



Rapport de la pré-conférence sur la santé des adolescents et des jeunes en prélude au Forum de la CEDEAO sur les bonnes pratiques

25 octobre 2016, Grand Bassam, Côte d'Ivoire

Tables des matières

Introduction	2
Objectifs	2
Résultats attendus	2
Cérémonie d'ouverture et session plénière	3
Première séance de travail sur les priorités en matière de santé des adolescents en Afrique de l'Ouest ..	6
Deuxième séance de travail sur les pratiques néfastes pour la santé des adolescents	11
Troisième séance de travail sur le transfert des connaissances et l'utilisation des données probantes pour la promotion de la santé des adolescents dans les politiques et programmes	14
Recommandations	16
Panel de clôture	17
Annexe 1. Ordre du jour de la pré-conférence (25 octobre 2016)	19
Annexe 3. Evaluation de l'atelier	26
Annexe 4. Liste des ressources partagées avec les participants	29

Introduction

Organisée par l'Organisation ouest-africaine de la Santé (OOAS), l'Initiative de mise en œuvre des bonnes pratiques (IBP) et le Groupe technique de travail sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (AYSRH), la pré-conférence sur la santé des adolescents tenue en prélude au 2^{ème} Forum de l'OOAS sur les bonnes pratiques, avait pour objectif de permettre aux participants de parvenir à une compréhension commune de la nature et de l'ampleur des principales priorités en matière de santé des adolescents en Afrique de l'Ouest, ainsi que des approches fondées sur des données probantes en vue de répondre à ces priorités, et des stratégies pour leur mise à l'échelle. La pré-conférence a également servi de plateforme pour stimuler la réflexion et le débat sur la façon dont les quatre thèmes du Forum des bonnes pratiques¹ peuvent contribuer à renforcer les réponses nationales à la santé des adolescents. La pré-conférence visait à assurer un équilibre dans la répartition du temps entre une analyse de la situation éclairée mettant l'accent sur la santé des adolescents, et un examen des approches envisagées afin de résoudre les problèmes prioritaires en matière d'actions en faveur des adolescents grâce aux échanges d'expériences entre les praticiens de chaque pays. La pré-conférence a réuni environ 90 participants, y compris les représentants des ministères de la santé des 15 États membres de la CEDEAO, les organisations de la société civile locale, les jeunes leaders, les ONG internationales, les agences des Nations Unies, les bailleurs de fonds et les membres du personnel de l'OOAS.

Objectifs

1. Développer une compréhension commune :
 - a. de la nature et de l'ampleur des priorités de santé publique des adolescents et jeunes identifiées en Afrique de l'Ouest ;
 - b. des approches fondées sur des données probantes pour répondre à ces priorités ;
 - c. des stratégies pour la mise à l'échelle de ces approches.
2. Stimuler le débat sur la façon dont les quatre thèmes du Forum sur les bonnes pratiques (réforme institutionnelle, renforcement des ressources humaines de la santé, l'emploi de technologies sanitaires et l'utilisation de données probantes dans les politiques et programmes) contribuent à renforcer les réponses nationales en matière de santé des adolescents.

Résultats attendus

- Une publication/une note sur la pré-conférence
- Amélioration des connaissances et de la compréhension des thèmes soumis et examinés

¹ Les quatre thèmes sont comme suit: réforme institutionnelle, le renforcement des ressources humaines de la santé, l'emploi de technologies sanitaires et l'utilisation de données probantes dans les politiques et programmes.

- Une idée claire de la façon dont la nouvelle génération de services de santé des adolescents/programmes de la santé sexuelle et reproductive des adolescents doit s'appuyer sur les leçons apprises du passé.
- Participants bien préparés à utiliser une dimension concernant les adolescents dans les travaux du forum de l'OOAS.
- Participants familiarisés avec les outils et les approches de mise à l'échelle.

Cérémonie d'ouverture et session plénière

La cérémonie d'ouverture de la pré-conférence a été assurée par un panel d'ouverture officielle composé de Dr. James Kiarie, Coordonnateur de l'Equipe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) chargée de la reproduction humaine, Dr. Francis Kateh, Ministre délégué de la Santé du Liberia, Dr. Sheila Mensah, Bureau régional l'USAID/Afrique de l'Ouest, Peggy d'Adamo, USAID Washington et de Dr. Xavier Crespin, Directeur général de l'OOAS.

Dr. James Kiarie, Coordonnateur de programmes de l'Equipe de l'OMS chargée de la reproduction humaine et représentant de l'Initiative IBP a rappelé les fonctions de l'IBP en tant que partenariat international unique initié en 1999 par l'OMS, l'USAID, l'UNFPA et neuf organismes, et destiné à la mise à l'échelle des bonnes pratiques dans la planification familiale et dans d'autres domaines de la santé de la reproduction. Sa vision et sa mission consistent à améliorer les résultats de la santé de la reproduction et à contribuer à la réalisation des objectifs de PF2020 et des ODD grâce à la mobilisation des acteurs mondiaux de la santé sexuelle et reproductive pour identifier, mettre en œuvre et à l'échelle les pratiques efficaces et les directives mondiales par le truchement de sa capacité de mobilisation en tant que plateforme neutre de partage de connaissances et de collaboration. Avec 45 partenaires et un secrétariat composé de l'USAID, de l'OMS, de l'UNFPA, l'Initiative IBP partage des connaissances sur les bonnes pratiques dans le domaine de la santé publique, promeut l'utilisation de pratiques éprouvées, et encourage la collaboration entre les organisations et les gouvernements pour diffuser ces pratiques. L'Initiative IBP s'appuie sur quatre principes de travail: a) Les programmes d'intervention doivent être fondés sur des données probantes et alignés sur les directives mondiales; b) Ne pas inventer la roue: réduire la duplication, maximiser l'utilisation des ressources limitées et harmoniser les approches; c) Les organisations individuelles engrangeront plus de résultats en travaillant en collaboration les unes avec les autres; d) Promouvoir l'égalité de participation de tous les membres et encourager l'engagement sur le terrain.

Dr. Francis Kateh, le Ministre délégué de la Santé du Liberia a souligné que pour être réellement efficaces, les interventions sanitaires doivent atteindre chaque mère dans chaque village ; et que les interventions sanitaires doivent également bénéficier de façon quotidienne aux jeunes et aux adolescents. Il a recommandé que les participants à la pré-conférence ne perdent pas de vue ces aspects lors des discussions sur les interventions et les approches pour faire face aux questions de la santé de la reproduction des jeunes.

Dr. Sheila Mensah de l'USAID/Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest à Accra, Ghana, a remercié les participants d'avoir fait des besoins sanitaires des adolescents et des jeunes, une priorité. Elle a rappelé

que l'USAID soutient l'OOAS dans ses efforts de mise à l'échelle des programmes relatifs à la santé des jeunes, tout en soulignant la nécessité impérieuse d'assurer l'accès des jeunes aux services de santé de la reproduction ; elle a également exprimé la nécessité d'investir dans la santé et le développement des jeunes dans la mesure où ils constituent 60% de nos communautés. Elle a par ailleurs souligné l'importance particulière que revêtent le plaidoyer et l'investissement pour la diffusion des pratiques à haut impact pour les programmes en faveur des jeunes, dans la mesure où le financement est désormais disponible. Elle a indiqué que si la jeunesse est en bonne santé, les communautés sont en bonne santé et toute la région se porte bien.

Peggy D'Adamo, la représentante de l'USAID Washington-DC, a relevé la collaboration étroite entre l'USAID et l'OMS, et a affirmé son soutien à l'Initiative IBP. Elle voit cette initiative comme étant une plateforme de communication entre pairs qui facilite la collaboration avec les autres pays en vue d'améliorer les différents programmes nationaux.

Dr. Xavier Crespin, Directeur général de l'OOAS, s'est réjoui de la forte mobilisation et participation à ce pré forum. Il a encouragé tous les participants à soutenir le plan stratégique 2016-2020 de l'OOAS et à l'utiliser comme outil pour promouvoir les priorités sanitaires dans l'espace CEDEAO. Il a fait remarquer qu'il existe de plus en plus des preuves concernant les problèmes de santé des adolescents et des jeunes dans la sous-région, y compris les grossesses non désirées, la faible utilisation des moyens de contraception, etc... Il a exhorté les participants à utiliser ces informations pour promouvoir les bonnes pratiques. Il a également souligné que les différents pays doivent faire un plaidoyer au plus haut niveau de leurs gouvernements pour passer à l'échelle les bonnes pratiques afin de permettre à un plus grand nombre de personnes d'en bénéficier. De même, le DG OOAS a souligné la nécessité d'utiliser des ressources humaines compétentes et des technologies appropriées pour développer des initiatives concrètes que nous pouvons mettre en œuvre dans les différents pays de l'Afrique de l'Ouest en faisant appel au potentiel cumulé de tous les partenaires. Il a conclu en remerciant les ministres de la santé de tous les États membres de la CEDEAO pour leur travail avant de déclarer la pré-conférence, ouverte.

