une meilleure prise en charge de ce groupe spécifique.

D'autres études thématiques et concernant spécifiquement les adolescentes sont mentionnées par les acteurs rencontrés :
- une étude sur le phénomène du mariage précoce à Dosso a également été réalisée en 2004.
- une recherche doctorale sur la prise en charge des suites d'avortements clandestins à la Maternité Issaka Gazobi (MIG), démontre que les adolescentes en sont les principales usagères.

7. Approche socio-anthropologique évaluative du « Programme adolescentes » « Burkinatarey Bayrey/Ilimin Zaman Dunia » (2014), LASDEL /UNFPA.

8. « *Vulnérabilité des adolescentes de 10 à 14 ans et modes d'intervention pour réduire les risques en Santé Sexuelle et de la Reproduction : Cas de Gamkalley et Loga au Niger* » (juillet 2011) ONG Lafia Matassa. Etude réalisée dans le cadre de deux projets : « *Protéger les adolescentes : le défi à relever pour une meilleure efficacité des programmes de SDSP* », financement Union Européenne et « *Défi jeunes : une approche intégrée de promotion de la demande des adolescentes en services de santé sexuelle et de la procréation* », financement AFD. Coordination Technique : ONG Equilibres & Populations.

Afin d'orienter ou de corriger leurs actions, dans le cadre de leurs programmes en cours, des organisations utilisent ces données et / ou ont la préoccupation d'en collecter et de mettre en place des outils pour suivre et documenter les changements. Par exemple :

- **L'ANBEF** développe des enquêtes de satisfaction des usager-ères dans les centres de santé, à travers l'utilisation anonyme des boîtes à suggestion. Cette stratégie permet de recueillir l'avis des jeunes qui fréquentent les centres. Elle travaille également à une enquête afin de mieux comprendre les déterminants du mariage précoce.
- **L'ONG DIMOL et Animas Sutura** mettent en place des stratégies de collecte d'informations qualitatives pour capter les réactions des populations suite aux émissions radiophoniques/sketchs portant sur les questions relatives aux droits et à la santé de la reproduction.
- **L'ONG Anima Sutura** produit également des données intéressantes, à travers notamment une cartographie des espaces et des leaders de la prostitution dans la région de Tillabéry, des enquêtes CAP réalisées tous les deux ans, et une étude comparative actuellement en cours pour apprécier l'évolution des indicateurs de SSR depuis la première EDS.
- **Mercy Corps** mène un programme de recherche formative qui permettra de produire des données qualitatives sur les déterminants et la volonté des filles à se marier le plus tôt possible. La structure a pour ambition de travailler avec des étudiants en Master et des doctorants.

2.1.2. Des études peu convaincantes et peu utilisées

Malgré l'existence de certaines données touchant directement ou indirectement les adolescentes, on note un manque d'harmonisation des multiples outils de collecte qui font parfois doublon par rapport aux outils officiels (ceux du SNIS par exemple) de diffusion, de partage des données pertinentes existantes. La tranche des filles 10-14 ans dans la production des données quantitatives officielles (INS, SNIS, EDSN...) est encore « invisible ». Les statistiques et études rendent particulièrement visibles la catégorie des 0-5 ans ou 0-10 ans, en lien avec les préoccupations concernant la mortalité infantile, et la vaccination des enfants et la catégorie des 15-49 ans, « femmes en âge de procréer ».

Nous notons la quasi absence d'études sur les violences faites aux filles et aux femmes et la faible visibilité des données sur les violences dans les statistiques et enquêtes nationales, les outils de collecte n'étant pas adaptés pour permettre la déclaration de tous les types de violence, notamment sexuels.

Cette situation est en cours d'évolution :

- Les supports du SNIS et la collecte des données devraient introduire la tranche des 10-14 ans suite à un plaidoyer et un travail avec l'UNFPA ;
- L'UNFPA travaille également avec l'INS pour produire des monographies adolescentes à partir du dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH, 2012) ;
- Une dynamique existe au niveau de l'INS, de l'UNFPA, de la Police Nationale, de la Justice, de la Santé Publique, d'OXFAM QUEBEC et du Cadre de Concertation des Intervenants en matière de lutte contre les violences basées sur le genre, pour mettre en place un mécanisme de collecte de

données sur les indicateurs de Violences Basées sur le Genre (VBG). Une étude à été réalisée, en 2010, auprès de 106 structures judiciaires, sanitaires et ONG ; elle permet d'affirmer que ce type de violences touche essentiellement les femmes (93,4%), et sont perpétrées par des hommes, dont 72% ont des liens de mariage avec la victime. La forme de violence la plus présente est donc la violence conjugale. L'étude a montré que les victimes sont en majorité des femmes mariées, âgées de moins de 25 ans, sans aucun niveau d'instruction, sans source de revenus. Il reste cependant bien des efforts à fournir pour que les registres des services sanitaires puissent mieux renseigner ce type de violences et pour que les adolescentes âgées de 10 à 14 ans puissent être rendues bien plus visibles dans ces données.

Alors qu'une volonté politique émerge pour lutter activement contre le mariage précoce au Niger, l'absence de données qualitatives et quantitatives permettant de démontrer l'ampleur du phénomène au niveau national est à souligner.
Même si des structures et des organisations de la société civile réalisent des recherches particulièrement intéressantes, où les adolescentes sont parfois visibles, il n'existe pas d'outil permettant de fédérer ces travaux et de les diffuser au niveau national. Par ailleurs, la recherche de ces documents s'avère difficile[9].

2.2. Politiques et lois

L'existence de lois et de traités en faveur des droits des femmes et des filles ne signifie pas qu'ils sont appliqués. Par ailleurs, le niveau de connaissance des lois et de l'environnement législatif par les populations ou même par les instances censées les faire appliquer reste très bas. En ce qui concerne les politiques et les programmes, ils peuvent eux aussi exister mais ne pas être mis en œuvre dans leur globalité par manque de moyens. Cela pourrait laisser penser que les lois et le droit ne sont finalement pas importants et que l'enrichissement du contenu des politiques et programmes n'est pas primordial. Or, si l'adoption de lois et la prise en compte des jeunes filles dans les politiques et programmes ne sont pas suffisantes, elles sont nécessaires pour légitimer et donner un cadre aux actions et aux initiatives visant, d'une part, l'amélioration de l'accès des jeunes filles et adolescentes aux droits et services (soins, conseils 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. En ce sens, l'amélioration du contexte législatif et politique et les efforts pour favoriser l'appropriation et l'application des lois restent primordiaux et complémentaires aux approches individuelles et communautaires d'information, sensibilisation, communication pour un changement de comportements et d'attitudes.

9. Remarque : L'UNFPA au niveau international pourrait initier une réflexion et un plaidoyer en direction des organismes de statistiques et des décideurs (y compris des pays développés) pour l'abandon dans les statistiques et études, de la catégorie « Femmes en âge de procréer / 15-49 ans » et cela pour au moins deux raisons : cette catégorie et cette terminologie réduisent les adolescentes et les femmes à un seul rôle procréatif ce qui n'est pas favorable à la théorie du changement et à l'évolution des normes sociales qui empêchent l'émancipation des femmes et elles favorisent l'invisibilité des grossesses adolescentes, de la mortalité maternelle des adolescentes parmi l'ensemble des grossesses. Aussi spécifier et distinguer systématiquement « adolescentes 15-19 ans voire 10-19 ans » et femmes 20-49 ans en matière de situation matrimoniale, de santé sexuelle, génésique et maternelle, de taux de fécondité permettrait une plus grande visibilité et la définition d'indicateurs et d'objectifs en matière de réduction des grossesses précoces et de mortalité maternelle concernant les adolescentes.

2.2.1. L'émergence d'une volonté de changement

Au Niger, même s'il existe des carences, le paysage politique et législatif regorge d'éléments sur lesquels nous pouvons nous baser pour influencer la prise en compte des adolescentes. Par exemple, des outils juridiques existent. Ils sont des leviers permettant d'assurer une protection des adolescentes, comme le programme d'assistance juridique et judiciaire pour les personnes vulnérables. Ce programme a été mis en œuvre sur 5 ans, a été évalué et sera bientôt mis à l'échelle. Pour cela, des agences nationales de l'Assistance Juridique Judiciaire ont été créées, leur objectif étant de venir en aide à des personnes indigentes et en situation de vulnérabilité. Certaines populations sont bénéficiaires d'office de ce programme d'assistance, comme les mineurs victimes ou coupables d'infraction. Ce programme pourrait donc être un outil judiciaire mobilisable pour prendre en charge l'assistance juridique des adolescentes mineures victimes.
Des acteurs de la société civile, souvent appuyés par l'UNFPA, sont mobilisés pour mener des actions et des campagnes de plaidoyer à destination des parlementaires ou des décideurs pour faire avancer la cause des femmes et plus spécifiquement celles des filles et adolescentes dans l'application des lois ou la prise en compte de leurs besoins spécifiques dans les programmes.

Des organisations de la société civile actrices du changement :

PLAN Niger, à travers sa campagne *Because I Am A Girl* (BIAAG), a réussi à obtenir l'engagement d'acteurs clés comme la première dame, le premier ministre, la MP/PF/PE, la ministre de l'éducation nationale et celle de l'enseignement secondaire, qui peuvent être des leviers aux actions futures touchant les jeunes filles.
D'autres structures, comme la CONIDE ou la CONGAFEN, sont des coalitions qui regroupent un grand nombre de structures dont l'objectif est de défendre les droits et d'améliorer le statut des femmes et des enfants ; elles sont un canal de mobilisation communautaire et politique et ont une grande influence.
Au niveau national, SWAA Niger coordonne le partenariat mondial « Girl Not Brides » et a impulsé la mise en place récente d'une coalition contre les mariages précoces et les mariages d'esclaves.

Ces acteurs réalisent ponctuellement des journées d'information et de plaidoyer à l'assemblée nationale pour mobiliser davantage les parlementaires et notamment ceux des groupes Population et développement et Lutte contre le vih/sida ainsi que de la commission des affaires sociales.
Il faut aussi noter que de plus en plus d'acteurs mettent en place des programmes pilotes pour les adolescentes (Mercy Corps, Lafia Matassa, UNFPA...) et tentent de prouver les « success stories » de ces interventions pour que le gouvernement s'en empare et développe des politiques adaptées pour les jeunes filles.
Ces programmes peuvent inclure des actions de plaidoyer local et à destination des décideurs centraux. La société civile peut devenir une force de plaidoyer, si elle est mieux structurée et que ses compétences sont

renforcées. Plusieurs ONG ont la volonté de jouer un rôle plus important en matière de plaidoyer et d'amélioration des droits (dans les textes et dans la pratique) mais sont confrontées à un manque de moyens et de capacités. La coalition idéale qui permettait de faire un plaidoyer efficace pour réajuster la législation serait composée par exemple de l'AFJN, de la CONGAFEN, de la chefferie traditionnelle et des parlementaires. Cependant, ces acteurs ne sont pas au même « degré » de maturation ; il faut travailler avec chacun d'entre eux de manière isolée pour pouvoir aller de l'avant. Pour porter un tel plaidoyer, les structures-clés de la société civile doivent être renforcées en techniques et stratégies de plaidoyer.
Il est également nécessaire de mettre en place des systèmes de consultation des adolescentes dans la conception des politiques et des programmes les concernant, afin qu'elles défendent leurs droits et que leurs voix puissent être entendues. Actuellement, les jeunes sont consultés dans la conception des programmes essentiellement à travers le CNJ, tandis que les jeunes non scolarisés, en particulier les filles, sont totalement oubliées. L'UNFPA a enclenché depuis 2012 des actions de promotion de la prise de parole des adolescentes, dans le cadre de sa stratégie d'empowerment et de leadership des adolescentes et jeunes, et ainsi plusieurs adolescentes ont pris la parole pour « témoigner » de leurs situations (mariage précoce et grossesses précoces) et demander une prise en compte de leur situation. Elles ont témoigné auprès des chefs traditionnels du Niger aux deux Forums des Chefs, dans le Forum Jeunes, dans des tribunes nationales et internationales.
Un cadre de concertation des partenaires sur la planification familiale au Niger a été mis en place et fonctionne depuis février 2013 sous le leadership de UNFPA et réunit l'Etat, les partenaires techniques et financiers, la société civile ainsi que la coalition des organismes de la société civile pour la planification familiale au Niger, créés pour accompagner la mise en œuvre du plan d'action pour l'accélération de la PF au Niger. Ce sont là des instances incontournables pour que soit considérée spécifiquement la question de la PF / contraception des adolescentes, que ce soit dans le cadre du mariage ou hors mariage, ce qui n'est pas encore le cas actuellement.

