

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES GRAPHIQUES	v
LISTE DES CARTES	vi
SIGLES ET ACRONYMES	vii
RESUME EXECUTIF	x
INTRODUCTION	1
I. PRESENTATION DES REGIONS DE L'ETUDE	4
1.1. Région de Mopti	4
1.2. Région de Tombouctou	6
1.3. Région de Gao	8
II. METHODOLOGIE	10
2.1. Approche méthodologique	10
2.2. Collecte des données	10
2.2.1. Les entretiens individuels	10
2.2.2. L'enquête auprès des adolescents et des jeunes	11
2.2.3. Les échanges en « focus group »	15
2.3. Centralisation et analyse des données	15
2.4. Organisation et réalisation des travaux	16
2.5. Aspects éthiques	17
2.6. Difficultés et limites de l'étude	18
III. APERÇU GLOBAL SUR LES MECANISMES INSTITUTIONNELS ET ENGAGEMENTS DE L'ETAT EN FAVEUR DE LA SSRAJ AU MALI	20
3.1. Mécanismes nationaux pour la promotion de la SSRAJ	20
3.1.1. Les ministères	20
3.1.2. Les services centraux et techniques	21
3.2. Conventions et chartes internationales et africaines relatives la SSRAJ ratifiées par le Mali	24
3.3. Textes législatifs, politiques, programmes et plans d'actions	26
3.4. Financement de la SSR	28
IV. TYPOLOGIE ET CARTOGRAPHIE DES INTERVENTIONS ET DES INTERVENANTS DU SECTEUR SSRAJ DANS LES REGIONS DE MOPTI, TOMBOUCTOU ET GAO	29
4.1. Services publics	29
4.2. Services privés	31
4.3. ONG et PTF	32
4.4. Société civile	34

V. EFFETS DE LA CRISE HUMANITAIRE SUR LA SSRAJ DANS LES REGIONS DE MOPTI, TOMBOUCTOU ET GAO	35
5.1. Effets de la crise humanitaire sur les produits et les services de la SSRAJ	35
5.2. Effets de la crise humanitaire sur les VBG.....	37
VI. IDENTIFICATION ET ANALYSE DES BESOINS PRIORITAIRES EN SSRAJ DANS LES REGIONS DE MOPTI, TOMBOUCTOU ET GAO	39
6.1. Sexualité précoce et comportements sexuels à risque chez les adolescents et des jeunes	39
6.2. Grossesses non désirées et qualité des soins prénatals.....	42
6.3. Connaissance, utilisation et accès aux produits et services de la SSR	43
6.4. Violences basées sur le genre.....	53
6.5. Besoins prioritaires.....	56
6.5.1. Les besoins prioritaires globalement, et selon le sexe	57
6.5.2. Les besoins prioritaires selon le milieu de résidence.....	58
6.5.3. Les besoins prioritaires selon les régions	59
6.5.4. Les besoins prioritaires selon les tranches d'âge	61
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	63
7.1. Conclusion	63
7.2. Recommandations	64
BIBLIOGRAPHIE	A
ANNEXES	E
Annexe 1 : Personnel de l'étude.....	E
Annexe 2 : Termes de référence	F
Annexe 2 : Guide pour la collecte des informations sur la cartographie des interventions et des intervenants en matière de SSRAJ	L
Annexe 3 : Guide d'entretien pour les discussions en « focus group »	M
Annexe 4 : Questionnaire Individuel	P
Annexe 5 : Guide d'entretien individuel destiné aux personnes ressources.....	U