Après l'ouverture officielle, deux exposés techniques ont permis d'avoir un aperçu de la santé des adolescents au niveau mondial et en Afrique de l'Ouest.

Dr. Matti Parry, de l'OMS Siège, a donné un aperçu du contexte mondial actuel de la santé des adolescents et des jeunes. Il a brièvement résumé le travail abattu au niveau mondial dans le domaine de la santé publique des adolescents et des jeunes au cours des 25 dernières années, à commencer par la Convention des droits de l'enfant (1989), la Conférence internationale sur la population et le développement (1994), et l'établissement des Objectifs du millénaire pour le développement (2000). Si, d'une manière générale, des résultats globaux ont été enregistrés dans le domaine de la santé au cours de cette période - une baisse de 45% de la mortalité maternelle et une réduction de 50% de la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans - les progrès ont été beaucoup plus modestes en ce qui concerne la santé des adolescents. Par exemple, le taux de grossesse chez les adolescentes n'a pas baissé de façon substantielle, avec le nombre d'enfants mis au monde par des filles âgées de 15 à 19 ans qui est descendu légèrement de 64% à 56%. Quatre pays de la région sont sur la liste des dix pays les plus

fertiles au monde. En outre, les progrès accomplis dans la prévention du VIH, le traitement et les soins dispensés aux adultes ne sont pas allés de pair avec ceux enregistrés au niveau des adolescents.

A l'échelle mondiale, les causes de la mortalité et de la morbidité chez les adolescents sont : les questions de santé mentale, les accidents de la circulation, les carences en fer, le VIH et le SIDA, et l'automutilation. On constate une grande diversité entre les régions, avec les régions africaines enregistrant les cas extrêmes. La région de l'Afrique de l'Ouest présente un taux de prévalence supérieur à la moyenne en ce qui concerne le VIH, le paludisme et les maladies tropicales négligées, ainsi que les complications de santé maternelle. Dr Parry a souligné que bon nombre de questions de santé sexuelle et reproductive ne sont pas suffisamment prises en compte dans les mesures relatives à la prévention de la morbidité et de la mortalité dans la région. Il a conclu en déclarant qu'en raison du fait que la région présente les taux les plus élevés en ce qui concerne la morbidité chez les adolescents, tout le monde s'accorde à reconnaître la nécessité de trouver de solutions aux problèmes des adolescents.

Dr. Yves Mongbo, de l'OOAS, a fait une synthèse de l'analyse situationnelle entreprise en 2015 par l'OOAS sur les questions relatives à la santé des adolescents et des jeunes en Afrique de l'ouest. L'analyse a renseigné l'élaboration d'un guide au profit des Etats membres de la CEDEAO pour les aider à développer des stratégies nationales en matière de santé des adolescents. Au nombre des principales conclusions, figurent : un taux d'avortement de 26/1000 ; un grand écart dans la prévalence des IST chez les jeunes filles (6,6% au Nigeria contre 53,7% au Liberia) ; une variation du taux du mariage précoce (de 8,3% au Ghana à 59,1% au Niger) ; les taux des MGF en Guinée atteignent 94%. Les autres risques pour la santé des adolescents et des jeunes qui ne sont pas liés à la santé de la reproduction sont la consommation du tabac, la consommation d'alcool, la mauvaise alimentation, la violence et l'anémie chronique. Les changements de comportement et de mode de vie sont à l'origine des rapports sexuels sans protection avec de multiples partenaires. On enregistre un fort taux de connaissance de la planification familiale (80-90%), mais les taux de prévalence contraceptive demeurent faibles. Il existe une bonne connaissance générale de la prévention du VIH, mais les mesures de prévention du VIH restent insuffisantes. L'analyse situationnelle conclut que l'investissement dans la santé des adolescents et des jeunes constitue une priorité afin de capitaliser sur le dividende démographique ; et pour faire cela de la manière la plus efficace, il faut impérativement s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé des adolescents.

Les représentants des jeunes, Mea Olympio (AgirPF/EngenderHealth) et Dadja Masama (ATBEF), ont présenté un jeu de rôle qui a fait ressortir certains des défis auxquels les jeunes de la région sont confrontés dans leur tentative d'accéder aux informations et aux services relatifs à la santé sexuelle et reproductive. Le jeu de rôle a pris fin avec un appel à l'action à l'endroit de tous les participants afin de permettre une implication significative des jeunes dans la prise des décisions concernant la santé des adolescents et d'accorder à la santé des adolescents et des jeunes, une place de choix dans les programmes, politiques et budgets nationaux.

Première séance de travail sur les priorités en matière de santé des adolescents en Afrique de l'Ouest

La première séance de travail a commencé par une série d'exposés pour préparer la voie aux priorités choisies dans le domaine de la santé des adolescents en Afrique de l'Ouest. Ce panel avait pour objectif de stimuler la réflexion dans le cadre d'un travail en petits groupes visant à explorer les réponses actuelles à ces questions dans les différents pays, ainsi que les approches pour la mise en œuvre et à l'échelle des pratiques fondées sur des données probantes.

Marie Soulie, UNFPA/WCARO, a fait un exposé sur les grossesses précoces et non désirées, y compris la contraception pour leur prévention. Elle a souligné qu'au niveau mondial, 90% des natalités chez les adolescentes surviennent dans le cadre du mariage. En Afrique de l'Ouest et du Centre, les très faibles taux de prévalence contraceptive et le faible taux d'accès à l'éducation contribuent à un taux de grossesse chez les adolescentes de 133%. Comparativement à d'autres groupes, les adolescentes mariées ou celles en union présentent les taux de prévalence contraceptive moderne et les niveaux de besoins non satisfaits les plus élevés en matière de contraception. La grossesse précoce peut compromettre le développement sain d'une fille et l'empêcher de réaliser son plein potentiel. Les filles adolescentes qui tombent enceintes sont beaucoup plus susceptibles d'être plus pauvres que leurs pairs qui n'ont pas accouché, et d'avoir une situation nutritionnelle et sanitaire pire que la leur. Mme Soulie a souligné que dans le cas du mariage des enfants, l'utilisation systématique d'une contraception efficace est essentielle pour prévenir les grossesses précoces. L'UNFPA recommande les pratiques suivantes basées sur des données probantes pour réduire les grossesses précoces et non désirées : retarder le mariage jusqu'à l'âge de 18 ans, accroître l'utilisation des contraceptifs modernes chez les adolescents et les jeunes, retarder le premier rapport sexuel et réduire les rapports sexuels sous contrainte. Par ailleurs, pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles chez les adolescentes, il est important de réduire les avortements à risque et d'accroître le recours, par les jeunes mères, à des soins prénatals, obstétricaux et du postpartum de qualité.

Pr. Blami Dao, de Jhpiego, a fait un exposé succinct sur la mortalité et la morbidité pendant les périodes pré-péri- et postnatales chez les adolescentes. Les désaccords sur la définition de la période de l'adolescence (10-19) dans la région, rendent la comparaison des données dans la région et les pays, difficile. Les forts taux de natalité chez les adolescentes en Afrique pourraient être sous-estimés en raison des difficultés pour recueillir des informations sur les natalités chez les adolescentes de très jeune âge, moins de 18 ans, notamment celles qui ont été forcées à se marier, et empêchées fréquemment d'aller à l'école. Ce groupe est exposé à un grand risque de morbidité et de mortalité lié aux grossesses précoces. Si les données indiquent que le risque de mortalité associée aux grossesses précoces, comparativement aux grossesses chez les femmes âgées de 20-24 ans, pourrait ne pas être aussi important qu'on le croyait, Dr. Dao a souligné que les complications liées aux grossesses constituent néanmoins une priorité en matière de santé des adolescentes en Afrique de l'Ouest. Les principales causes de la morbidité maternelle chez les adolescentes sont la pré-éclampsie, l'éclampsie, endométrite puerpérale, la césarienne, la fistule obstétricale et la dépression postnatale. Faisant référence aux Directives 2011 de l'OMS pour la prévention des grossesses précoces et des mauvais résultats de santé de la reproduction chez les adolescentes, Dr. Dao a souligné les approches stratégiques suivantes pour

réduire la mortalité et la morbidité maternelles chez les adolescentes: prévention des mariages précoces, maintien des filles à l'école, éducation complète à la sexualité, mise en œuvre de programmes communautaires d'appui économique et social, accroissement de l'utilisation des contraceptifs, y compris PFPP (planification familiale du post-partum), réduction des rapports sexuels sous la contrainte, la prévention des avortements à risque, amélioration de l'accès à des soins prénatals de qualité, à des programmes de soins à l'accouchement et du post-partum.