2.2.2. Des acteurs politiques et civils réticents

Un des principaux constats reste qu'au Niger, un certain nombre de textes nationaux ne sont pas conformes aux traités internationaux (loi SR 2006, absence de législation sur l'âge au mariage, absence de code du statut personnel…). Parmi les textes législatifs favorables aux droits des femmes et des enfants, certains sont détournés par quelques leaders religieux pour servir de base aux conflits entre confréries, ou pour être support de prêches religieux allant à l'encontre de ces mêmes droits.
On note malheureusement au Niger l'existence d'une société civile trop politisée qui manque parfois de capacités techniques pour des actions de plaidoyer de grande ampleur. Dans le même sens, un certain nombre d'acteurs politiques préfèrent ne pas s'engager sur les questions sensibles des droits des jeunes filles de peur de perdre leur électorat. L'islamisme radical est parfois utilisé comme un instrument politique par certains élus afin de gagner en prestige face aux électeurs.

Un des exemples les plus criants de l'incohérence législative est celui des victimes de violence qui sont astreintes à payer une somme relativement élevée (entre 10 000 FCFA et 25 000 FCFA) pour obtenir le certificat médical permettant d'enclencher le processus de dépôt de plainte.

En matière de politiques et de programmes, si le groupe thématique genre et droits du système des Nations Unies et le Cadre de concertation contre les violences basées sur le genre commencent à se saisir de la problématique spécifique des adolescentes, ce n'est pas le cas des cadres de concertation ou groupe / coalitions thématiques relatifs à la santé, et en premier lieu en matière de planification familiale.

2.3. Education à la sexualité

Même si une grande majorité d'adolescent-e-s a entendu parler des IST, du sida, des grossesses et de la contraception, leurs connaissances restent superficielles et incomplètes. Au Niger, selon l'EDS-MICS IV de 2012, 80,5 % des filles de 15-19 ans[10] (91 % des garçons) ont entendu parler du sida mais elles ne sont plus que 12 % à en avoir une connaissance approfondie (21 % des garçons) et 13 % à savoir où se procurer un préservatif (39 % des garçons). Seulement 20 % des femmes (tout âge confondu) savent que la période du cycle menstruel où il est le plus possible de tomber enceinte se situe entre deux périodes de règles.
La diffusion d'une information précise, exacte et non moralisatrice au moment et à l'âge voulu (avant la puberté et les premiers rapports sexuels), et adaptée à la situation de chacun-e, encourage un comportement responsable et retarde généralement le début de l'activité sexuelle, contrairement aux idées reçues[11]. Des enquêtes qualitatives réalisées auprès des adolescent-e-s en Afrique de l'Ouest révèlent qu'ils / elles sont par ailleurs demandeurs-euses de cette information.
L'information sur les droits et la santé en matière de sexualité et de procréation passe et peut passer par différents canaux : l'école y compris primaire, l'éducation par les pairs, l'entourage, les médias (les structures socio-sanitaires font ici l'objet d'un point spécifique).

10. Les données ne renseignent pas ces informations pour les 10-14 ans

11. 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

12. Ross DA, Dick B and Fergusson J, ed., Preventing HIV / AIDS in young people : a systematic review of evidence from developing countries, WHO Technical Reports Series, Geneva : World Health Organization (WHO), 2006, n° 938

2.3.1. L'éducation sexuelle à l'école

En raison du caractère tabou de la sexualité et notamment de celle des jeunes, l'éducation à la sexualité est très peu effective au sein des établissements scolaires nigériens. Dans le secondaire, les questions concernant la santé sexuelle et reproductive doivent être abordées dans le cadre des cours d'éducation à la vie familiale, mais leur contenu est peu détaillé et les enseignant-e-s souvent gêné-e-s et mal préparé-e-s les dispensent très rapidement en fin d'année. Pourtant, l'école est en mesure d'assurer une information consolidée, validée et harmonisée à tous les enfants, adolescent-e-s d'une même classe d'âge et des études montrent que l'éducation sexuelle dans le cadre scolaire est efficace.[12]
A l'initiative ou en partenariat avec l'UNFPA, des actions sont en cours pour améliorer l'enseignement de l'éducation sexuelle à l'école et y faire entrer la question des droits et de l'égalité entre filles et garçons.

Le Ministère des Enseignements Secondaires (MES) en partenariat avec UNFPA est actuellement dans un processus de révision du curricula du secondaire pour intégrer l'enseignement de l'éducation sexuelle. Les nouveaux manuels sont disponibles et vont être utilisés pour la formation des enseignants (il est prévu que 1 400 enseignants de 450 établissements du secondaire soient formés en 2014).

L'intégration de l'approche des droits humains dans les écoles, qui a été testée par l'UNFPA en collaboration avec l'ANDDH dans le cadre du 7ème CPAP à travers la mise en place de clubs de jeunes réunissant 15 à 20 élèves supervisés par 2 enseignants dans 35 établissements secondaires, a montré des résultats pertinents et des changements dans les relations entre élèves. Il semble pertinent d'étendre cette approche à condition que les filles soient aussi nombreuses que les garçons à y participer (que les clubs soient mixtes ou non). En effet, il est apparu qu'en raison de contraintes en termes d'obligations familiales et domestiques ou de refus des parents et de l'entourage, les filles ont été contraintes de suspendre leur participation à ces clubs. Cela est révélateur de la nécessité qu'il y a de prévoir des mesures d'accompagnement spécifiques pour créer les conditions de la participation des adolescentes et des jeunes filles au même titre que les garçons et pour favoriser leur participation aux groupes / instances qui travaillent sur des thématiques qui les concernent particulièrement. Ceci implique notamment de prévoir un travail de médiation avec les parents et l'entourage des filles, qui participe aux changements sociaux.

L'éducation sexuelle dans le secondaire est légitime notamment si elle commence dès le début du cycle 2 (jeunes à partir de 12-13 ans au moment de la puberté et avant les premières relations sexuelles). L'amélioration des contenus des cours et de la formation des enseignants et monitrices d'éducation à la vie familiale est nécessaire. Au-delà des aspects techniques et biomédicaux, il est primordial de pouvoir aborder aussi 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 pouvoir dans la négociation (acceptation, refus) des relations sexuelles et amoureuses. Cependant, et c'est particulièrement vrai au Niger, où de nombreuses adolescentes quittent l'école et se marient précocement (rappelons que l'âge médian au premier mariage est de 15,7 ans pour les filles et qu'il est très corrélé à l'âge médian au premier rapport sexuel, 15,9 ans, et que plus d'un tiers des filles sont mariées avant 15 ans), l'introduction d'une éducation sexuelle / éducation à la vie familiale dès l'enseignement de base (7 à 12 ans) trouve toute sa justification. Même si les taux de scolarisation sont encore très bas au Niger, c'est dans le primaire qu'ils sont le plus important et en augmentation pour les filles et les garçons. Ainsi 44 % des filles (53 % des garçons) de 7 à 12 ans fréquentent l'école primaire. En revanche seules 14 % des filles de 13 à 19 ans fréquentent le secondaire (21 % des garçons).

Le livret pédagogique « Décider de sa vie et construire sa famille : réfléchir ensemble pour améliorer la santé maternelle »[13], élaboré à la suite d'une enquête pluridisciplinaire auprès d'enfants, d'adolescent-e-s et d'adultes du Burkina Faso, du Ghana, du Mali et du Sénégal et qui a bénéficié du soutien financier de l'UNFPA, peut s'avérer un outil très pertinent pour les éducateurs, enseignants, maitresses d'éducation à la vie familiale afin d'aborder dès les premières années d'école primaire (7-10 ans), les questions de paternité et de maternité et de favoriser le dialogue garçon / fille sur la vie familiale. Cette première approche ouvrirait la porte à l'introduction de modules plus complets et plus approfondis en fin de cycle primaire avec un glissement des cours d'éducation sexuelle du secondaire vers la fin du primaire.

13. http://www.cnrs.fr/inshs/recherche/docs-vie-labos/sante-maternelle.pdf

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[14] - Equilibres & Populations, Population Council avec participation de représentants des bureaux UNFPA du Bénin, Burkina et Niger.

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

2.3.2. L'information des jeunes par les jeunes

L'éducation par les pairs se fonde sur le fait que nous changeons parce que nous y sommes poussés par l'opinion et les actions de personnes du même âge qui nous sont proches et en qui nous avons confiance. Les stratégies d'éducation par les pairs se sont particulièrement développées dans le cadre de la lutte et de la prévention du vih/sida. Des évaluations qualitatives de programmes[15] ont montré que les pairs-éducateurs-trices se sont avérés parfois plus efficaces que les adultes pour établir des normes et changer les attitudes relatives à la sexualité. Toutefois, ils/elles n'obtiennent pas forcément de meilleurs résultats pour transmettre des informations concrètes sur la santé. Une étude[16] a montré qu'une combinaison de cours en classe et d'éducation par les pairs est plus efficace que chacune de ces deux méthodes prises séparément. L'éducation par les pairs, et l'enseignement et l'information dispensés par les adultes peuvent être considérés comme complémentaires.

Au Niger, l'éducation par les pairs, qui s'appuie sur des systèmes d'organisations et de liens sociaux traditionnels entre personnes de même âge et de même sexe (les fadas pour les garçons, les foyendis pour les filles) est utilisée par de nombreux intervenants et organisations pour transmettre des informations et asseoir l'éducation sexuelle auprès des jeunes. Elle permet en effet de contourner le tabou de la sexualité, qui rend difficile la communication intergénérationnelle à ce sujet, et les attitudes moralisatrices du personnel de santé qui ont des conséquences sur l'accueil des jeunes dans les structures socio-sanitaires et sur les réponses qu'ils peuvent trouver à leurs besoins et questionnements.

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

16. http://www.unicef.org/french/lifeskills/files/PeerEducationUNAIDS.pdf

Il existe au Niger un réseau de pairs-éducateurs-trices mobilisable et activable

L'ANBEF a recours à des tuteurs/mentors, préalablement formés, qui viennent en appui aux agents de santé pour assurer l'éducation à la sexualité au niveau des jeunes.
DIMOL a recours aux « adolescents DIMOL », groupe composé d'étudiant-e-s ou de scolaires qui se rendent dans les fadas et les établissements, ou qui travaillent avec les radios communautaires pour transmettre des messages d'éducation à la sexualité. Cette ONG structure les jeunes en « espaces », composés d'une centaine de jeunes, divisés en groupe de 5 ayant chacun leur point focal. Ces groupes sont formés par affinité, par groupe d'âge et ne sont pas toujours mixtes, pour faciliter la communication sur la question de la sexualité. DIMOL porte également le projet « my right, my voice » qui consiste en la vulgarisation des droits en SSRAJ à travers notamment des formations en direction des jeunes et un travail avec les radios communautaires.
Au sein de la division SRAJ du Ministère de la santé, organe étatique, des initiatives intéressantes sont également prises pour faire avancer l'éducation à la sexualité. A travers les « Clubs parlons-en », la stratégie de l'éducation par les pairs est développée au sein des écoles. Dans cette stratégie, deux enseignants par établissement sont formés au suivi des activités de ces pairs-éducateurs-trices. La division intervient également lors des évènements culturels de grande envergure (Cure salée, Safem, lutte traditionnelle) pour des sensibilisations SSR au niveau des jeunes. Un jeu a également été conçu par la division et fait fureur chez les jeunes : Tayizahi, où des questions/réponses en SR permettent d'évoluer dans le jeu.

A partir de l'éducation par les pairs et dans sa continuité, le développement de stratégies d'auto-formation des jeunes basées sur la réalisation de leurs propres activités (caravane de sensibilisation par exemple) est aussi un vecteur à utiliser dans le cadre de l'éducation à la sexualité et aux droits.
L'éducation par les pairs est un canal pertinent si les pairs-éducateurs-trices ont reçu une formation complète et qu'ils/elles sont en capacité de transmettre des messages et des informations non erronés, de connaître leurs limites et de savoir référer ou orienter leurs interlocutrices vers des structures ou personnes référentes ressources qui peuvent prendre le relai.
Un des défis de l'éducation par les pairs est que les discours ne soient pas moralisateurs ou hyper-normatifs. Les pairs éducateurs doivent être formés dans le sens de la déconstruction de certains stéréotypes, préjugés ou normes qui ne vont pas dans le sens des messages qu'ils doivent diffuser.
L'éducation par les pairs repose en grande partie sur du bénévolat, ce qui a des limites ; et le devenir des pairs-éducateurs-trices à la fin des projets est à questionner.
Les pairs-éducateurs-trices sont le plus souvent recruté-e-s parmi les scolaires du secondaire et sont en majorité des garçons. Ils interviennent naturellement auprès des jeunes de même profil qu'eux et ne parviennent pas toujours à intervenir auprès de certaines catégories de jeunes et notamment de jeunes filles qui ne fréquentent ni l'école, ni les centres jeunes.

2.3.3. Le mentorat / la mère éducation

Au Niger, des programmes développent des stratégies inspirées de l'éducation par les pairs complétées et adaptées pour toucher et encadrer les adolescentes les plus jeunes et les non scolarisées.
Certaines structures (Mercy Corps, Lafia Matassa) utilisent des stratégies de contournement ou intégrées pour faire passer des messages spécifiques à la santé de la reproduction et renforcer les connaissances des adolescentes sur leur corps, leur santé, leurs droits mais aussi pour qu'elles se familiarisent avec les structures socio-sanitaires, à travers un paquet d'activités plus global : alphabétisation, formations, apprentissages professionnels voire soutien à la mise en œuvre d'activités rémunératrices. Ces stratégies sont particulièrement pertinentes pour les adolescentes et les jeunes filles non scolarisées et en situation de vulnérabilité puisqu'elles permettent également un renforcement de leur estime d'elle-même et de leur empowerment.
Dans le cadre de ces interventions, un travail avec l'entourage des filles et leurs communautés est entrepris pour que 1) les actions en leur direction soient acceptées et 2) que des changements sociaux s'opèrent pour que les filles puissent utiliser leurs nouvelles compétences / connaissances et accéder effectivement aux droits. Ces stratégies de contournement, qui visent à parler de la santé de la reproduction de manière indirecte, doivent être capitalisées et formalisées afin de servir de modèle à l'intervention d'autres structures.
L'Initiative adolescente, développée par l'UNFPA, est un bon exemple d'encadrement sexo-spécifique puisque les filles sont encadrées par des mentors, jeunes femmes modèles issues de la communauté qui leur servent de référence. Il ne faut cependant pas perdre de vue que des sensibilisations mixtes en éducation sexuelle sont nécessaires, même si la meilleure stratégie reste encore à définir pour ne pas se heurter au contexte complexe et peu tolérant sur ce genre d'initiative.
Les ONG bien implantées dans les communautés et ayant une expérience / expertise en matière de mobilisation communautaire pour un changement social, d'éducation pour un changement de comportement et intervenant dans les domaines de la jeunesse, de la santé maternelle et infantile, de l'empowerment des jeunes filles, constituent des opportunités pour apporter une information en matière de SDSP à destination des adolescentes non scolarisées et/ou mariées.

2.3.4. L'entourage / la transmission intergénérationnelle

Les parents et la famille exercent une surveillance rapprochée sur les adolescent-e-s, notamment sur les filles, et se sentent responsables de leurs enfants et de leur santé. Cependant, les mères comme les pères ne sont pas enclins à parler de sexualité avec leurs enfants. D'abord, ils/elles manquent eux-mêmes d'informations solides sur la santé sexuelle et de la procréation. Ensuite, ils/elles craignent qu'une discussion sur la sexualité encourage leurs enfants à avoir des relations sexuelles et leur stratégie vis-à-vis des filles est de les marier pour les protéger des grossesses hors mariage. Enfin, si les jeunes souhaitent pouvoir parler plus librement de sexualité de façon générale avec leurs parents, ce n'est pas forcément vers

eux qu'ils se tourneraient pour obtenir des conseils. Dans ces conditions, l'éducation sexuelle parents-enfants ne semble pas la meilleure voie. Un changement des mentalités et des normes sociales sur la perception du statut des adolescentes et jeunes filles et de leur sexualité / nuptialité serait un préalable. En revanche, le dialogue parents enfants sur la sexualité est à encourager. C'est un des enjeux de la mobilisation communautaire pour favoriser les changements sociaux favorables à la SDSP des filles.

2.3.5. Les médias

Les médias (radio, télévision, journaux) sont efficaces pour informer, influer sur les normes sociales et amorcer des changements de comportements. Utiliser les médias comme moyen de diffuser des informations 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 à différentes cibles (selon le sexe, l'âge), ils peuvent être entendus par toutes et tous. Les adolescent-e-s apprécient les médias comme source d'information rapide mais en soulignent une limite qui est le manque d'interaction et souvent l'impossibilité de pouvoir poser des questions.

Cependant, au Niger, une grande partie de la population n'est pas exposée à certains médias. Les journaux et magazines notamment ne sont lus et ne peuvent être lus (en raison de l'analphabétisme[17]) que par les plus instruit-e-s. Seuls 4 % des filles et 3 % des garçons déclarent lire un journal ou un magazine au moins une fois par semaine. La télévision est regardée par 20 % des 15-19 ans et 15 % des 20-24 ans mais de grandes disparités existent entre les grandes zones urbaines (notamment Niamey) et les zones rurales. En revanche, 36 % des filles et 23 % des garçons écoutent la radio. Les disparités régionales et entre zones rurales et urbaines sont beaucoup moins importantes que pour la télévision. La radio, et notamment les radios communautaires, qui permettent une diffusion d'émissions et d'informations en langue locale, est un vecteur porteur au Niger.

La stratégie interventionnelle de l'ONG Anima Sutura quant à l'utilisation optimale des radios communautaires est intéressante. Elle permet d'introduire une certaine interactivité et surtout d'amener la radio et/ou de rediffuser les outils radiophoniques créés à des groupes et personnes qui n'y sont pas forcément exposés. Elle favorise également la libération de la parole, ce qui peut faciliter la communication entre parents et enfants sur les questions de sexualité.

17. 21 % des filles de 15 à 24 ans (14 % des femmes de 15 à 49 ans) et 50 % des garçons de 15 à 24 ans (40 % des hommes de 15 à 59 ans)

« Les aventures du Foula », une campagne radiophonique de l'ONG Anima Sutura

L'ONG Anima Sutura développe la campagne « les aventures de Foula » à travers des radios communautaires et nationales de grande écoute. La stratégie consiste à diffuser quotidiennement un sketch suivi d'un débat sur des thématiques liées à l'éducation à la sexualité : mariage précoce, infanticide, avortement, grossesses non désirées, vih/sida, PF... A la fin de la semaine, une émission hebdomadaire est diffusée. Les gens peuvent intervenir en direct pour réagir aux thèmes diffusés dans la semaine et sur la manière dont ils ont été mis en scène et débattus. Cette stratégie permet de libérer la parole et facilite la communication entre les adultes et les adolescents. Anima Sutura intervient dans les établissements scolaires, dans les fadas, dans les foyers féminins sous le même format, avec l'appui de relais communautaires équipés de postes radio pour diffuser ces outils radiophoniques.

Dans les zones rurales, où la grande majorité des populations ne sont pas exposées aux médias et où la tradition orale est fortement valorisée, la mise en scène théâtrale ou comique qui permet de retenir l'attention du public, de faire passer des messages et qui peut être suivie de débats et d'échanges, reste un canal pertinent, notamment dans les zones rurales où les taux d'analphabétisme sont élevés et l'accès aux médias modernes faible. Il est d'ailleurs utilisé par la plupart des acteurs intervenant dans le domaine de la santé sexuelle et de la procréation. Le théâtre et les sketchs sont également un bon moyen pour les jeunes et adolescents de s'exprimer et d'exprimer leurs besoins en matière de SDSP ainsi que pour interpeller leurs aîné-e-s et les détenteurs d'enjeux et les décideurs sur leur difficulté. La grande majorité des organismes intervenant dans le domaine de la SRAJ utilisent ces outils.

2.3.6. En termes de contenu

Plusieurs organismes sont habilités à former et forment effectivement des personnes (maîtres, professeurs, animateurs, agents de santé...) devant encadrer et informer les jeunes en matière d'éducation à la vie familiale, de SRAJJ, et donc contribuer à l'éducation sexuelle des adolescent-e-s et jeunes. L'INJS (MJS) forme les maîtresses en éducation à la vie familiale qui interviennent dans les centres de formation et les écoles, les animateurs de jeunesse qui doivent encadrer les actions socio-éducatives des jeunes sur la base de modules (technique de communication, sociologie-anthropologie, psychologie, gestion de groupe, éducation à la santé) qui ne contiennent pas d'approche ou d'analyse sexo-spécifique. La division SRAJJ du MSP mène des activités de renforcement des capacités des agents de santé pour les sensibiliser et les familiariser avec « l'approche jeunes », et réalise des formations des enseignants pour qu'ils soient en mesure de suivre ce que font les pairs-éducateurs-trices dans les écoles. Certaines ONG forment ou renforcent également ces mêmes publics dans le cadre de leur programme. En termes de contenu, les enseignements, messages et informations disponibles et diffusés sont très/trop orientés vih/sida-prévention et restent très moralisateurs. Surtout, ils ne prennent pas en compte les aspects droits, responsabilité des garçons et inégalités de genre.

Il faut aussi souligner que le manque de coordination des acteurs intervenant en matière d'éducation à la sexualité auprès des jeunes est une faiblesse qui limite l'efficacité des actions. Et malgré la richesse de la diversité des acteurs chargés de former les jeunes, on note une absence d'harmonisation dans les curricula qui doivent être enrichis des aspects relatifs aux droits et aux besoins des adolescentes et doivent également rendre visible des aspects relatifs à la vie relationnelle et affective, dans laquelle s'intègre la sexualité. A l'heure actuelle, les supports éducatifs proposés au Niger intègrent trop peu ces thématiques, restant essentiellement centrés sur les aspects biomédicaux.

2.4. Offre de services

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 dépistage, de soins. Au Niger, en raison de la précocité des premières naissances liée à la précocité des mariages, un suivi des grossesses adolescentes et une assistance à l'accouchement de qualité et adapté à leur jeune âge et des risques plus grands de complications est un enjeu particulièrement important. Elles sont ainsi 40 % dans la tranche d'âge 15-19 ans à avoir commencé leur vie procréative. A 19 ans près de 75 % ont déjà accouché ou sont enceintes. Par ailleurs, les relations sexuelles prénuptiales (hors mariage) ne sont, selon l'EDS de 2012, pas très fréquentes au Niger. Ces caractéristiques sont à considérer dans la conception et la mise en œuvre des programmes de santé reproductive des adolescent-e-s et des jeunes qui s'adressent généralement aux adolescentes et jeunes célibataires.

2.4.1. Les centres de santé intégrés

Les CSI (et les cases de santé qui en dépendent) sont répartis dans tout le pays ; cependant le taux de couverture sanitaire n'est que de 50 %. Parmi les missions et les tâches confiées aux CSI et qui sont intégrées à leur PMA, on compte la planification familiale, la promotion de la SRAJ, le suivi pré et post-natal pour ce qui relève des activités préventives et l'accouchement assisté pour ce qui relève des soins. Au niveau des formations sanitaires, les prestataires de services de planification familiale sont notamment censés assurer des services complets à leur clientèle en leur fournissant le maximum d'informations utiles, concernant, entre autres, l'éventail des différentes méthodes contraceptives existantes, leurs contraintes ainsi que leurs effets secondaires et leurs contre-indications éventuelles. Ces informations ont non seulement pour but d'aider les femmes à faire un choix éclairé mais aussi de permettre de corriger et de combattre les préjugés concernant les méthodes de contraception.

a) Les CSI sont le premier fournisseur de contraceptif

La planification familiale est encore très peu utilisée au Niger : la prévalence contraceptive est d'environ 14 % pour l'ensemble des femmes en union (dont 12 % en ce qui concerne les méthodes modernes) mais elle n'est que de 7% pour les 15-19 ans (5,9 pour les méthodes modernes). Les femmes qui utilisent une contraception ont recours à plus de 85 % aux structures sanitaires publiques (dont 60 % dans les centres de santé intégrés).
Les adolescentes qui ont démarré leur vie procréative fréquentent les structures sanitaires publiques dans des proportions encore relativement faibles mais comparables aux femmes des autres groupes d'âge.
Les indicateurs de santé maternelle (suivi prénatal, suivi postnatal et assistance à l'accouchement) ont évolué positivement entre l'EDS 2006 et celle de 2012. Il semble que les adolescentes bénéficient autant que l'ensemble des femmes en âge de procréer de ces améliorations. Ainsi, 33 % des femmes ayant moins de 20 ans à la naissance ont accouché avec un prestataire formé (contre 29 % pour l'ensemble des femmes), un peu plus de 80 % d'entre elles (comme les femmes plus âgées) ont vu au moins un prestataire de santé pendant leur grossesse.