Dr. Isabelle Kouamei, ONUSIDA – Côte d'Ivoire, a parlé du VIH/SIDA et des adolescents en Afrique de l'Ouest. On estime à 4.810.000 le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'espace CEDEAO. Le Nigeria, la Côte d'Ivoire et le Togo ont les plus grands nombres de cas, et pourtant seulement 25% d'entre eux utilisent les ARV. La couverture en ARV est faible et loin d'atteindre l'objectif de 90%. Les taux d'infection et de prévalence du VIH chez les adolescents et les jeunes sont alarmants, indiquant un potentiel risque de retour à des niveaux épidémiques si rien n'est fait maintenant. Neuf sur 10 enfants vivant avec le VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest ne reçoivent pas d'ARV. Pour ceux âgés de 10-19 ans, aucune réduction significative des décès liés au VIH n'a été enregistrée. Il existe peu de connaissances approfondies sur le VIH/SIDA – moins de 35% des adolescents (10 – 19 ans) disposent de connaissances approfondies sur le VIH. Parmi les jeunes âgés de 15-24 ans, seulement 10% de jeunes hommes et 15% de jeunes femmes connaissent leur statut sérologique. La prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Les défis à relever dans l'espace CEDEAO sont : atteindre les objectifs mondiaux en matière de PTME (eTME), accroître le traitement pédiatrique du VIH, combiner les stratégies de prévention, y compris chez les jeunes, fournir un financement novateur, intensifier les tests de dépistage volontaire du VIH et le counseling, et assurer une collecte et une analyse appropriées des données.

Romarc Ouitona, Jeune Ambassadeur PF du Bénin, a ensuite pris la parole en réaction aux exposés. Il s'est interrogé sur les raisons pour lesquelles la santé des adolescents se détériorait dans la région et a formulé des recommandations :

- Organiser des campagnes sur la santé des adolescents et le VIH pour davantage de sensibilisation. Trouver des voies et moyens pour utiliser efficacement les canaux pair-à-pair pour partager des informations factuelles sur la santé sexuelle et reproductive.
- Briser les tabous autour des discussions sur le sexe dans des lieux publics et dans les familles.
- Impliquer les jeunes dans la conception de la recherche sur le changement de comportement des adolescents et des jeunes.
- Trouver des moyens pour rendre les centres des jeunes et des adolescents plus efficaces.
- Engager les jeunes dans des activités qui leur permettront d'acquérir des compétences en leadership qui leur serviront dans l'avenir.

Après le panel, les participants se sont répartis en groupes thématiques par langue. Les groupes anglophones et francophones ont discuté, pour les uns, des grossesses précoces et non désirées, ainsi que de la mortalité et de la morbidité maternelles chez les adolescentes, et pour les autres, des IST, y compris le VIH chez les adolescents. Chaque groupe a débattu de l'état de la réponse aux questions spécifiques de santé dans les différents pays et des différentes approches stratégiques et

programmatisques pour leur mise en œuvre et à l'échelle en vue de résoudre ces problèmes de santé. Ces discussions sont résumées comme suit :

Grossesses précoces et non désirées, ainsi que la mortalité et la morbidité maternelles chez les adolescentes

D'une manière générale, les groupes ont reconnu que le contexte opérationnel actuel en Afrique de l'Ouest en ce qui concerne les grossesses précoces et la santé maternelle chez les adolescentes est limité par l'absence de réponses intégrées, ainsi que par l'insuffisance et l'incohérence du financement aux niveaux national et régional. Cette situation fait que les adolescents et les jeunes au niveau local n'ont pas accès aux services de santé. En outre, des barrières culturelles restrictives empêchent les jeunes de solliciter des services. Si au niveau politique, le mariage précoce, la contraception et la santé maternelle sont pris en compte, ces politiques ne profitent pas souvent aux différents districts, communautés et points de prestations des services.

Les réponses nationales dans l'espace CEDEAO varient considérablement. Certains pays ont fait des progrès en traduisant la politique en action au niveau national ou du district. Le **Nigeria** a créé des centres de santé types adaptés aux besoins des jeunes, et élaboré des directives pour le passage à l'échelle des services types adaptés aux jeunes. Ils sont étroitement liés aux programmes scolaires et aux programmes de santé communautaire, notamment grâce aux programmes pair-à-pair et à la formation des enseignants sur la santé de la reproduction. Le **Sénégal** a mis en place une plateforme multisectorielle pour répondre aux questions relatives aux adolescents et aux jeunes, ainsi que des canaux de communication pour le changement de comportement afin de partager les messages sur la santé de la reproduction. Ce faisant, ils sont en train de renforcer la compréhension des causes des grossesses non désirées et des mariages précoces par le biais d'études de terrain qui apportent d'autres éléments de preuve dans la région. Le **Burkina Faso** se prépare à lancer une campagne majeure dénommée « Zéro grossesse » visant les filles en âge d'aller à l'école, et à développer le modèle des « écoles des maris » expérimentées au Niger. Le **Bénin** est en train de développer des centres de jeunes, leur associant des activités de loisir pour attirer davantage de jeunes. Le programme de santé des jeunes du **Ghana** met l'accent sur l'implication et l'engagement des jeunes à espacer les naissances, tout en promouvant une politique libérale en matière d'avortement. Le **Togo** œuvre à l'augmentation du nombre d'infirmières scolaires qui sont formées dans le domaine de la santé de la reproduction. Le **Gambie** a instauré des services de santé maternelle gratuits, mais continue d'enregistrer de faibles taux d'acceptation des contraceptifs par les hommes et son programme ne comporte aucun volet relatif à l'orientation des jeunes. Le **Mali** a mis en place plusieurs initiatives de changement de comportement axées sur les jeunes, ainsi qu'une campagne dénommée « Fière d'être une femme » qui vise à renforcer, chez les filles, l'estime de soi pour prendre des décisions concernant leur santé de la reproduction. La **Guinée** est en train d'intégrer des programmes de santé et d'éducation, et vise une plus grande participation des associations de jeunes. Le **Niger** est en train de tester de nouvelles approches en ce qui concerne les écoles des jeunes maris, un parlement des jeunes et un cadre de collaboration sur les questions liées à la jeunesse entre seize ministères.

Les groupes de travail ont identifié des approches pour mettre en œuvre et à l'échelle les bonnes pratiques à différents niveaux. Au **niveau politique**, les participants ont examiné la possibilité de créer un cadre stratégique régional sur le mariage précoce et la santé de la reproduction dans les pays membres de la CEDEAO. Les groupes ont convenu qu'une plus grande participation des jeunes à la promotion des politiques ainsi qu'à la prise des décisions serait souhaitable à tous les niveaux. L'élargissement du concept du parlement des jeunes, et des programmes de leadership des jeunes permettront de rendre leurs voix plus audibles auprès des décideurs au niveau national. Au niveau local, il serait utile de développer des programmes de communication et de plaidoyer ciblant les responsables communautaires et les chefs religieux, ainsi que des approches adaptives pour communiquer avec les différentes couches de populations au sein des communautés. D'une manière générale, il a été estimé que l'objectif stratégique à court terme serait d'élaborer des lois cohérentes dans la région, limitant l'âge minimum du mariage à au moins 18 ans (pour les filles et les garçons), et exigeant que les institutions religieuses vérifient l'âge avant de célébrer les mariages.

Au **niveau des systèmes de santé**, il a été convenu qu'il devrait y avoir un ensemble de stratégies de base pour répondre aux besoins sanitaires des adolescents et des jeunes dans tous les pays de la CEDEAO, et le cas échéant, des divisions de la santé des adolescents et des jeunes doivent être créées au sein des ministères de la santé des différents pays. La santé de la reproduction et le mariage précoce sont des questions multisectorielles ; les groupes ont donc fortement milité en faveur de la création ou du renforcement des plateformes multisectorielles dans chaque pays pour répondre aux besoins sanitaires des adolescents et des jeunes de façon plus globale. Le rôle critique des associations des jeunes a été mentionnée, à savoir, assurer la liaison entre les services sanitaires et les jeunes.

Du point de vue de la **prestation de services**, les groupes ont convenu que l'offre de services gratuits (suppression des frais d'utilisation) attirerait plus d'adolescents et de jeunes. L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive pourrait s'accroître davantage grâce à la répartition des tâches, aux services mobiles et à la résolution du problème de prestataires. L'intégration des adolescents et des jeunes dans des programmes non sanitaires revêt aussi une grande importance.

Au **niveau communautaire**, il faut davantage de programmes de mobilisation communautaire dirigés par de jeunes responsables eux-mêmes afin de résoudre les problèmes de grossesse et de mariage précoces. Le dialogue intergénérationnel facilité par les groupes communautaires est une stratégie potentiellement puissante. Les responsables communautaires et les personnes influentes doivent être ciblés pour leur capacité à diffuser de messages crédibles à leurs communautés.

La mise à l'échelle des interventions pour le **changement de comportement** était l'objet principal des débats. Le fait de mettre l'accent sur les principales personnes influentes, notamment les maris, les belles-mères, les grand-mères, et les responsables religieux, peut créer des réseaux sociaux qui diffusent les informations basées sur des faits et les droits aux filles et aux garçons adolescents en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive. Une éducation intégrale à la sexualité dans les écoles peut être complétée par les séries télévisuelles et radiophoniques, des livres comiques ou des clubs de lecture qui mettent l'accent sur les connaissances élémentaires relatives à la santé de la reproduction.

IST, y compris le VIH chez les adolescents

Les participants ont souligné que le SIDA est la première cause de décès d'adolescents (10-19) en Afrique et la deuxième cause de décès de jeunes au niveau mondiale. Le groupe a également reconnu l'importance de lutter contre le VIH et les IST au Nigeria dans la mesure où c'est l'un des six pays (Afrique du sud, Kenya, Inde, Mozambique et Tanzanie) qui comptent presque la moitié des adolescents (15-19) vivant avec le VIH au niveau mondial.

En ce qui concerne l'état actuel de la réponse, les participants ont estimé qu'il existe une volonté politique et une reconnaissance des IST et du VIH comme un problème de santé publique en Afrique de l'Ouest. La plupart des pays de la région ont mis en place des politiques et des plans pour orienter l'intervention et les programmes à aborder la question. La plupart des pays de la CEDEAO sont bénéficiaires du Fonds mondial de lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA. D'autres partenaires sont également sur le terrain, notamment l'USAID, l'ACDI et AFD.

Actuellement, plusieurs pratiques fondées sur des données probantes sont appliquées dans différents pays de l'Afrique de l'Ouest pour lutter contre les IST et le VIH chez les adolescents. Au **Nigeria**, des campagnes publiques sur l'éducation sexuelle sont organisées pour sensibiliser le public et promouvoir les rapports sexuels sans risques; il existe également des interventions communautaires - témoignages, jeux et théâtre populaire - pour renforcer les connaissances sur le VIH et le SIDA. D'autres pratiques sont également utilisées, y compris l'utilisation de téléphones portables pour envoyer des SMS pour le counseling et les références aux centres pour recevoir des services relatifs aux IST et au VIH; l'intégration du counseling et du dépistage du VIH dans les services de soins prénatals de routine pour les femmes enceintes (TME), les interventions religieuses pour accroître le soutien des communautés chrétienne et musulmane; le counseling et le traitement gratuit des IST pour les jeunes dans les centres de santé primaires (Nigeria). **Le projet régional commun de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA le long du corridor de transport Abidjan-Lagos** a été mentionné comme un projet basé sur des données probantes. Il regroupe cinq pays (Côte d'Ivoire, Ghana, Togo, Bénin et Nigeria) et a enregistré d'excellents résultats, notamment : connaissances accrues sur la façon de prévenir le VIH, davantage de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), plus grandes disponibilité et utilisation des préservatifs, et augmentation sensible du counseling et du dépistage volontaire du VIH. Différents acteurs dans divers endroits, y compris les conducteurs de camion, les travailleuses du sexe, les voyageurs, les communautés frontalières, et les autorités militaires et douanières, ont bénéficié du projet.

Le groupe a identifié les opportunités suivantes pour le passage à l'échelle des pratiques fondées sur des données probantes.

Création d'un environnement propice :

- Tous les pays ont mis en place des politiques et plans pour orienter les programmes de lutte contre le VIH. Certains pays sont en train de réviser les politiques pour y inclure les ODD et d'autres initiatives mondiales. La plupart des pays ont mis en place un organisme pour coordonner la réponse nationale et sous-nationale au VIH/SIDA.

- Existence d'une loi de protection et de lutte contre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- Financement interne et financement des bailleurs de fonds disponibles, même si ces financements ne sont pas suffisants. Par exemple, le **Nigeria** est un des pays choisis pour bénéficier du 1^{er} Round du GFF. Des efforts sont en cours pour développer une analyse de rentabilité du GFF qui peut prendre en compte les initiatives de lutte contre le VIH et les IST axées sur les adolescents.
- Existence d'OSC fortes militant en faveur du passage à l'échelle du traitement.

Recommandations pour **renforcer les programmes** :

- Investissements plus importants dans les interventions de TME, y compris avec les filles adolescentes pour prévenir les nouvelles infections
- Interventions régionales comme les projets le long du corridor Abidjan –Lagos (OCAL)
- Intégration du VIH/SIDA dans le programme scolaire officiel à tous les niveaux de l'éducation (Niveau intermédiaire, supérieur et collège)
- Utilisation des technologies et des médias pour les campagnes d'éducation et de sensibilisation du public.

Deuxième séance de travail sur les pratiques néfastes pour la santé des adolescents

La deuxième séance de travail a été dirigée par un panel de trois intervenants qui ont fait des exposés sur les différentes pratiques nuisibles à la santé des adolescents en Afrique de l'Ouest.

Theresa Kaka Effa, Institut de santé publique, a fait un exposé sur la Violence Basée sur le Genre (VBG) à l'égard des adolescentes. La VBG est répandue dans le monde et en Afrique de l'Ouest. Ainsi 30% des femmes dans le monde ont connu la violence physique et/sexuelle commise par un partenaire intime, y compris l'abus physique/sexuel/émotionnel, les viols commis pendant les conflits, le crime d'honneur, les mutilations génitales féminines, la traite, et les mariages forcés et précoces. Une sur cinq femmes nigérianes âgées de 15-24 a été victime au moins d'une de ces formes de violence ; 29% des femmes béninoises âgées de 15-19 ans sont mariées de force et la prostitution des enfants est une réelle préoccupation ; 75% des femmes et des filles gambiennes et 94% des guinéennes ont subi les MGF. La traite des femmes est très répandue en Côte d'Ivoire. Au Liberia, on pense que le viol d'un enfant renforce la puissance et la virilité de l'homme. Les femmes âgées de 10 à 18 ans au Ghana sont les plus exposées à la violence sexuelle, notamment l'inceste, comparativement aux femmes plus âgées.

Au nombre des effets sanitaires et socioéconomiques intergénérationnels de la violence sexuelle, figurent les forts taux de mortalité et de morbidité infantiles, le préjudice corporel, les troubles de comportement, l'anxiété, la dépression, le suicide, la mauvaise performance scolaire et la forte probabilité de commettre la violence à l'âge adulte. Les taux des IST/infection au VIH, des grossesses précoces, du manque d'estime de soi, et de la toxicomanie sont les plus élevés chez les adolescentes qui survivent aux violences basées sur le genre. Les approches à adopter en vue de remédier à la VBG

consistent en un plaidoyer pour promouvoir l'accès des femmes à l'emploi et au microcrédit, l'assistance éducative et juridique; des interventions au sein et en dehors des écoles pour permettre aux garçons et aux filles de changer de discours sur le genre; une loi interdisant la violence à l'égard des femmes; des lois sur l'égalité entre l'homme et la femme dans le mariage, ainsi que la propriété; des services adaptés aux jeunes pour accroître l'accès aux contraceptifs et aux services de PF; les services de santé d'urgence et autres pour les victimes de la VBG; des programmes sociaux et de communication pour le changement de comportement impliquant les responsables communautaires et religieux.

Les insuffisances actuelles dans la lutte contre la VBG se résument à la mauvaise mise en œuvre ou application des politiques et des lois existantes en la matière, ainsi qu'aux normes culturelles et religieuses. Il y a un manque de données en raison de la culture du silence et des faibles taux de déclaration. Aussi, l'évaluation insuffisante des interventions en matière de lutte contre la VBG fait qu'il est difficile d'apprécier l'efficacité des bonnes pratiques et l'étendue ou l'échelle de leur mise en œuvre.