b) Les CSI ne remplissent pas suffisamment leur mission d'information et de promotion de la PF et de la SRAJ

Les femmes et notamment les adolescentes n'y reçoivent que peu d'information sur la planification familiale. A l'occasion de la dernière EDS-MICS IV, plus de huit femmes sur dix (plus de neuf adolescentes de 15 à 19 ans) ont déclaré ne pas avoir parlé de planification familiale avec un agent de terrain ou dans un établissement sanitaire au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.
Si les jeunes et adolescent-e-s accordent leur confiance aux centres de santé et pensent qu'il est important de les fréquenter, ils ne s'y rendent que très peu, notamment pour des conseils et soin en matière de SRAJ. Les services y sont peu adaptés ; ils ne sont pas toujours fonctionnels et le manque de confidentialité engendre une peur de se confier au personnel de santé. L'aspect financier est également avancé par les jeunes qui craignent d'avoir à payer pour un traitement. En plus de cela, les jeunes ne trouvent pas toujours les réponses justes et adaptées. En ce qui concerne la délivrance des services SSRAJ, un volet moralisateur existe dans le discours des adultes, qui reste très normatif. Les adolescentes en particulier peuvent y être très mal accueillies voire discriminées. Par ailleurs, les adolescentes qui sont imprégnées des normes sociales qui valorisent le mariage se limitent d'elles-mêmes à se rendre dans un centre de santé notamment dans son quartier pour éviter d'être vue. Une fille qui se rend dans un centre de santé est malade, ce qui réduit ses « chances de se marier ».
Si les centres de santé intégrés pouvaient relever le défi de s'ouvrir largement et en masse aux jeunes et aux adolescentes, effectivement à la promotion de la SRAJ et à la distribution de moyens de contraception/prévention aux jeunes, ils représenteraient le moyen le plus efficace et le

Au Niger, les filles manifestent des réticences à fréquenter les structures sanitaires de leur quartier. Elles préfèrent se rendre dans un centre en dehors du quartier « parce qu'elles n'aiment pas être vues. Pour elles, un des premiers réflexes d'un homme cherchant à se marier avec une fille est de vérifier si elle fréquente souvent le centre de santé, toute chose qui est considérée comme un signe de maladie. Les filles évitent donc de se rendre visibles en fréquentant les centres.
« Celle qui a une IST est mal vue par l'infirmier, qui peut même la chasser »
Jeune fille, Niamey, Niger

Etude diagnostic Projet Défi Jeunes (2010 – 2013), Lafia Matassa

plus sûr pour améliorer la SSR des adolescentes. Au-delà des faiblesses générales du système de santé nigérien et des dysfonctionnements qui en découlent en matière de nombre et de compétences des prestataires, d'approvisionnement en produits curatifs et préventifs, au-delà des difficultés d'accès que rencontrent encore de nombreuses personnes notamment les femmes en termes financiers, géographiques et culturels, le défi à relever est celui du caractère tabou de la sexualité, de l'emprise de la société sur le corps des femmes et des jeunes filles, des valeurs pro-natalistes.
Des changements au niveau du personnel de santé sont nécessaires mais ils ne peuvent qu'être accompagnés par des changements sociaux.

2.4.2. Les centres jeunes

Depuis plusieurs années, afin de promouvoir et d'opérationnaliser la politique SRAJ au Niger, des efforts ont été faits pour développer des services visant spécifiquement les jeunes notamment par le ministère de la santé et le ministère de la jeunesse et sports et des loisirs. Les ONG ont également participé à ce mouvement.

a) Des centres jeunes nombreux et variés

Près d'une cinquantaine de CSI sont labellisés centre « amis des jeunes ». Pour obtenir ce label délivré par l'UNFPA, le centre doit délivrer un PMA en SRAJ et avoir au moins un de ses prestataires formés en approche jeunes. Ces centres sont supervisés par la division SRAJ du Ministère de la santé[18].
Dans le cadre de la politique nationale de la jeunesse, le ministère de la jeunesse, des sports et de la culture gère des centres jeunes (centres d'écoute jeunes, centre jeunes « amis des jeunes ») qui ont intégré une composante santé de la procréation des jeunes et adolescents. 14 sont fonctionnels (7 à Niamey et 7 en régions).
Des centres de formation et d'apprentissage pour jeunes (Centre de formation en développement communautaire, Centre de formation et de promotion féminine...) ont dans leurs paquets d'activité des modules d'information / sensibilisation autour de la santé de la reproduction et de l'éducation à la sexualité.
A côté de ce dispositif public, plusieurs ONG ont créé des centres jeunes ou des centres de prise en charge d'adolescentes/jeunes filles victimes de violences. L'ANBEF dispose de 4 centres de Conseils et d'Ecoute pour les Jeunes (CCEJ), à Dosso, Maradi, Tahoua et Niamey et de 2 cliniques privées, à Niamey et Tillabéri, dotés de personnels qualifiés mis à disposition par l'Etat. DIMOL dispose d'un centre de prise en charge de femmes victimes de fistules. L'ONG SOS femmes et enfants victimes de violence dispose quant à elle d'un centre d'accueil et de prise en charge des victimes de violences appuyé par UNFPA et OXFAM.
Par ailleurs la couverture du pays en structures/infrastructures pouvant accueillir les adolescents et les jeunes et développer une offre de services SRAJ devrait s'étendre jusque dans les communes dans le cadre des projets « Maillage territorial des centres jeunes » qui prévoit la réhabilitation de 54 centres jeunes et le renforcement des capacités de leurs acteurs à raison de 18 par an pendant 3 ans (2013-2015) et le « Programme sectoriel pour l'éducation et la formation » (PSEF 2014-2024).
Il existe donc dans le pays une diversité et un nombre relativement important de structures/infrastructures qui offrent ou sont susceptibles d'offrir

18. NB : pas d'information sur fréquentation des CSI amis des jeunes et sur leur capacité à effectivement attirer les jeunes.

des services SRAJ aux jeunes dans des espaces qui leurs sont dédiés plus conviviaux, plus anonymes, et avec des services plus adaptés à leur besoins et attentes que dans les centres de santé classiques.

b) Un réseau à optimiser...

Cette diversité constitue une force mais représente également des défis. La complexité de la gestion administrative multisectorielle de certains centres jeunes qui peuvent dépendre de plusieurs ministères / services décentralisés, qui peuvent être publics ou privés, avoir ou non le label « amis des jeunes », n'est pas favorable à l'harmonisation des paquets d'activités.
Une bonne distinction entre les structures qui se « limitent » à offrir des informations et des conseils, et les structures qui distribuent des moyens de contraception et offrent des soins curatifs est nécessaire. Ces deux types de structures sont complémentaires et des passerelles système de référence contre référence doivent être organisées. En particulier, les structures/espaces jeunes qui n'offrent pas de produits de santé sexuelle, ni de soins curatifs ou des prises en charge, doivent être en capacité de référer leurs usager-ères vers des structures en cas de besoin. Des outils intéressants peuvent être mis en œuvre, à l'exemple du « *dossier de santé jeune/ado* » en réflexion au niveau de la division SSRAJ qui souhaite expérimenter ce modèle dans les CSI amis des jeunes et dans les centres d'écoute.
Comme pour l'éducation sexuelle, la diversité des intervenants limite l'harmonisation des formations que reçoivent les acteurs (animateurs, médiateurs sociaux, agents/prestataires de santé) en charge d'accueillir et d'apporter conseils et soins aux jeunes.

C'est pour contribuer à relever ces défis que l'UNFPA a instauré depuis déjà quelques années la labellisation « Amis des jeunes », qui peut être obtenue par des structures de différentes natures mais qui offrent un paquet minimum d'activités en termes de service de SR aux jeunes et de promotion de la SRAJ par des actions de mobilisation sociale auprès des communautés.
Récemment, une taskforce a été créée par le MJS et UNFPA avec la participation du MSP et des groupes de jeunes de la société civile pour réviser et améliorer ce PMA. Le travail est en cours de finalisation.
L'opportunité de la création de cette taskforce pourrait être saisie pour initier un travail de collecte, d'analyse et d'harmonisation des curricula de formation des acteurs et prestataires en charge d'accueillir, conseiller et prendre en charge les adolescent-e-s et les jeunes dans les structures avec l'objectif de les enrichir d'un module genre et SDSP approfondis.
Pour renforcer l'opérationnalisation de la stratégie SRAJ, il est prévu, dans le cadre du CPAP 2014-2018 de UNFPA, un transfert de compétences techniques au niveau décentralisé pour que les acteurs locaux puissent réaliser des planifications opérationnelles concernant la santé de la reproduction des jeunes.
Enfin, des plaidoyers sont en cours auprès du Ministère de la Jeunesse pour mettre des animateurs professionnels à la disposition des centres de jeunes.

c)... et dont le principal défi est l'augmentation et la modification de la fréquentation

Les stratégies SRAJ comme les centres de santé ciblent toutes les adolescent-e-s et jeunes de 10 à 24 ans et avancent une préoccupation particulière pour les populations en situation de vulnérabilité. Or les quelques études qui existent sur le sujet en Afrique montrent que l'usager type des centres jeunes est un garçon lycéen ou étudiant vivant dans un foyer aisé en zone

urbaine. Les activités des centres jeunes et des réseaux d'éducation par les pairs qui y sont rattachés ne parviennent pas à faire bénéficier de leurs services certaines catégories de jeunes et notamment d'adolescentes. Les garçons sont en moyenne plus nombreux à fréquenter les centres jeunes que les filles. Et parmi les filles, certaines catégories d'adolescentes ne fréquentent quasiment pas les centres jeunes. Il s'agit des plus jeunes (10-14 ans), des non scolarisées ou déscolarisées précocement, des jeunes filles migrantes et/ou qui ne vivent pas avec leurs parents, des adolescentes mariées (qui même si elles consultent les centres de santé pour le suivi de leur grossesse sont sous-représentées dans les effectifs).
S'il n'existe pas d'études d'envergure spécifiques au Niger à ce sujet, des activités menées par certains acteurs qui travaillent avec ces catégories de jeunes et de jeunes filles montrent que le Niger ne fait pas exception.
Les résultats de l'exercice de couverture sanitaire (cf. encadré) qu'a réalisé Lafia Matassa dans le quartier de Gamkalley à Niamey et à Loga (cf. encadré) au premier semestre 2011 vont dans le sens de ces constats généraux sauf en ce qui concerne la répartition entre filles et garçons dans la fréquentation du centre Matassa. Cela s'explique par les actions proactives déjà développées pour aller au-devant des filles pour les amener au centre et par les actions de mobilisation sociale entreprises dans le quartier auprès des détenteurs d'enjeux et de l'entourage des filles afin de faire accepter leur participation aux activités et leur fréquentation du centre.
Des observations et analyses de la fréquentation des jeunes adolescentes pourraient également être faites à partir du suivi des bénéficiaires des activités et centres de l'ANBEF qui est réalisé par sexe et par âge.

L'exercice de couverture : une méthodologie et un outil simple pour analyser qui est touché ou non par un prestataire ou une action

Un exercice de couverture (EC) est un instrument d'évaluation simple, économique et rapide pouvant servir à profiler les personnes touchées par un prestataire donné, un groupe de prestataires ou des organisations partageant une clientèle commune dans une zone géographique particulière. Cet instrument a été mis au point par Population Council pour assister les programmes de jeunesse, mais il peut également être utilisé par d'autres bénéficiaires ayant des services offerts en établissement ou en antenne. L'EC collecte les données relatives à différentes caractéristiques des usager-ères, bénéficiaires, incluant systématiquement le sexe, l'âge, le niveau d'instruction/scolarisation, le statut matrimonial, le lieu d'habitation, l'activité économique pratiquée. Il permet au personnel et aux responsables des programmes d'évaluer systématiquement les services qu'ils fournissent, l'endroit exact de leur prestation et les caractéristiques de leurs bénéficiaires (clients habituels ou non). Le but ultime de l'instrument est de déterminer : **1.** si les services atteignent leurs bénéficiaires prévus et **2.** s'ils sont appropriés et conviennent aux personnes qui les reçoivent. Il permet également de suivre une l'action visant à améliorer la fréquentation des centres jeunes/centres de santé ou la participation à des actions de certaine catégorie de jeunes.