Dr. Lydia Saloucou, Pathfinder International, a abordé la question de la prévalence du mariage précoce des adolescentes. Les mariages précoces ont été, pendant longtemps, monnaie courante en Afrique de l'Ouest. Sur les 15 pays ayant les taux les plus élevés du monde en ce qui concerne les mariages d'enfant, six sont de l'espace CEDEAO². Si certains pays ont fait des progrès en matière de réduction du mariage précoce, d'autres, par contre, ont stagné ou se sont rapprochés de l'âge minimum du mariage. Les taux de mariage d'enfant sont étroitement liés à la richesse des ménages à travers la région, avec les ménages les plus pauvres enregistrant les taux de mariage d'enfant les plus élevés. Le faible taux d'éducation pourrait être un facteur du mariage des enfants, limitant les options économiques de la famille pour les petites filles, toute chose qui résulte en l'abandon de l'école après le mariage. Les mariages d'enfants sont généralement plus fréquents en milieu rural. Aussi, le maintien accru des normes traditionnelles, l'étroitesse des options de vie, les faibles opportunités d'éducation, et les niveaux élevés de pauvreté encouragent les mariages d'enfants. L'association de ces facteurs au mariage est complexe et varie selon la fille, la communauté, le pays.

Le maintien des filles à l'école constitue une intervention clé pour limiter les mariages précoces. Les programmes de subventions scolaires, la fourniture de tenue scolaire et l'exonération des frais de scolarité peuvent permettre de réduire la proportion des adolescentes qui se marient. Les programmes d'apprentissage des compétences nécessaires à la vie peuvent également contribuer à réduire la proportion des filles qui se marient. Les transferts financiers sous conditions et sans conditions peuvent également réduire la proportion des filles qui se marient et augmenter l'âge de mariage. Tout le monde s'accorde à reconnaître que de telles conséquences nécessitent des efforts concertés et le renforcement des engagements pour mettre fin aux mariages infantiles, précoces et forcés.

L'intervention de **Dr. Matti Parry, WHO HQ** a porté sur les mutilations génitales féminines (MGF). Elle l'a définie comme étant une pratique traditionnelle néfaste qui consiste en l'ensemble des procédures d'ablation partielle ou totale des organes génitaux extérieurs de la femme, ou tout autre dommage aux organes génitaux féminins pour des raisons non médicales. Les MGF sont pratiquées dans plus de 30

²Niger (76%), Mali (52%), Guinée et Burkina Faso (52%), Nigeria (43%) et Sierra Leone (39%)

pays, avec 200 millions de filles et de femmes affectées, le plus souvent sur des filles âgées de 5 à 14 ans sans leur consentement. Les MGF sont associées à un certain nombre de conséquences sanitaires à court et à long termes. N'ayant aucune justification médicale, les MGF sont le fait de normes culturelles profondément enracinées au sujet de la sexualité de la femme et des rôles des sexes. La pression sociale, la peur de l'exclusion sociale, les perceptions d'une meilleure hygiène, la croyance en l'augmentation des chances de se marier, sont les raisons avancées pour ce rite de passage à la vie adulte qui viole les droits humains. L'UNFPA et l'UNICEF travaillent de concert dans 17 pays pour accélérer l'abandon des mutilations génitales féminines. L'OMS est en train de développer des directives cliniques et politiques pour la prévention et la gestion des complications liées aux MGF. Des instruments pratiques basés sur des données probantes sont nécessaires pour mettre en œuvre les directives et répondre aux aspects sanitaires des MGF.

Les praticiennes des MGF sont les exciseuses et les accoucheuses traditionnelles, ainsi que les prestataires de soins formés comme les médecins, les infirmiers/infirmières, les sages-femmes en dépit de l'opposition de l'OMS à la médicalisation des MGF. Au nombre des approches adoptées en vue de résoudre le problème, figurent les procédures chirurgicales pour les complications obstétriques et urologiques ; le soutien psychologique, et les informations et l'éducation en ce qui concerne les MGF pour les femmes et les prestataires de soins de santé.

Après le panel, les participants se sont encore répartis en groupes thématiques par langue. Les groupes anglophones et francophones ont discuté (1) du mariage des enfants, (2) de la violence sexiste et (3) des MGF. Les informations qui ont fait l'objet de débat en petits groupes afin de répondre aux pratiques néfastes à la santé des adolescents, sont résumées comme ci-dessous.

Les groupes ont observé quelques grandes différences en matière de réponse au mariage des enfants, aux MGF et aux autres formes de violence sexiste (GBV).

Le **Nigeria** dispose de politiques fédérales solides relatives aux MGF et à la violence sexiste, ainsi que des directives et des manuels sur la façon d'y remédier. Le gouvernement nigérian est entrain de mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation à travers les radios locales pour encourager la dénonciation des cas de violence sexiste, et mène des recherches sur les facteurs favorisant les MGF. Au **Togo**, le Ministère de l'action sociale a réalisé des formations des formateurs sur l'égalité des sexes au profit des prestataires de soins de santé, y compris la violence sexiste chez les adolescents et les jeunes. Actuellement, le **Ghana** met en œuvre une campagne dénommée « Tolérance zéro » pour la violence sexiste, visant à appliquer rigoureusement la loi existante et ainsi qu'à rechercher des partenariats publics-privés pour changer les comportements et les attitudes. Le **Sénégal** a mis en place une commission nationale pour résoudre le problème de la violence à l'égard des femmes. Soutenue par une association de femmes juristes actives, elle est en train d'expérimenter les « boutiques des droits de l'homme » à l'intention des victimes de violence et d'abus afin de les informer de leurs droits à la protection. La **Sierra Leone** a créé une unité de police spéciale pour traiter des cas de crimes liés à la violence sexiste, et a établi une assistance juridique gratuite pour les victimes au sein du Ministère chargé des questions de genre. Avec un conseiller en genre pour le Président, la **Côte d'Ivoire** a rapidement élaboré une loi pour lutter contre les MGF, ainsi que des procédures pour la gestion des cas

des victimes, tant sur le plan médical que juridique. Le gouvernement de la Côte d'Ivoire est entrain de former la police sur la façon de gérer les cas de violences sexuelles de manière appropriée, et a instauré des semaines annuelles d'action contre la VBG. Le **Liberia** a voté une loi contre le viol, et a accéléré l'adoption d'une loi contre les VBG en général. Il existe une association de femmes juristes actives qui a travaillé avec l'unité de police créée pour lutter contre la violence sexuelle. Le **Cap Vert** dispose d'un institut d'études sur le genre qui mène des recherches sur les VBG^[KC1], et propose une gestion spécifique des cas des adolescents et des jeunes. Le **Burkina Faso** est très actif dans le domaine de la mobilisation sociale contre la violence sexuelle, et a récemment élaboré un cadre d'assistance juridique aux victimes de VBG ; Il a également initié une campagne d'action de 16 jours pour diffuser des informations sur la violence sexuelle à l'intérieur du pays. Le **Mali** a adopté un programme de mise à contribution des agents de santé pour conduire des stratégies de changement de comportement visant à changer les normes de discrimination sociale qui sont à l'origine des VBG y compris les MGF. Le **Bénin** a mis en œuvre des centres multisectoriels pour résoudre la violence sexuelle. Le **Liberia** a voté une loi sur la violence conjugale au niveau national ; cette loi couvre le mariage précoce et les MGF.

Les approches actuellement appliquées pour lutter contre les pratiques néfastes dans la région ou celles qui sont présentement en cours d'examen par les gouvernements sont comme suit: Au **niveau politique**, des campagnes de sensibilisation, y compris la campagne «Zéro tolérance à l'égard de la violence» et la campagne d'assistance téléphonique gratuite, permettent d'accroître l'accès aux informations relatives aux services d'aide aux victimes, tout en sensibilisant les dirigeants et les législateurs au coût des MGF et de la violence sexiste pour leurs pays. L'UNESCO soutient la mise en œuvre des programmes des écoles primaires qui consistent à enseigner les normes sexo-spécifiques, les relations interpersonnelles et la violence sexiste. La mise en place des unités de protection dans les écoles pourraient servir de moyens de dissuasion pour prévenir la violence sexiste. Les changements des approches concernant la violence sexiste, notamment le fait de cibler les auteurs de violence, au lieu de travailler uniquement avec les victimes, et le fait de donner aux victimes des informations sur leurs droits à l'assistance, tant médicale que juridique, constituent d'importantes modifications des méthodes traditionnelles de réponse. L'intégration des informations et de la communication sur la violence sexiste et les MGF dans tous les domaines de la santé, et bien d'autres activités sectorielles feront en sorte que les cas soient portés à l'attention des prestataires de services et qu'ils ne soient pas couverts. L'établissement de la médiation familiale pour les familles qui envisagent de marier leurs fillettes, constitue également une voie à suivre pour changer la pratique.

Troisième séance de travail sur le transfert des connaissances et l'utilisation des données probantes pour la promotion de la santé des adolescents dans les politiques et programmes

Le sujet de la dernière séance de travail était de savoir comment mieux transférer les connaissances et mieux utiliser les données factuelles pour la promotion de la santé des adolescents dans les programmes et politiques en la matière. La séance a commencé par deux exposés sur les outils basés sur des données probantes disponibles pour informer la prise de décisions relatives aux programmes.