Résultat de l'exercice de couverture sanitaire réalisé par Lafia Matassa dans le cadre du programme « *Défi Jeunes : une approche intégrée de promotion de la demande des adolescentes en services de santé sexuelle et de la procréation* » à Gamkalley (Niamey) et à Loga

S'inspirant de la méthodologie de l'exercice de couverture formalisé par Population Council, Lafia Matassa a conduit un exercice de couverture au premier semestre 2011. Cet EC a

concerné 1 centre jeunes et 4 centres de santé du quartier Gamkalley et 1 centre jeunes et 3 centres de santé de Loga. Pendant un mois, avec la mobilisation et la participation active des structures concernées, chaque usager ou usagère des centres jeunes et chaque usagère des centres de santé se sont vus administrer un questionnaire ou une interview pour collecter leurs caractéristiques. Le traitement des données a mis en lumière les tendances et enseignements suivants :

En ce qui concerne les centres de santé, que ce soit à Loga ou à Niamey, très peu de filles de 10 à 14 ans fréquentent les structures. 90 % ont 17 ans et plus à Loga, 70 % à Niamey. Les motifs des consultations sont très largement relatifs au suivi des grossesses (consultations pré et post-natales/vaccination) ; la majorité des filles (Loga et Niamey) qui fréquentent les structures de l'étude sont déjà mariées et parmi elles beaucoup ont déjà un enfant.

Au niveau des centres jeunes, à Niamey, les filles fréquentent plus le centre jeunes de Gamkallé que les garçons (57,5 % de filles et jeunes femmes contre 42,5 % de garçons). C'est l'inverse à Loga et la différence est très nette : 77 % de garçons contre 23 % de filles. Les plus de 25 ans sont surreprésentés dans la fréquentation des centres jeunes (plus de 30 % au centre jeunes de Gamkallé, 28 % dans celui de Loga). Si on ne considère que les moins de 25 ans, les personnes qui fréquentent le centre de Niamey ont en moyenne 16 ans, alors que celles qui fréquentent celui de Loga sont un peu plus âgées (18 ans). Les usagers-ères sont majoritairement célibataires ; très peu de filles/femmes mariées viennent au centre jeunes. A Niamey, les filles viennent principalement pour recevoir de l'information (Information, conseil, causeries). Les garçons participent peu aux causeries, mais viennent plus souvent pour des loisirs. Les filles et les garçons viennent chercher des préservatifs ou des moyens de contraception (respectivement 11% et 22% des motifs de visite). A Loga, les filles viennent quasi exclusivement en quête d'informations ; très peu viennent pour des loisirs et aucune pour la contraception. Les garçons viennent surtout pour chercher de l'information ou pour les loisirs. Très peu de garçons (moins de 3%) viennent pour obtenir des préservatifs et ce sont exclusivement des hommes de plus de 25 ans tandis qu'à Niamey les jeunes de 15-19 ans viennent aussi pour obtenir des préservatifs.

Les résultats de cet exercice largement discutés et restitués ont permis une prise de conscience de la part des prestataires de l'invisibilité de certaines catégories de filles dans leur fréquentation, et de susciter une volonté d'améliorer leur accueil et leur attractivité.

Certaines catégories d'adolescentes et de jeunes filles et parmi elles les plus jeunes, les non scolarisées ou déscolarisées précocement, les migrantes et les travailleuses du sexe sont particulièrement éloignées de ces centres et n'y accèdent quasiment pas en raison de leur isolement social, de leur manque de connaissances et de moyens financiers, de leur faible liberté de mouvement. De leur côté les centres de santé et centres jeunes n'ont pas développé de stratégies particulières et différenciées pour toucher ou aller au-devant de ces catégories d'adolescentes.

Des stratégies pour identifier, aller au-devant et recruter les adolescentes les plus jeunes, celles qui ne sont pas scolarisées, les migrantes, les professionnelles du sexe doivent être développées par les centres de santé/centres jeunes et/ou les associations et ONG qui interviennent dans les communautés en matière de droits, santé, lutte contre les violences faites aux femmes, lutte contre le mariage précoce, lutte contre le vih/sida. Pour ces catégories de jeunes filles, des espaces spécifiques « sûrs » peuvent être une réponse transitoire, l'objectif à terme étant que les centres de santé et centres jeunes soient en capacité d'accueillir et de répondre aussi aux besoins spécifiques de ces catégories.

En matière d'identification/recrutement des adolescentes les plus jeunes et/ou en situation de vulnérabilité des ONG de la société civile ont une expérience et une expertise.
Les ONG qui travaillent pour la lutte contre le sida, la prévention prise en charge et la réduction des risques des travailleuses du sexe ont l'expérience et l'expertise vis-à-vis de cette catégorie de jeunes filles en situation de vulnérabilité.
Des ONG qui travaillent pour la promotion de l'éducation/l'instruction, la nutrition/l'alimentation des filles, l'empowerment/les droits des adolescentes et des filles laissées pour compte, ont également développé des stratégies pour identifier et mieux connaître leur quotidien et leur contrainte. Ces stratégies peuvent inspirer les acteurs de la santé/SRAJ.
Lafia Matassa, avec des partenaires du Bénin et du Burkina Faso, a expérimenté et capitalisé dans le cadre du projet Défi jeunes1, coordonné par Equilibres & Populations, une méthodologie pour identifier, aller au-devant et recruter les jeunes filles en situation de vulnérabilité (cf. encadré). Elle a par ailleurs commencé à la diffuser auprès d'autres ONG intervenant auprès des adolescentes et dans le domaine de la SRAJ.
Les structures socio-sanitaires doivent être pro-actives mais, en même temps, certaines adolescentes ont un besoin préalable ou conjoint d'accompagnement en compétences de vie / empowerment pour pouvoir accéder aux services socio-sanitaires. Pour ces jeunes filles, des actions spécifiques sont à promouvoir, notamment les espaces sûrs, qui représentent une opportunité.

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 maitriser 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 maitrise 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 animateurs-trices 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) »

2.5. Mobilisation communautaire

2.5.1. L'importance des normes sociales

L'information en matière de droits et santé de la procréation et l'éducation sexuelle des adolescentes ainsi que l'adaptation à leurs besoins spécifiques des services socio-sanitaires sont des conditions nécessaires mais non suffisantes pour que leur santé sexuelle et de la procréation s'améliore. Des déterminants sociaux conditionnent leurs comportements, attitudes et pratiques, et peuvent même les empêcher de jouir de leurs connaissances, capacités, et compétences de vie pour faire des choix éclairés et responsables afin de protéger leur santé et décider de leur avenir. En Afrique subsaharienne, et particulièrement au Niger, persistent des normes sociales non favorables aux droits et à la santé en matière de sexualité et de procréation des adolescentes : patriarcat et inégalités de genre, qui maintiennent les femmes dans un statut inférieur aux hommes (en termes de pouvoir de décision, de liberté, de contrôle et de maîtrise des moyens de production et des revenus) et les exposent aux violences basées sur le genre, relation d'aînesse (gérontocratie) qui impose aux jeunes le devoir d'obéissance et limite leur possibilité d'expression, tabou de la sexualité, notamment des jeunes (mais qui ne s'exerce pas de la même façon sur les garçons et les filles) en dehors du mariage, culture pro-nataliste qui maintient les femmes dans un rôle essentiellement reproductif. Ces normes sont particulièrement contraignantes pour les adolescentes qui cumulent le fait d'être jeune et de sexe féminin ; elles créent un environnement très peu propice à leur accès aux informations et aux services de SDSP et entraînent un contrôle social sur leur corps et leur santé sexuelle et de la procréation. Dans ce contexte et sous la pression sociale et intergénérationnelle, le mariage (précoce) et le grand nombre d'enfants demeurent pour les adolescentes nigériennes le seul avenir socialement envisageable. Selon la dernière EDS, le nombre d'enfant idéal des 15-19 ans est de 8,1.

Sans modification des normes sociales en vigueur et sans modification et déconstruction des représentations et stéréotypes de genre et sexistes au niveau communautaire, toutes les améliorations de l'offre de services en SRAJ et SDSP pour les adolescents auront des résultats limités sur la demande de services et surtout sur l'accès à ces services par les jeunes et notamment par les jeunes filles et 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 selon les acteurs

Au Niger, étant donné l'ampleur du mariage précoce et donc des grossesses précoces et de la mortalité/morbidité maternelle des adolescentes, le recul de l'âge au mariage et le maintien à l'école des filles jusqu'à 16 ans (en conformité avec les engagements pris récemment par le gouvernement) apparaissent pour l'ensemble des acteurs (institutionnels et société civile) comme des thématiques à forts enjeux sur lesquelles faire continuer à porter les efforts et les intensifier. Cependant, persiste encore pour certains l'idée que l'école peut entraîner pour les adolescentes, avec l'élargissement de leurs réseaux sociaux, le risque de débauche.

Toutes les actions, déjà relativement nombreuses, visant à promouvoir au niveau des communautés la santé maternelle et infantile et la santé de la procréation en général (planification familiale, maternité à moindre risque, lutte contre le vih/sida) et ce d'autant plus si une préoccupation jeunes, adolescent-e-s y compris mariées, y est intégrée, sont une opportunité pour la SDSP des adolescent-e-s. Il en va de même concernant les actions visant les inégalités de genre et les violences (physiques, psychologiques, économiques, sexuelles) faites aux femmes et aux filles.

Actuellement, les questions relatives à la sexualité des jeunes et adolescent-e-s, du passage de l'enfance à l'adolescence ne sont encore que rarement mises en débats au niveau communautaire et entre parents et enfants : les projets SRAJ, les centres amis des jeunes, les projets s'adressant spécifiquement à la SDSP des filles sont des opportunités à saisir pour informer et sensibiliser l'entourage et les communautés sur ces questions.

Etant donné l'importance des déterminants sociaux de la SDSP des adolescentes, les projets à leur intention doivent inclure des activités d'information, de sensibilisation et de mobilisation des communautés (ne serait-ce que pour que ces projets soient acceptés et que les adolescentes et jeunes filles puissent en bénéficier). En ce qui concerne les parents et l'entourage, des actions de médiation notamment pour pouvoir travailler avec ou recruter les adolescentes non scolarisées et mariées sont souvent nécessaires voire indispensables, en amont des actions et également pendant, pour maintenir les adolescentes/jeunes filles dans les programmes, notamment si les filles et leur famille ne reçoivent pas de bénéfice monétaire.

2.5.3. Implication et responsabilisation des hommes

L'implication et la participation des hommes sont indispensables au changement social (rééquilibrage des rapports de pouvoirs entre les hommes et les femmes) et au recul des pratiques traditionnelles néfastes ou discriminantes vis-à-vis des filles et des femmes (mariage précoce, grossesses précoces, trop nombreuses et trop rapprochées, excision). 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 parmi les acteurs) dans le 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 essentiellement aux femmes et aux filles. Or, les hommes et les garçons, s'ils bénéficient d'un pouvoir important de décision et de davantage de liberté que les femmes et les filles, ne possèdent pas les connaissances et les capacités pour modifier leur point de vue et leur comportement. Les programmes doivent prévoir des actions d'informations spécifiques à leur intention. Des espaces de dialogue pour questionner les relations et les rapports de pouvoir entre hommes et femmes doivent être pensés.

La pression sociale s'exerce également sur les hommes ; aussi, l'effet de masse est important à rechercher. Un homme peut avoir la volonté par exemple de participer aux tâches ménagères et domestiques et/ou de les répartir entre les garçons et les filles du ménage pour que ces dernières aient davantage de temps à consacrer aux leçons ou aux loisirs. Cependant, il ne passera pas à l'acte pour ne pas devenir l'objet de moqueries voire de rejet de la part de ses pairs. Si plusieurs hommes d'une même communauté, notamment les leaders ou détenteurs d'enjeux connus et reconnus, décident ensemble de maintenir leurs filles à l'école et d'attendre pour les marier en expliquant les raisons à leurs pairs, un contexte favorable au changement s'instaure.

L'expérience et la stratégie de l'école des maris développées depuis 2007 par l'UNFPA dans la région de Zinder montrent que l'implication des hommes peut constituer une opportunité pour que les femmes accèdent à certains droits et bénéficient effectivement des services de santé sexuelle et de la procréation. Dans cette région, les zones où il existe une école des maris ont connu une évolution positive de la fréquentation des centres de santé par les femmes, des taux d'accouchement assistés par un personnel compétent et de la prévalence contraceptive. Une différence significative a pu être observée entre les zones où existe une école des maris et les zones sans écoles des maris. Aujourd'hui, près de 150 écoles des maris existent dans la région de Zinder et la stratégie a été étendue et s'étend encore dans les autres régions du pays. Si les résultats et l'efficacité des écoles des maris dans les autres régions montrent les mêmes effets positifs, il y a là incontestablement une opportunité à saisir : renforcer les thématiques abordées dans les écoles des maris pour qu'elles deviennent véritablement l'espace de dialogue et le point de départ pour que des hommes s'impliquent et s'engagent contre le mariage précoce, pour le maintien des filles à l'école et le respect de leurs droits.

L'école des maris à été répliquée par certaines ONG dans le cadre de la mise en œuvre de leur programme intégré et holistique en faveur des adolescentes et jeunes filles (Mercy Corps dans le cadre de son programme Food for Peace) et plusieurs travaillent avec celles existant dans leur zone d'intervention.

L'implication des hommes est souvent recherchée dans le cadre des programmes qui touchent les adolescentes, mais la plupart du temps difficile à obtenir.

L'école des maris : des hommes déjà modèles renforcent leurs compétences pour convaincre leurs pairs

Formée de 12 membres minimum, chaque école des maris est encadrée par une « coach » provenant d'une ONG locale. Deux fois par mois, des réunions proposent un espace de réflexion pour sensibiliser les époux à l'importance des pratiques relatives à la santé sexuelle et de la procréation et notamment à la planification familiale. « Ce sont les hommes qui empêchent les femmes de fréquenter les centres de santé, explique Aïchatou Aminami, chef du centre de Gomba. Il faut leur faire comprendre que si elles ne les fréquentent pas, elles encourent des risques ». L'école des maris n'est pas ouverte à tous les hommes ; ils doivent, au cours d'un entretien préalable, montrer leur volonté de voir et de faire évoluer les mentalités, avoir déjà des connaissances en santé sexuelle et de la procréation, et être favorables à la planification familiale. Les enseignements et réflexions qui ont lieu dans le cadre de l'école des maris doivent les aider et les renforcer dans leur mission de convaincre leurs pairs des avantages de la planification familiale, de la fréquentation des centres de santé pour le suivi des grossesses et l'accouchement.

2.5.4. Déconstruction des stéréotypes sexistes et de genre

Les stéréotypes existent dans toutes les sociétés. La manière dont nous nous percevons les un-e-s les autres peut être déterminée par des a priori simplistes sur la base de traits particuliers tels que la race, le sexe, l'âge. Ils se basent sur des normes, pratiques et croyances socialement construites. Ils sont souvent culturels, fondés et entretenus par la religion, et reflètent des relations de pouvoir sous-jacentes. Les croyances basées sur des stéréotypes peuvent être rigides, mais elles ont changé et changent selon les époques, ce qui constitue à la fois un défi et une chance. Elles sont à la base de la discrimination sexiste ouverte et dissimulée, directe et indirecte, et récurrente, qui a des conséquences négatives sur l'égalité de fond, qui devrait être garantie aux femmes. Ils se traduisent par des politiques, des lois et des pratiques qui, dans la vie et au quotidien, peuvent être dangereuses pour les femmes et les filles sur le terrain (excision, mariage forcé et précoce, interdits alimentaires, violences conjugales). Ils freinent l'évolution des rapports vers plus d'égalité entre les femmes et les hommes et servent d'une certaine façon à rendre normaux des faits sociaux qui ne le sont pas. Les stéréotypes sexistes ont été clairement identifiés dans la CEDEF comme empêchant la réalisation de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes. Les stéréotypes sexistes, s'ils enferment les femmes, empêchent aussi les hommes de sortir des schémas sociaux patriarcaux, car chaque stéréotype sur les femmes entraîne un stéréotype sur les hommes. Identifier au sein et avec les communautés, par des approches de recherche-action participative avec l'appui de socio-anthropologues, les stéréotypes sexistes qui conditionnent les attitudes et comportements respectivement des hommes et des femmes puis les questionner et les décoder peut s'avérer pertinent pour favoriser une prise de conscience, et amorcer des changements sur les représentations de la masculinité et de la féminité et un point de départ pour les combattre afin d'obtenir des changements de

mentalité profonds. Travailler à partir des expressions, des proverbes et des chansons en langues locales qui sont véhiculés quotidiennement dans le langage et qui véhiculent les stéréotypes (ceux qui sont largement répandus mais également ceux qui peuvent être propres à telle ou telle zones) est un point de départ concret qui permet la participation et l'implication de toutes et tous.

Si la déconstruction des stéréotypes sexistes et de genre est identifiée par de nombreux intervenants et acteurs comme axe à privilégier pour susciter le changement social, encore très peu d'actions concrètes sont effectivement mises en œuvre dans ce domaine. Dans le cadre du projet « Défi jeunes : une approche intégrée de promotion de la demande des adolescentes en services de santé sexuelle et de la procréation » mis en œuvre au Bénin, Burkina Faso et au Niger, cet axe d'intervention s'est imposé en cours de programme comme une voie particulièrement pertinente pour mettre en débat et ouvrir le dialogue sur les stéréotypes et préjugés véhiculés sur les jeunes filles et les adolescentes (cf. encadré). Si cet axe d'intervention n'a pu se concrétiser qu'au Bénin (cf. encadré), l'expérience peut être dupliquée et peut inspirer les acteurs nigériens.

Recherche sur les stéréotypes de genre menée par CeRADIS au Bénin : quelques exemples de stéréotypes qui influent négativement sur la santé sexuelle et de la procréation des adolescentes

- **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 émancipée 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 »

Recherche sur les stéréotypes et préjugés de genre. 2012. CERADIS

Identifier et questionner les stéréotypes sexistes et de genre : l'expérience du CeRADIS au Bénin

Dans le cadre du projet « Défi jeune », CeRADIS a mené en 2012-2013 une action avec les communautés du XII arrondissement de Cotonou et de Zogbodomey visant à déconstruire les stéréotypes sexistes et de genre qui empêchent les adolescentes d'accéder à la SSR.
D'abord une recherche socio-anthropologique sur les stéréotypes a été conduite à partir des études situationnelles réalisées au début du projet et de focus groupes organisés avec différentes composantes de populations (adolescentes, agents de santé, entourage des filles, détenteurs d'enjeux). Cette étape a permis d'identifier, de recenser et d'analyser un grand nombre de stéréotypes sexistes ou de genre afin 1) d'en tenir compte dans la formulation des messages de sensibilisation et de communication pour un changement de comportement et dans les activités d'information et de plaidoyer et 2) de réfléchir dessus avec les communautés. Les résultats ont donc fait l'objet de restitution et de rencontres de discussion avec différents groupes de la communauté.
Il ressort de l'expérience que la prise de conscience du caractère construit des stéréotypes véhiculés n'est pas évidente et nécessitera du temps. Cependant, malgré les résistances et l'avancement de l'argument de la fatalité, les rencontres ont permis d'ébranler les certitudes des participant-e-s, d'interroger leurs pratiques et d'amener une réflexion sur les valeurs et les normes sociales que la communauté souhaite privilégier pour le bien être des filles.

2.5.5. Implication des familles

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 adolescentes et adultes de la famille se sentent en porte-à-faux pour discuter de ces sujets. Cependant, le fait d'impliquer et d'éduquer les familles peut contribuer à créer un environnement favorable à l'amélioration de la santé des adolescentes. Les parents, les tuteurs et l'entourage proche ont une influence majeure sur la vie des adolescents, notamment des filles, qui seront d'autant plus enclines à réagir positivement aux programmes et encouragées à se tourner vers les services de SRR, s'ils 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. L'utilisation des médias et l'utilisation de la voix des jeunes à travers des sketchs pour interpeller les parents sont des canaux largement exploités (centres jeunes amis des jeunes, ANBEF, Anima Sutura) mais souvent trop ponctuellement.
Des organismes qui mettent en œuvre des programmes intégrés et holistiques qui visent aussi le changement de comportement et le changement social mettent en œuvre des stratégies volontaristes qui combinent plusieurs actions (cf. encadré DIMOL).
Dans le cadre des programmes qui visent les adolescentes les plus jeunes ou en situation de vulnérabilité et qui intègrent des activités de renforcement des compétences de vie et de leur empowerment, l'implication des parents est souvent une condition préalable et nécessaire.

Sensibilisation des comités de gestion des établissements scolaires, l'utilisation de la parole des jeunes, la création d'espaces d'expression, l'utilisation des médias, autant de stratégies auxquelles l'ONG DIMOL a recours pour éduquer et impliquer les parents

Dans le cadre du programme « My Rights, My Voice : écouter les jeunes pour améliorer l'enseignement et la santé » mis en œuvre au Niger par un consortium d'ONG[19] appuyé par Oxfam, l'ONG DIMOL développe des actions pour promouvoir et vulgariser les droits des adolescent-e-s et jeunes en santé sexuelle et de la reproduction.

Parallèlement au travail avec les jeunes, des activités de renforcement de capacité des parents sont mises en place à travers par exemple des interventions au niveau des comités de gestion des établissements scolaires.

Le recours aux émissions des radios communautaires, animées par des « ado DIMOL », permet également de toucher les adultes. Dans 12 communes couvertes par les actions (dans les régions de Tillabéry, Maradi et Tahoua) des plateformes ont été mises en place avec l'appui des détenteurs d'enjeux, des organisations à base communautaire, et des médias. Ces plateformes permettent d'élaborer et de véhiculer des messages clés par les radios communautaires et par un déplacement dans les communautés.

La plateforme recueille les préoccupations des communautés puis les radiodiffuse. Les séances sont publiques et en plein air et touchent tout le monde. Elles sont un lieu d'expression pour les mères et les pères qui peuvent faire part, par exemple, de leurs difficultés en ce qui concerne le mariage de leurs enfants. Les mères accusent les hommes de vouloir marier les jeunes filles et elles expriment leurs difficultés à fournir le trousseau de leurs filles.

19. ONG DIMOL, Coalition nigérienne des associations, syndicats et ONG de campagne Education pour tous (ASO-EPT), ONG Vie Kandé ni Bayra.

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

3.1. Observations générales

3.1.1. Considérations relatives au contexte nigérien

Au travers de cette étude, de manière générale, il ressort que les adolescentes nigériennes constituent une cible de plus en plus prise en compte dans les discours et engagements politiques au niveau national mais que l'opérationnalisation de cette prise en compte au sein des programmes fait encore défaut. En particulier, les données recueillies nous amènent à souligner les faits suivants :

- La préoccupation des adolescentes et les enjeux concernant leur santé et droits en matière de sexualité, de procréation et de mariages précoces est présente au Niger au niveau étatique, de certains services du Ministère de la santé publique, et d'un noyau d'ONG, mais ne se concrétise encore que très rarement par une visibilité dans les programmes.

- Lorsque la dimension jeunes/adolescentes est prise spécifiquement en compte, c'est souvent à travers la catégorie « populations vulnérables » (femmes, jeunes, professionnelles du sexe...) et les axes spécifiques programmés ne sont pas systématiquement opérationnalisés.

- La nécessité de se préoccuper des adolescentes de façon spécifique ou d'en tenir davantage compte dans les programmes thématiques ou sectoriels (relatifs à la santé en général, à la santé maternelle et infantile, au vih/sida en particulier, mais aussi à la jeunesse, à la lutte contre les violences basées sur le genre, l'éducation et la formation) commence à être partagée par les partenaires UNFPA du H4+ et par certaines associations mais reste à être mise en œuvre.

- Des actions concrètes holistiques en direction des jeunes filles et des adolescentes, de leur entourage et des communautés porteuses d'enseignements en termes de changement social existent mais restent pour la plupart pilotes ou isolées et ne sont pas suffisamment appropriées ou intégrées par les instances nationales et locales. Ces actions sont souvent développées dans le cadre de programmes bénéficiant de financements substantiels via les réseaux de grandes ONG internationales.

- Les intervenants et acteurs regrettent un manque de cadre, de référence et de coordination en ce qui concerne les interventions en matière de SSRAJ et notamment à destination des adolescentes.

• Les attitudes stigmatisant les adolescentes et les messages « moralisateurs », y compris de la part des responsables de programmes ou de services qui ont conscientisé ce problème, sont persistants. Certains acteurs se disent même démunis pour changer et intervenir sur les questions de sexualité. La déconstruction de certaines représentations et de stéréotypes de genre de la part même des porteurs d'actions visant le changement social apparaît cruciale.