Erin Portillo, JHU-CCP, a fait un exposé sur les outils du projet HC3 qui permettent aux praticiens de mettre en œuvre les stratégies de communication pour le changement des comportements (SBCC) des adolescents et des jeunes, notamment en Afrique de l'Ouest. Leur approche aux SBCC est holistique et axée sur les motivations et les caractéristiques sociales des adolescents et des jeunes. Le projet HC3 a développé une boîte à outils pour faciliter la façon de parvenir à une compréhension de ces éléments de motivation et leurs caractéristiques et la façon d'utiliser cette compréhension pour développer des messages à l'intention des adolescents sur des thèmes relatifs à la santé de la reproduction.

- Le kit « Urban Adolescent SRH SBCC I-Kit » donne des orientations sur la façon de conduire une simple segmentation des populations cibles, en prenant en compte l'âge, le comportement et la situation sociale.
- Les outils dénommés « LARC-Youth tools » consistent en des posters et autres ressources prêtes à utiliser qui visent à accroître l'accès des jeunes aux méthodes contraceptives, y compris les méthodes de contraception réversibles à longue durée d'action (LARC).
- Le programme « Super Go » est une campagne axée sur le VIH en Côte d'Ivoire qui consiste en un jeu de quatre vidéos et de guides de discussions sur la façon de se protéger contre le VIH/SIDA.

Asa Cuzin-Kihl, IBP/WHO, a présenté les guides IBP/OMS pour le passage à l'échelle des bonnes pratiques en matière de santé de la reproduction, notamment pour les adolescents et les jeunes. Les guides sont comme suit :

- « Beginning with the end in mind : Avoir le but à l'esprit dès le début » qui énonce la méthodologie pour intégrer le passage à l'échelle dans la conception du projet depuis le début au lieu d'attendre la fin d'une intervention. Cela permet d'accroître la possibilité d'un passage à l'échelle durable des innovations sanitaires efficaces.
- « Neuf (9) étapes pour élaborer une stratégie de passage à l'échelle » est un guide qui explique comment planifier et gérer une stratégie de passage à l'échelle à travers 9 étapes qui peuvent conduire à un passage à l'échelle efficace et durable des innovations sanitaires.
- Le nouveau « Guide pour valider, partager et documenter une bonne pratique », énonce le processus de consolidation des preuves qui fait passer une pratique de « prometteuse » à « bonne » fondée sur des données probantes dans les programmes de santé.

Se basant sur les exposés, les participants à l'atelier ont discuté en plénière de la façon d'améliorer le transfert des connaissances et l'utilisation de données probantes pour la promotion de la santé des adolescents dans la région. Les discussions ont permis de dégager les conclusions suivantes:

- La recherche sur la santé des adolescentes en Afrique de l'Ouest est insuffisante et cela est dû en partie au manque de données relatives à la santé ventilées par âge. Les données sont également insuffisantes en ce qui concerne les pratiques efficaces pour relever les défis en matière de santé des adolescents en Afrique de l'Ouest.

- La faible participation des jeunes à la conception des programmes et à la prise de décisions stratégiques. Les problèmes auxquels les jeunes sont confrontés ne sont pas tous d'ordre sanitaire; ils sont multisectoriels. Les jeunes eux-mêmes le savent bien, et s'ils sont pris en compte en tant que partenaires dans la conception des programmes, ils pourraient mieux canaliser ces connaissances dans des programmes efficaces.
- Les nouvelles technologies offrent des opportunités pour atteindre un grand nombre de jeunes de manière novatrice.
- Les interventions en matière de santé des adolescents ne bénéficient pas actuellement de l'attention nécessaire du point de vue des principes et des textes basés sur les droits de l'homme.
- La contraception d'urgence est une importante méthode contraceptive pour les jeunes dans la mesure où elle peut être adaptée à leurs besoins et situations.
- Nous devons investir dans la mise en œuvre effective des innovations et des interventions en matière de santé des adolescents avant de passer à la phase d'évaluation.
- Pour un des jeunes du groupe, il est important de demander des comptes à soi-même. «Pour que les autres nous prennent au sérieux, il faut que nous-mêmes nous nous prenions au sérieux d'abord»
- Il existe toujours une insuffisance de ressources internes destinées à la santé des adolescents dans l'espace CEDEAO.
- L'espace CEDEAO n'a pas encore développé une réelle culture de suivi, d'évaluation, d'apprentissage, de documentation et de partage de données probantes sur les instruments qui permettent d'améliorer la santé des adolescents.

Recommandations

Sur la base de ces conclusions, les recommandations suivantes ont été formulées:

1. L'OOAS devrait orienter les Etats membres à renforcer les systèmes nationaux d'informations sanitaires en y intégrant des données ventilées par âge. L'OOAS devrait également recommander un ensemble d'indicateurs harmonisés sur la santé des adolescents que tous les pays de la CEDEAO pourraient utiliser pour collecter des données comparables sur la santé.
2. Un investissement plus important dans la recherche devrait être fait dans la sous-région pour informer les politiques et les programmes relatifs à la santé des adolescents. Cela consiste à investir dans l'évaluation rigoureuse des pratiques prometteuses et à trouver des mécanismes de partage des données probantes existantes relatives aux pratiques éprouvées.
3. Il existe un certain nombre de pratiques éprouvées pour améliorer la santé des adolescents. L'action devrait être réorientée vers le passage à l'échelle de ces pratiques afin d'atteindre un

grand nombre de jeunes de manière durable, tout en veillant à les adapter de façon adéquate aux contextes locaux.

4. Les jeunes devraient être fortement impliqués dans toutes les étapes des processus d'élaboration des politiques et des programmes. Par exemple, les jeunes devraient être au cœur de l'organisation des futurs fora de l'OOAS sur les bonnes pratiques et de bien d'autres évènements de ce genre.
5. Les nouvelles technologies (avec lesquelles les jeunes sont plus familiers que les personnes âgées) devraient être utilisées pour atteindre un grand nombre de jeunes. Toute intervention visant les jeunes doit comprendre le monde des jeunes et établir des liens avec eux dans ce monde.
6. Les approches multisectorielles sont essentielles pour répondre, de manière holistique, aux besoins sanitaires des adolescents. La santé n'est qu'un aspect du développement des jeunes et les résultats sanitaires peuvent être améliorés grâce à des interventions intégrées dans d'autres secteurs, notamment l'éducation, l'emploi et l'autonomisation des femmes.
7. Il est important de renforcer le leadership des pays pour promouvoir la santé des adolescents, notamment par l'entremise des ministères de la santé de la région.
8. L'investissement accru des ressources internes est important pour promouvoir la santé des adolescents dans la région
9. Les bailleurs de fonds devraient insister sur les preuves qui sous-tendent chaque intervention, et ne pas accepter le passage à l'échelle de nouvelles idées sans éléments de preuve de leur efficacité. Ils doivent également reconnaître que les organisations locales ont un grand potentiel. L'idée qui devrait être développée est la création d'un panier de fonds communs pour les activités des organisations locales.
10. En plus des innovations, les bailleurs de fonds devraient également soutenir les activités qui ont déjà largement fait preuve de leur efficacité. Nous devrions concentrer nos efforts sur la mise à l'échelle des interventions dont nous sommes sûrs de leur réussite, comme l'éducation des filles. Pour ces activités, nous devons passer du stade de «pas d'action, juste des discours» au stade de «plus d'action, moins de discours».
11. L'OOAS devrait développer un dépôt central de recherche dans la région et envisager la publication régulière d'un bulletin de recherche, prévu et réalisé pour diffuser les conclusions et résultats de recherche dans la région.
12. Des mécanismes pour améliorer la communication entre les chercheurs, les décideurs, les jeunes et d'autres acteurs, devraient être développés aux niveaux régional et national.

Panel de clôture

La pré-conférence a pris fin avec un panel de clôture où les représentants de l'USAID, de l'OOAS, des jeunes et des pays ont partagé les dernières réflexions sur la façon de promouvoir davantage la santé des adolescents par le biais des bonnes pratiques dans l'espace CEDEAO.

Il est clair que les adolescents et les jeunes constituent une couche extrêmement importante de la population de la région. Ils ont besoin de l'assistance du gouvernement pour trouver leurs propres

solutions aux questions de santé auxquelles ils sont confrontés. Il convient de noter qu'il reste beaucoup de travail à faire. Des engagements ont été pris pour accroître la participation des jeunes aux futurs événements de l'OOAS, y compris le Forum des bonnes pratiques. Des engagements ont été également pris pour partager les conclusions de la pré-conférence lors du Forum et les mettre en œuvre pour l'avenir.