3.1.2. Remarques sur le positionnement de l'UNFPA

En terme de positionnement, l'UNFPA, au regard de son mandat et des considérations générales rappelées ci-dessus, a toute légitimité pour mener une politique volontariste en matière de SDSP des adolescentes et de changement des normes sociales, même s'il existe de fortes résistances. En ce sens, l'UNFPA pourrait jouer un rôle fédérateur et d'appui technique pour promouvoir la prise en compte spécifique des adolescentes dans l'ensemble des politiques et programmes des ministères de lignes et auprès de ses partenaires du H4+ (programmes de santé maternelle, de PF, de lutte contre les IST/VIH, de promotion du genre et de l'égalité). Ce décloisonnement doit également se poursuivre et se renforcer au sein même de l'équipe UNFPA. Pour les mêmes raisons mais également parce qu'il appuie des acteurs (institutions et 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.

3.2. Dix propositions d'action à prioriser

A ce stade, à partir du constat général préalablement exposé, l'analyse du contexte nigérien et des projets et outils existants nous permet d'identifier des pistes d'action à trois niveaux : au niveau des adolescentes elles-mêmes, au niveau de la société plus largement mais aussi au niveau institutionnel. Nous en avons sélectionné dix qui nous paraissent particulièrement prometteuses.
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 (du simple appui à la mise en œuvre, en passant par la coordination). Ce juste positionnement reste à préciser en fonction des réalités institutionnelles locales et du mandat de chacun des acteurs.

AU NIVEAU INDIVIDUEL

01

INTRODUIRE UN MODULE « POPULATION ET VIE FAMILIALE » DÈS LE CYCLE 1 DE L'ÉCOLE

Intérêts

› Structurer un cycle d'enseignement à la vie familiale et à l'éducation sexuelle complet et évolutif du cycle 1 à la fin du secondaire
› Atteindre le maximum de jeunes d'une même classe d'âge et toucher les filles avant leur déscolarisation
› Contribuer à la déconstruction des stéréotypes de genre dès le plus jeune âge

Stratégie et mise en œuvre

› Identifier un outil existant de qualité. En particulier, le livret pédagogique « Décider de sa vie et construire sa famille : réfléchir ensemble pour améliorer la santé maternelle », conçu par Yannick Jaffré, nous semble être particulièrement adapté
› Convaincre le ministère de l'Enseignement primaire, de l'alphabétisation, de la promotion des langues nationales et de l'éducation civique
› Tester l'introduction de ce nouveau module sur un district pilote avec un outil de mesure de l'impact adapté
› Mettre en place un comité de pilotage paritaire incluant les ministères de l'Enseignement secondaire, de la Santé publique, de la Population, de la Promotion de la femme et de la protection de l'enfant et les acteurs associatifs intervenant en milieu scolaire
› Former les enseignants et sensibiliser les parents d'élèves
› Adapter le dispositif selon les résultats et le passer à l'échelle
› Renforcer les capacités des adolescentes en leadership pour la promotion de leurs droits sexuels et reproductifs

Limites

› Résistance des établissements et des associations de parents d'élèves à désamorcer
› Manque de volonté ou réticence des enseignants : former les enseignant-e-s à l'utilisation des supports et outils

02

DÉVELOPPER ET RENFORCER L'UTILISATION DES SERVICES D'ÉCOUTE ET D'AIDE À DISTANCE (LIGNE VERTE) EN ADAPTANT LEUR OFFRE AUX PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES DES ADOLESCENTES, DONT LA LUTTE CONTRE LE MARIAGE FORCÉ

Intérêts

› Faciliter l'accès des adolescentes à des informations et des conseils personnalisés adaptés à leur situation de façon anonyme au moment où elles en ont besoin
› Faciliter l'orientation des adolescentes vers des structures de soins et de protection juridique et sociale existantes
› Optimiser le service en augmentant sa fréquentation et son usage par les filles et par les moins de 15 ans (70 à 80 % des appelants ont entre 15 et 30 ans)

Stratégie et mise en œuvre

› Inciter les adolescent-e-s, et notamment les plus jeunes, à recourir à la ligne verte par une campagne ciblée de promotion de ce service (utilisation des radios locales et communautaires, diffusion de témoignages positifs d'usagers-ères, d'écoutant-e-s, de médecins…)
› Appuyer le recrutement de nouveaux/nouvelles écoutant-e-s
› Former les écoutant-e-s de la ligne verte pour une prise en charge adaptée au public spécifique des adolescentes
› Assurer un accueil au moins en langue haoussa et zarma, en plus du français

Limites

› L'impact du service dépend de la qualité d'écoute : mettre en place un dispositif facilitant l'apprentissage continu des écoutant-e-s ainsi qu'une supervision rapprochée

03

INSTAURER UNE CONSULTATION GRATUITE POUR LES ADOLESCENTES DANS LA PÉRIODE PRÉ-PUBERTAIRE DANS LES CENTRES DE SANTÉ INTÉGRÉS

Intérêts

› Offrir aux adolescentes l'occasion d'un contact et d'une familiarisation avec une structure socio-sanitaire de proximité en leur nom propre
› Permettre aux adolescentes de recevoir une information claire et précise sur la puberté et les services de prévention et de soins offerts par la structure
› Accoutumer les prestataires et les communautés à l'accueil dans les structures socio-sanitaires des adolescentes pour des conseils ou des soins de SSR
› Offrir des services et des conseils préventifs adaptés aux besoins spécifiques des adolescentes (ex : vaccins anti-HPV dans le cadre de l'initiative GAVI)

Stratégie et mise en œuvre

› Convaincre le ministère de la Santé Publique
› Identifier une journée/semaine commune et nationale dédiée à la réalisation de ces consultations gratuites (autour du 11 octobre ou du 11 juillet)
› Identifier, avec des centres « Amis des jeunes » dynamiques, les conditions de réalisation optimales de cette initiative et les étapes préparatoires indispensables au niveau des centres de santé
› Elaborer des termes de référence / une feuille de route à destination des CSI en termes d'organisation, de contenu des messages, d'informations et de soins à dispenser aux adolescentes
› Inscrire cette journée/semaine ainsi que son financement dans les plans de développement sanitaire/SR et dans les plans d'opération des districts sanitaires
› Organiser et financer une campagne médiatique nationale pour informer largement de l'initiative sans oublier de mobiliser les relais communautaires pour diffuser l'information (mobilisation des réseaux de pairs-éducateurs, de mères-éducatrices, des écoles des maris…)

Limites

› Difficulté de rendre obligatoire cette visite pour toutes les adolescentes concernées : nécessité d'avoir recours à la mobilisation communautaire
› Possibilité d'engorgement des services

04

CRÉER UN LABEL QUALITÉ POUR LES SUPPORTS DE FORMATION / INFORMATION EN MATIÈRE D'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ

Intérêts

› Identifier, reconnaître et promouvoir les outils et les dispositifs d'éducation à la sexualité qui présentent des garanties de qualité
› Renforcer l'impact des actions de sensibilisation et d'information
› Développer les compétences des acteurs déjà impliqués et la qualité des interventions
› Favoriser la coordination des acteurs et l'harmonisation des dispositifs existants

Stratégie et mise en œuvre

› Recenser les différents acteurs institutionnels et associatifs intervenant dans le domaine de l'éducation à la sexualité et les curriculums/ supports de formation qu'ils utilisent
› Définir de manière participative à travers une série d'ateliers un label qualité et son référentiel qui intégrerait notamment l'importance de jugement non moralisateur, la perspective genre, l'approche participative et l'éducation relationnelle et affective
› Mettre en place un comité de rédaction des processus de labellisation, et d'une grille d'auto-évaluation et d'audit
› Faire connaître ce label et mettre en place un processus de labellisation
› Editer un répertoire des outils labellisés
› Organiser des ateliers de formation des intervenants

Limites

› Au regard de la quantité des intervenants dans le domaine de l'éducation sexuelle, cette démarche doit s'envisager au moins sur 3 ans

05

APPUYER LES ACTEURS QUI PROPOSENT DES ACTIVITÉS DE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES DE VIE AUX ADOLESCENTES DÉSCOLARISÉES OU NON SCOLARISÉES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

Intérêts

› Toucher les catégories d'adolescentes les plus marginalisées et pas seulement celles qui sont scolarisées
› Soutenir une évolution sur le long terme en répondant aux besoins stratégiques de cette population et pas seulement à leurs besoins pratiques
› Favoriser une approche globale et intégrée

Stratégie et mise en œuvre

› Etablir ou mettre à jour un mapping des acteurs qui développent et utilisent cette approche
› Apporter un appui technique à ces acteurs pour améliorer/harmoniser le contenu des modules dispensés (labellisation qualité des manuels)
› Proposer des formations aux animateurs-trices/mentors pour améliorer l'impact de leurs interventions (formation en genre notamment)
› Négocier le rapprochement entre ces acteurs et les centres Amis des jeunes, négocier notamment la mise à disposition d'« espaces sûrs » au sein des centres pour les rencontres avec les adolescentes
› Mettre à disposition une ligne budgétaire pour soutenir l'élargissement des activités de renforcement de compétences de vie à d'autres sites

Limites

› Risque de résistance de la part de l'entourage des adolescentes au sujet de leur participation régulière aux activités proposées : nécessité de mener des actions de mobilisation communautaire et de médiation pour faire accepter la participation des adolescentes aux activités

AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

06

MOBILISER LES COMMUNAUTÉS EN VUE DE L'ABANDON DU MARIAGE PRÉCOCE, EN ADAPTANT LE MODÈLE DE LA THÉORIE DES CONVENTIONS SOCIALES EN MATIÈRE D'ABANDON DE L'EXCISION

Intérêts

› Approche qui permet des changements sociaux durables et l'abandon de pratiques fortement ancrées
› Approche participative et inclusive qui mobilise, implique et responsabilise l'ensemble de la communauté, et chacun-e à son niveau.
› A partir d'un groupe de villages/communautés qui s'engagent et grâce aux relations de voisinage, la nouvelle pratique/norme adoptée peut s'étendre petit à petit aux villages voisins
› Fort intérêt pour le sujet chez les Britanniques, avec lesquels des partenariats pourraient être envisagés

Stratégie et mise en œuvre

› Etablir un partenariat avec des organisations nationales ou d'Afrique de l'Ouest bénéficiant d'une expertise avancée en matière d'accompagnement des communautés à l'engagement public d'abandon de la pratique de l'excision.
› Identifier une zone d'intervention où le mariage précoce est particulièrement important et pratiqué à un âge très jeune (régions de Maradi ou de Zinder, dans lesquelles l'âge médian à la première union est de 15,4 ans)
› Adapter et développer le modèle avec l'appui et l'expertise d'une structure spécialiste : (1) en s'appuyant sur des ressources communautaires et des mécanismes de dialogue existants : écoles des maris, comités pour la santé reproductive, comités locaux pour la protection de l'enfance, organisations à base communautaire (2) en prenant en compte les actions déjà en cours dans un souci de synergie, d'harmonisation des messages et des activités et de non duplication (3) en impliquant les ONG déjà implantées qui travaillent avec les populations
› Impliquer des socio-anthropologues dans le processus de suivi-évaluation et dans la capitalisation
› Communiquer régulièrement sur l'expérience et médiatiser à l'échelle nationale les cérémonies d'abandon du mariage précoce au cours desquelles les communautés s'engagent publiquement

Limites

› La temporalité : cette approche, si elle est efficace, s'inscrit dans la durée ; un minimum de trois années est nécessaire pour aboutir à un engagement des communautés

07

COORDONNER UNE CAMPAGNE CROSS-MEDIA FAVORISANT LA DÉCONSTRUCTION DES STÉRÉOTYPES S'APPUYANT SUR DES SUPPORTS EXISTANTS DE QUALITÉ

Intérêts

› Soutenir et légitimer les acteurs 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 dans le domaine de la sexualité et de la procréation
› Mettre en débat les représentations et habitudes sociales
› Augmenter le potentiel et l'impact d'outils de communication de masse de qualité déjà existants

Stratégie et mise en œuvre

› Identifier au niveau sous-régional des outils de communication de masse de qualité, du type de la série télévisuelle « C'est la vie »[20]
› 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, réaliser des guides de discussion à partir des épisodes…
› Rapprocher la communication nationale de la réalité locale en donnant aux acteurs de terrain les moyens 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 en cours pour informer les citoyen-ne-s et alimenter le débat public dans une démarche « évidence-based »
› Relayer la voix des adolescentes
› Accompagner ces campagnes grand public d'un volet pour les professionnels de santé

Limites

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

20. Tournée et enregistrée au Sénégal avec l'objectif d'être diffusée dans tous les pays d'Afrique de l'Ouest via le réseau de Canal France International, la série « C'est la vie » a d'ores et déjà au niveau sous-régional le soutien dans le cadre de Muskoka de l'UNFPA, de l'OMS, d'ONU FEMMES

AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

08

APPUYER LA CRÉATION D'UNE ALLIANCE ENTRE LES LEADERS ADMINISTRATIFS ET LES CHEFS TRADITIONNELS DU NIGER POUR LE RECUL DE L'ÂGE AU MARIAGE ET LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX ADOLESCENTES

Intérêts

› Favoriser l'adoption de consensus et de positions communes fortes à relayer auprès des populations sur un des enjeux majeurs au Niger en termes de santé et droits des adolescentes

Stratégie et mise en œuvre

› Favoriser la création d'un groupe de travail leaders traditionnels/leaders administratifs incluant les ONG déjà actives sur ce sujet (AFJN, CONGAFEN, ...)
› Nourrir ce groupe de travail avec les données existantes et les expériences intéressantes dans la sous-région (voyage d'étude, partage des résultats du programme UNICEF/coopération australienne...)
› Favoriser l'adaptation d'argumentaires déjà existants (ex : campagne Girls Not Brides) et leur appropriation par les leaders nigériens
› Appui à la communication dans chacune des régions
› Création d'un label Communes « amies des filles » décerné aux communes qui prennent des engagements pour le recul de l'âge au mariage et la défense des droits des filles et adolescentes et médiatisation de leurs engagements
› Identifier au niveau national des objectifs de plaidoyer intermédiaires et concrets comme l'exonération de frais pour l'obtention du certificat médical nécessaire au dépôt de plainte pour les victimes de violences

Limites

› Les opposants doivent être clairement identifiés et leur neutralité négociée

09

INSTAURER ET ASSURER LE FONCTIONNEMENT DE GROUPES DE CONCERTATION JEUNES-ADOLESCENTES DANS LES RÉGIONS

Intérêts

› Favoriser la synergie entre les acteurs et la complémentarité des actions en faveur des filles
› Créer les conditions pour que des partenariats s'instaurent en soutenant la concertation

Stratégie et mise en œuvre

› Cartographier les différents acteurs intervenant dans le domaine des droits et de la santé des filles dans les différentes communes de convergences (acteurs publics et associatifs)
› Organiser des sessions de travail de planification deux fois par an
› Mettre en place un outil de partage des informations régulier sur les programmes, les opportunités et les difficultés rencontrées

› Instaurer un mécanisme de consultation avec les filles elles-mêmes (en évitant toute instrumentalisation)
› Evaluer ce dispositif
› Le cas échéant l'améliorer et le généraliser à l'ensemble du territoire

Limites

› Nécessité de moyens en termes d'animation pour que ces espaces de travail fonctionnent

10
FORMER LES CADRES MINISTÉRIELS À L'APPROCHE GENRE, AVEC UNE PRÉOCCUPATION PARTICULIÈRE « GENRE ET ADOLESCENTES », ET « GENRE ET SANTÉ SEXUELLE ET DE LA PROCRÉATION »

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

Stratégie et mise en œuvre
› Constituer un pool national spécifique de formateurs-trices genre
› Mettre à niveau les membres de ce pool en organisant à leur intention une formation approfondie, en faisant appel par exemple à l'association belge « Le Monde selon les femmes »[21] qui dispose d'une expertise et d'une expérience pointues en matière de formation de formateurs en genre et santé et genre et droits sexuels et reproductifs
› Identifier, avec le ministère de la Population, de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant, les ministères et catégories de fonctionnaires prioritaires à cibler en termes de formation
› Convaincre ces ministères de l'intérêt de former ses 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

Limites
› Financement des formations

21. http://www.mondefemmes.be/

IV. Références

• **LASDEL, UNFPA Niger, MSP.** Approche socio-anthropologique évaluative du « Programme adolescentes » « Burkinatarey Bayrey/Ilimin Zaman Dunia ».

• **Ministère des Finances, ICF International, Calverton Maryland, USA (sept. 2013).** Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples (EDSN-MICS IV) 2012, Institut national de la statistique.

• **LASDEL, UNFPA Niger, MSP, IntHEC (2010-2014).** Intégrer la santé, l'éducation et les aspects communautaires : stratégies factuelles pour accroitre l'équité, l'intégration et l'efficacité des services de santé de la reproduction pour les communautés pauvres en Afrique Sub-Saharienne.

• **(2006) Le Plan d'action de Maputo pour l'Opérationnalisation de la politique du cadre de travail continental pour la santé génésique et les droits sexuels 2007- 2010 LASDEL, UNFPA Niger, MSP.** Disponible sur : http://www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo_eng.pdf

• **Loi sur la santé de la reproduction au Niger, adoptée par l'Assemblée Nationale le 24 mai 2006**

• **INS, Oxfam Québec, UNFPA, MSP.** Rapport d'analyse : Mécanisme de collecte de données sur les indicateurs de violences basées sur le genre au Niger.

• **UNFPA Niger.** Plan d'action du Programme de pays 2014-2018.

• **Ministère de la Santé publique. Plan de développement sanitaire (PDS) 2011-2015, adopté en conseil des ministres le 27 janvier 2011.**

• **Ministère de la Santé Publique, Direction de la mère et de l'Enfant, Division SSRAJ.** Plan stratégique en santé des adolescents et des jeunes (2011-2015)

• **Ministère de la population, de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant.** Politique Nationale de genre, mai 2008

• **Institut National de la Statistique, Direction de la coordination et de Développement de la Statistique, Division de la coordination Statistique et de la Coopération (2012).** Présentation des résultats préliminaires du quatrième recensement général de la population et de l'habitat (RGP/H) ?

• **UNFPA Niger, ONG Lafia Matassa. Programme Adolescentes, Burkinatarey Bayrey/Ilimni Zama Dunia (2013-2014).**

• **Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) (1994).** Disponible sur : http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html

• **Cabinet du premier ministre. Programme Sectoriel de l'Education et de la Formation (PSEF) (2014-2024).**

• **Projet de maillage territorial, Ministère de la Jeunesse et des Sports, financement AFD (FSP).**

• **ONG Lafia Matassa (juillet 2011).** Vulnérabilité des adolescentes de 10 à 14 ans et modes d'intervention pour réduire les risques en Santé Sexuelle et de la Reproduction : Cas de Gamkalley et Loga au Niger. Etude réalisée dans le cadre de deux projets : « Protéger les adolescentes : le défi à relever pour une meilleure efficacité des programmes de SDSP », financement Union Européenne et « Défi jeunes : une approche intégrée de promotion de la demande des adolescentes en services de santé sexuelle et de la procréation », financement AFD. Coordination Technique : ONG Equilibres & Populations.

V. Annexes

Annexe 1
Projet MUSKOKA / UNFPA
Proposition de TDR pour l'analyse des éléments de SSR des adolescents dans les politiques et programmes pays

Objectif

L'objectif de cette analyse est d'identifier dans quelle mesure la santé sexuelle des adolescentes est prise en compte dans les programmes actuels de l'UNFPA, en particulier ceux financés par les fonds Muskoka. En prenant en compte la cohérence avec les actions conduites par les autres acteurs au développement (principaux ministères, autres agences onusiennes, ONG), elle visera à identifier les éventuels gaps et à formuler des recommandations afin que les efforts mis en œuvre puissent être renforcés/redirigés pour plus d'impacts.

Méthodologie

1. L'analyse s'appuiera sur une revue des documents issus de :

- L'UNFPA : les derniers plans d'action programme pays et leur évaluation, les plans annuels de travail et leur évaluation, les plans d'actions projet spécifique (ex : initiative pour la Santé Sexuelle et Reproductive des Jeunes et Adolescents au Niger),
- Des principaux ministères de ligne
- Des principales agences onusiennes partenaires
- Des principales ONG partenaires

2. Cette analyse sera complétée par des interviews avec le personnel clé de l'UNFPA et avec les responsables de programmes des autres acteurs au développement.

3. Cette analyse pourra être enrichie par quelques visites de terrain.
L'analyse s'effectuera à distance mais aussi à travers des missions dans chacun des pays identifiés. Elle sera guidée par les questions suivantes :

Questions globales :
La SSR des adolescentes est-elle prise en compte transversalement ou spécifiquement ? Quels acteurs sont en charge de la mise en œuvre ? D'où viennent les financements ?

Questions spécifiques :

• ***Données***

Sur quels types de données concernant les adolescent-e-s la conception du programme s'est-elle appuyée (données désagrégées par âge/sexe, statut matrimonial, origine géographique, niveau scolaire...). Au cours de la mise en œuvre du programme, avez-vous produit des données spécifiques concernant les adolescentes (qualitatives ou quantitatives) ? Avez-vous conduit un travail spécifique d'identification des adolescentes les plus vulnérables ? Si oui, comment ?

• ***Politiques et lois***

Votre programme cherche-t-il à influencer favorablement les politiques et lois concernant les adolescentes ? De quelle manière ? Quels ont été les principaux résultats ?

• ***Education à la sexualité***

Dans le cadre de votre programme, les adolescentes ont-elles eu accès à des informations/à une éducation sur la sexualité ? Si oui, de quelle manière ? Quels étaient les sujets abordés et comment l'étaient-ils ?

• ***Services de santé***

Votre programme facilite-t-il l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité et adaptés, particulièrement en matière de contraception ? De quelle manière ?

• ***Travail avec les parents***

Dans le cadre de votre projet, un travail spécifique a-t-il été effectué avec les parents ? de quelle manière ?

• ***Changement social***

Votre projet a-t-il favorisé le changement des mentalités ? Comment ? Avez-vous travaillé avec la communauté ? Si oui, avec qui en particulier ? De quelle manière ?

Livrable

Chaque rapport sera construit selon un format standard :

1. Une rapide introduction de l'enjeu que constitue la SSR des adolescentes, une brève description du contexte institutionnel/législatif et un résumé des principales observations contenues dans le rapport.

2. Une analyse des plans pays et de leurs déclinaisons opérationnelles au regard de la SSR des adolescentes.

3. Des recommandations pouvant nourrir le développement de nouvelles approches et la révision des programmes actuels.

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 entrainer 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-anthropoligiques et de suivi des programme 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.

Education 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 a 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 sante sexuelle et reproductive de qualité.)
- Valorisant 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

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

Théorie du changement : Réduction des grossesses précoces

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

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

Comportement des adolescents directement lié aux objectifs de santé
- Rapports sexuels à risque
- Non utilisation de produits de contraception/prévention
- Entrée précoce en sexualité

Interventions pour le changement

1.1. Offrir une éducation sexuelle complète avant la puberté pour tous les adolescents et adolescentes 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 communauté 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 résaux 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 juste et durable.

Citation suggérée :
Santé et Droits Sexuels et de la Procréation des adolescentes au Niger - Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA, Equilibres & Populations, 2014

Crédits

Coordination générale
Aurélie Gal-Régniez
Equipe de recherche
Magali Doisy, Nora Lejean
& Rodrigue Ngouana
Rédaction
Dominique Pobel & Magali Doisy
Secrétariat de rédaction
Nicolas Rainaud
Secrétariat d'édition
Nathalie Perrotin

Création : Jean-Luc Gehres
www.welcomedesign.fr
Impression :
Simon Graphic, Ornans
Ce document est imprimé
sur du papier certifié.

En novembre 2012 à Cotonou, l'UNFPA, ses partenaires onusiens et les ministères concernés se sont engagés à changer leurs 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 sur le Niger s'inscrit en appui à cette dynamique. Quels sont les opportunités et les défis pour la poursuite et l'accélération des changements initiés en faveur des adolescentes ? Quelles sont les actions à fort impact à privilégier et à soutenir ? Quel rôle spécifique peut avoir l'UNFPA dans la prise en compte des programmes des autres intervenants et des spécificités nationales ? Cette étude, conduite participativement, aboutit à l'élaboration de dix recommandations pour une amélioration durable du statut et de la santé sexuelle et de la procréation des adolescentes au Niger.

Équilibres & Populations
www.equipop.org
info@equipop.org

Siège
75, rue des Saints-Pères
75006 Paris - France
Tél. : +33 (0)1 53 63 80 40
Fax. : +33 (0)1 53 63 80 50

Bureau Afrique de l'Ouest
09 BP 903 Ouagadougou 09
Burkina Faso
Tél. / Fax. : +226 50 36 73 73