Annexe 1. Ordre du jour de la pré-conférence (25 octobre 2016)

Heure	Séance
9heures – 10heures	Session plénière d'ouverture <u>Cérémonie d'ouverture</u> <ul style="list-style-type: none"> • IBP/OMS • USAID • Directeur général de l'OOAS
	<u>Exposés sur les principales questions de santé :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Aperçu de la santé des adolescents et des jeunes dans la région (OMS) • Principales questions de santé selon l'analyse situationnelle de la santé des adolescents et des jeunes (OOAS)
	<u>Deux jeunes intervenants</u>
10heures – 10h 30	Pause thé/café
10h 30 à 12h 15	Première séance de travail sur les priorités en matière de santé des adolescents en Afrique de l'Ouest <u>Exposés:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grossesses précoces et non désirées, y compris l'utilisation des moyens de contraception pour prévenir les grossesses précoces et non désirées (FNUAP) 2. Mortalité et morbidité pendant la période prénatale, l'accouchement et la période postnatale (JHPIEGO) 3. HIV et adolescents (ONUSIDA) 4. Commentaire par un jeune
	<u>Discussions en petits groupes:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Etat actuel de la réponse dans les pays de la région • Approches utilisées pour la mise en œuvre et à l'échelle des pratiques fondées sur des données probantes pour résoudre ces questions; ce qui a bien marché, défis.
12h 15 – 13h 45	Pause déjeuner
13h 45 – 15h 15	Deuxième séance de travail sur les pratiques néfastes pour la santé des jeunes <u>Exposés:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Violence sexiste (PHI) 2. Mariage des enfants (Pathfinder) 3. Mutilations génitales féminines (OMS) 4. Commentaire par un jeune
	<u>Discussions en petits groupes:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Etat actuel de la réponse dans les pays de la région • Approches utilisées pour la mise en œuvre et à l'échelle des pratiques

	<p>fondées sur des données probantes pour résoudre ces questions; ce qui a bien marché, défis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chaque groupe utilisera des papillons adhésifs pour mettre en évidence les principaux points de discussions et les coller au mur.
15h 15 à 15h 30	Pause café
15h 30 – 16h 45	<p>Troisième séance de travail sur le transfert des connaissances et l'utilisation d'éléments de preuve pour promouvoir la santé des adolescents dans les politiques et programmes</p> <p><u>Exposés:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bref exposé sur les outils SBCC pour réduire les grossesses précoces et non désirées (JHU-CCP) 2. Bref exposé sur les outils/approches de passage à l'échelle (IBP) <p><u>Discussions en petits groupes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opportunités pour promouvoir l'application des connaissances et des preuves pour renforcer les politiques, les stratégies et les programmes relatifs à la santé des adolescents. • Les engagements nationaux, les politiques et les réformes qu'ils peuvent prioriser pour soutenir les programmes relatifs à la santé des adolescents (y compris à travers les plans nationaux chiffrés de mise en œuvre de la PF et l'élaboration de programmes nationaux RMNCHA) • Comment mieux utiliser les opportunités créées par les nouvelles initiatives mondiales et régionales (par ex. la Facilité de financement mondiale pour soutenir l'initiative «Chaque femme, chaque enfant», l'initiative «Autonomisation des femmes du Sahel et dividende démographique, etc.) pour passer à l'échelle les programmes afin d'améliorer la situation relative aux trois thèmes. • Identifier les prochaines étapes en ce qui concerne la façon dont cela peut se réaliser
16h 45 – 17h 30	<p>Session plénière de clôture</p> <ul style="list-style-type: none"> • OOAS • IBP • Jeunes participants

Annexe 2. Liste des participants

PAYS	NOM
BENIN	Dr Ahissou Robert Franck ZANNOU, Directeur de la Santé de la Mère et de l'Enfant
	Dr TOSSOU-BOCO Thierry, C/SMI
	Dr AHOUNOU Gaston
	Dr BOKOSSA Alexis, Directeur de la Formation continue et de la Recherche, MS
	M ZOUNON Josué, Secrétariat Général du MS
BURKINA FASO	Dr Salifou KONFE, Directeur Général de la Santé
BURKINA FASO	Mme SOURABIE Angèle, ABBEF
CAP VERT	Dra. Belmira Miranda, Ministère de la Santé
CÔTE D'IVOIRE	Dr OUREGA-LOBA Marie-Paula, Directeur Santé Adolescent, Jeune
	Dr DJAH Armand Josue, Président Réseau Jeunesse en Population et Développement
GHANA	Dr Ebenezer Appiah Denkyira, Directeur général des services de santé du Ghana
	Gifty Francisca Ben-Aryee, Chef de l'unité chargée de la santé des adolescents, Services de santé du Ghana
	Irene Amponsah Siaw, Planned Parenthood Association of Ghana
GAMBIE	Dr. Momodou Lamin WAGGEH, Directeur des services de santé
GUINEE	Dr. Feridah MARA, Chef Section Sant Adolescents et Jeunes
GUINEE	SANOH Fassouma, Directeur Exécutif AGBEF
GUINEE BISSAU	Dr Nicaolau Quintino Almeida, Director Geral da Prevenção e Promoção da Saúde
	Alfredo Claudino ALVES, Director da Saúde Reproductiva

	Mme Maximiana Maria Monteiro de Mendonca, AGUIBEF
LIBERIA	Dr. Francis N. KATEH, Deputy Minister for Health Services
	Mrs. Mandain JALLAH, Child Health Coordinator
MALI	Dr KEITA Fadima TALL, Responsable SAJ
NIGER	Dr Ibrahim SOULEY, Directeur Général
	Dr Halima MOUMOUNI, Responsable SAJ
	Dr Ibrahima Boubacar, ANBEF
NIGERIA	Dr. Kayode A. Afolabi, Directeur SR PF
	Dr. Christopher C. Ugboko, Directeur national de la santé des jeunes, des adolescents et des personnes âgées
	Dr Chinyere Okeke, Centre hospitalier universitaire Enugu, Nigeria
SENEGAL	Dr BUABEY Marie-Jésus, Chargée de la SAJ
SIERRA LEONE	Haja Rugiatu Kanu, Santé de l'enfant et de l'adolescent
TOGO	Dr DETI Kossi, Chef Division SAJ
INSTITUTIONS PARTENAIRES	NOM
SECRETARIAT IBP	Asa CUZIN
	Ados VELEZ MAY
CARE/SIERRA LEONE	Alfred MAKAVORE
CARE/BENIN	Ghislaine ALINSATO
Université de Jos	Innocent AO Ujah
Jhpiego	Anne Pfitzer
USAID/WA	Sheila Mensah
	Susan Mathew
Population Council	Nafissatou Diop
	Fatou Bintou Mbow
IRSS, Burkina Faso	Boukare Douougou
OMS	James Kiarie
	Matti Parry

Université de Ouagadougou	Georges Guiella, Ph.D.
Action Health Incorporated	Adenike O. Esiet
Université de Kinshasa	Patrick Kayembe
USAID	Peggy D'Adamo
Pathfinder International Senegal	Katie Chau
Pathfinder International (Burkina Faso)	Lydia Saloucou
Pathfinder International (Burkina Faso)	Bruno Ki
Pathfinder International	Sarat Konate
Pathfinder International (HQ)	Stephen Redding
Jhpiego	Willy Shasha
	Blami Dao
	Nancy Ali,
	Karine Nankam,
AgirPF	Rouguiatou Diallo, Chief of Party
Engenderhealth	Andre Koalaga,
	Martin Laourou,
	Eloi Amegan
	Cyrille Guede,
	Mea Olympio
	DADJA Massama, MAJ-ATBEF
	Assoumane Guero Issoufou
	Oscar Koalga
	Daniel Sébène
	Anoh Georges
Eliane M. Dogore	
Public Health Institute, Nigeria (Institut de santé publique)	Theresa Kaka Effa
Public Health Institute, Liberia (Institut de santé	Kula V. Fofana

publique)	
Public Health Institute, Ghana (Institut de santé publique)	Esther Azasi
USAID	Teshome Woldemedhin,
MSI Mali	Tiguída Sissoko
ONUSIDA Côte d'Ivoire	Isabelle Kouame
Equilibres et Population	Aurelie Gal-Regniez
JHU-CCP	Erin Portillo
Médecins du Monde	Cecile Yougbare
	Elise Petitpas
Jeune Ambassadeur PF Bénin	Romarc OUITONA
Réseau National de la Jeunesse en Population et Développement de Côte d'Ivoire	DJAH Armand Josue
IDRC/CRDI	Sue Godt
FNUAP	Marie Soulie
OOAS	Laurent ASSOGBA
	Kfi BUSIA
	Gilles BOKPE
	Namoudou KEITA
	Aissa BOUWAYE
	Clétus ADOHINZIN
	Issiaka SOMBIE
	Yves MONGBO
	Clémentine SORHO-SILUE
	Lalaisa AMOUKOU
	Aruna FALLAH
	Mohamady ZONGO
	Albert K. OUEDRAOGO
Lambert BOTON	

Clémence SANOU SOMDA
Harvey Kosigah DE HARDT-KAFFILS
Hadijatou JANNEH
Fadima BA
Albert Diao

Annexe 3. Evaluation de l'atelier

Sommaire des questions qualitatives

Nombre total de réponses: 53

Question	Oui	Non	Sans objet (SO)*				
Première fois?	28	22	3				
	Cotes						
	1 Fortement en désaccord	2 En désaccord	3 Pas d'opinion	4 En accord	5 Fortement en accord	SO*	Total
Q2: Intérêt général	2			25	26	1	53
Q3: Répondu aux attentes	2		4	32	15		53
Q4: Réunions de travail		1	13	34	5		53
Q5: Recommanderiez-vous?	2		2	29	20		53
Q6: Les facilitateurs ont-ils été utiles?	1		2	36	13	1	53
Total	7	1	21	156	79	2	

*Pas de réponse

Quelles sont vos suggestions pour améliorer la pré-conférence?

La plupart des suggestions pour l'amélioration de la pré-conférence ont porté sur le renforcement de la logistique et l'amélioration de la préparation. Les participants ont suggéré que les organisateurs de la conférence envoient, par courriel, l'ordre du jour de l'atelier aux participants bien avant la conférence, avec une traduction en portugais, en français et en anglais. Ils ont suggéré que l'on confie aux participants des pays, un travail à faire avant la conférence, comme par exemple les plans de réinvestissement, et se préparer à les présenter pour discussion et examen.

De meilleures dispositions de salles de réunion assorties de meilleurs services de traduction simultanée ont été demandées. Les arrangements de voyage et d'hébergement doivent être mieux organisés.

Presque que tous les participants ont reconnu l'insuffisance de temps accordé pour les exposés, les travaux de groupe et les séances de questions/réponses. Certains ont même proposé d'envisager une journée supplémentaire. Les participants ont ressenti le besoin de restituer les conclusions des travaux de groupe en plénière. Des recommandations ont été faites quant à mettre l'accent sur un thème spécifique, et à élaborer des plans d'action plus concrets par pays.

Les participants ont ressenti le besoin de partager davantage de données probantes afin de faire de la pré-conférence plus une opportunité pour renforcer leurs capacités. Les attentes en ce qui concerne l'innovation n'ont pas été entièrement satisfaites, et il a été suggéré de mettre beaucoup plus l'accent sur les nouvelles idées.

Il a été suggéré d'utiliser plus l'approche de cartographie de sorte que les petits groupes comprennent ce qui se passait dans chaque pays. Cela permettrait aux petits groupes de mieux se focaliser sur les améliorations et les adaptations à faire. Il a été suggéré que les prochaines sessions incluent un dialogue sur les principales lacunes et opportunités/fenêtres d'opportunité pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes.

En ce qui concerne la participation, il a été suggéré que les jeunes soient plus représentés à la pré-conférence. Il a même été suggéré que l'organisation de la prochaine pré-conférence soit confiée aux jeunes. Les participants ont ressenti la nécessité d'impliquer davantage de membres de gouvernements des Etats membres.

Qu'est-ce que vous avez trouvé de plus utile et de moins utile?

Plus utile

La plupart des commentaires sur les points de la pré-conférence qui ont été les plus utiles ont mentionné et apprécié les échanges d'expérience qui se sont déroulés dans les petits groupes. Cela a permis aux participants d'entendre parler des questions comme le mariage précoce sous différents angles, et leur a donné l'occasion d'entendre d'autres idées et façons de gérer les questions dans d'autres pays.

Les participants ont beaucoup apprécié le rôle que les représentants des jeunes ont joué dans les séances plénières et les petits groupes. Le témoignage des jeunes sur leurs situations, et le partage de leurs points de vue uniques sur la façon de les aider à résoudre le problème de la santé de la reproduction a été très enrichissant pour les participants.

L'intervention du Ministre délégué de la santé du Libéria qui a parlé avec éloquence des MGF a été fort appréciée. La diversité des participants, venant de la société civile, du gouvernement et des partenaires et des bailleurs de fonds internationaux a été également appréciée.

Les exposés faits par les spécialistes analysant les différents thèmes relatifs à la santé ont bien ouvert la voie aux discussions en petits groupes, donnant une idée du contexte général dans lequel se trouvent ces questions de santé, tant au niveau régional que mondial. Les documents mis à disposition pour la pré-conférence ont été également utiles.

Moins utiles

Les aspects à améliorer concernent le manque de restitutions des travaux en petits groupes, la longueur des discours d'ouverture, et l'absence relative des jeunes à la conférence. Les participants ont eu le

sentiment que les travaux de la conférence auraient pu être plus focalisés et orientés sur des résultats concrets. La gestion du temps a été également un problème.

Après cette conférence, quelles sont les informations que vous partagerez avec vos collègues dans vos pays?

Une bonne partie des leçons tirées de la conférence se résume à un regain d'énergie et d'engagement à faire des progrès dans la région. Les participants ont souligné la nécessité de plus d'interventions fondées sur des données probantes, ainsi que des approches pour les mettre à l'échelle au niveau national. Les participants se sont séparés forts d'une compréhension plus holistique de la place qu'occupent les jeunes dans la société, ainsi que de leurs problèmes en ce qui concerne la santé de la reproduction; ils ont également souligné la nécessité de travailler de façon transversale pour faire des progrès. Ils ont indiqué que la santé de la reproduction nécessite un effort collectif impliquant tous les partenaires, dans un cadre régional de partage d'informations sur les éléments qui fonctionnent. La documentation est essentielle, et le besoin de plus de documents relatifs aux expériences des différents pays est essentiel pour aider les pays à décider des interventions qui sont les meilleures pour eux.

Autres commentaires et suggestions

En dehors des questions logistiques à résoudre, les participants ont exprimé le souhait d'ajouter d'autres thèmes comme la santé mentale et psychologique à l'ordre du jour. Ils ont également exprimé le souhait de poursuivre les discussions dans d'autres forums, ainsi que la dynamique du présent forum.

Annexe 4. Liste des ressources partagées avec les participants

L'équipe de travail de l'IBP sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes a préparé et distribué à tous les participants, un dossier contenant des documents de travail. Ces ressources et exposés sont disponibles dans la bibliothèque du centre d'informations sur la communauté de pratique.

<https://knowledge-gateway.org/global/ibpmembers/aysrhtaskteam/adolescenthealthwaho/library>

L'adresse électronique pour participer à la communauté de pratique est:

adolescenthealthwaho@knowledge-gateway.org

Pratiques à grand impact

- **Liste de pratiques à haut impact dans la planification familiale**
https://www.fphighimpactpractices.org/sites/fphips/files/hiplist_eng.pdf(anglais)
https://www.fphighimpactpractices.org/sites/fphips/files/hip_list_fre.pdf(français)
https://www.fphighimpactpractices.org/sites/fphips/files/hip_list_por.pdf(portugais)
- **Services de contraception adaptés aux adolescents: Intégrer les éléments adaptés aux adolescents dans les services de contraception existants**
<https://www.fphighimpactpractices.org/afcs>
- **Améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes: Guide de planification stratégique**
https://www.fphighimpactpractices.org/sites/fphips/files/asrh_strategic_planning_tool.pdf
- **Eduquer les filles: Créer les bases pour des comportements de santé sexuelle et reproductive positifs**
<http://www.fphighimpactpractices.org/resources/educating-girls>(anglais)
https://www.fphighimpactpractices.org/sites/fphips/files/hip_girls_education_fre.pdf (français)

Autres ressources

- **Termes de référence du groupe de travail d'IBP**
<https://knowledge-gateway.org/global/ibpmembers/aysrhtaskteam/adolescenthealthwaho/library/x325w8mf?o=lc>
- **Outils sur les programmes et services pour les adolescents et les jeunes**
<https://knowledge-gateway.org/global/ibpmembers/aysrhtaskteam/adolescenthealthwaho/library/x325w8mf?o=lc>

Sites Web

OOAS:<http://www.wahooas.org/index2.php?lang=fr> Initiative IBP:www.ibpinitiative.org

Centre d'information: www.knowledge-gateway.org

Communauté de pratique au centre d'information:

<https://knowledge-gateway.org/global/ibpmembers/aysrhtaskteam/adolescenthealthwaho/library>

Pratiques à haut impact: www.FPhighimpactpractices.org**WHO/RHR:** www.who.int/reproductivehealth