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1: Estimation de la population d'adolescents et des jeunes de 10 à 24 ans, en 2023, dans la région de Mopti	5
Tableau 1.2: Estimation de la population d'adolescents et des jeunes de 10 à 24 ans, en 2023, dans la région de Tombouctou	7
Tableau 1.3: Estimation de la population d'adolescents et des jeunes de 10 à 24 ans, en 2023, dans la région de Gao selon les tranches d'âge, par cercle	9
Tableau 2.1 : Caractéristiques de l'échantillon selon le sexe, la région, les tranches d'âges et le statut matrimonial	13
Tableau 2.2 : Caractéristiques de l'échantillon pour les tranches d'âge par Région	14
Tableau 2.3 : Caractéristiques de l'échantillon selon la religion, l'ethnie, le niveau d'instruction	14
Tableau 2.4 : Caractéristiques de l'échantillon selon l'occupation, la situation de handicap et le nombre d'enfants	15
Tableau 3.1 : Rôles et responsabilités des Ministères impliqués dans la SSRAJ au Mali	20
Tableau 3.2 : Services centraux impliqués dans la SSR au Mali	21
Tableau 3.3 : Services techniques impliqués dans la SSR au Mali, avec les textes de création et les missions	22
Tableau 3.4 : Chartes, déclarations et conventions internationales ratifiées ou adoptées par le Mali, avec les dispositions relatives à la SSRAJ	24
Tableau 3.5 : Chartes, déclarations, agendas et protocoles africains, ratifiés ou adoptés par le Mali, avec les dispositions relatives à la SSRAJ	25
Tableau 4.1 : ONG intervenant dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao en matière de SSRAJ	32
Tableau 6.1 : Indicateurs de vie sexuelle des adolescents et jeunes par sexe et par milieu de résidence	39
Tableau 6.2 : Indicateurs de vie sexuelle des adolescents et jeunes par région	40
Tableau 6.3 : Indicateurs de vie sexuelle des adolescents et jeunes par tranche d'âges	40
Tableau 6.4 : Indicateurs relatifs à la connaissance, à l'utilisation et à l'accès aux produits et services de la SSR y compris les IST par sexe et par milieu de résidence	44
Tableau 6.5 : Indicateurs relatifs à la connaissance, à l'utilisation et à l'accès aux produits et services de la SSR y compris les IST par région	45
Tableau 6.6 : Indicateurs relatifs à la connaissance, à l'utilisation et à l'accès aux produits et services de la SSR y compris les IST par tranche d'âges	45
Tableau 6.7 : Classement des besoins prioritaires globalement, selon le sexe et le milieu de résidence	58
Tableau 6.8 : Classement des besoins prioritaires globalement, selon le sexe et le milieu de résidence	59
Tableau 6.9 : Classement des besoins prioritaires par Région	60
Tableau 6.10 : Classement des besoins prioritaires selon les tranches d'âge	62

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 5.1: Répartition (%) des adolescents et jeunes par opinions sur l'impact de la crise sur l'accès aux services selon le sexe et le milieu de résidence	36
Graphique 5.2: Répartition (%) des adolescents et jeunes par opinions sur l'impact de la crise sur l'accès aux produits selon le sexe et le milieu de résidence	36
Graphique 5.3 : Répartition (%) des adolescents et jeunes par opinions sur l'impact de la crise sur l'accès aux services selon la région	37
Graphique 5.4 : Répartition (%) des adolescents et jeunes par opinions sur l'impact de la crise sur l'accès aux produits selon la région	37
Graphique 6.1 : Répartition (%) des adolescents et jeunes célibataires par statut de protection du premier rapport sexuel selon le sexe et le milieu de résidence	41
Graphique 6.2 : Répartition (en %) des adolescents et jeunes célibataires par statut de protection du premier rapport sexuel selon la région	41
Graphique 6.3 : Répartition (en %) des adolescents et jeunes par nombre de grossesses (partenaire pour le sexe masculin) selon le sexe et le milieu de résidence	42
Graphique 6.4 : Répartition (%) des adolescentes et jeunes filles par désir des grossesses selon le rang	42
Graphique 6.5 : Répartition (en %) des adolescents et jeunes par opinions sur la qualité des soins prénatals, pourcentage de grossesses ayant bénéficié de l'accompagnement et pourcentage avec des complications (partenaire pour le sexe masculin) selon le rang	43
Graphique 6.6 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par méthode contraceptive connue selon le milieu de résidence et le sexe	46
Graphique 6.7 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par méthode contraceptive connue selon la région	47
Graphique 6.8 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par méthode contraceptive utilisée selon le sexe et le milieu de résidence	48
Graphique 6.9 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par méthode contraceptive utilisée selon la région	48
Graphique 6.10 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par source d'informations sur la contraception selon le sexe	49
Graphique 6.11 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par canal d'informations connu sur la contraception selon le milieu de résidence	49
Graphique 6.12 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par canal d'informations connu sur la contraception selon la région	50
Graphique 6.13 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par lieu d'obtention connu des produits de la contraception selon le sexe et le milieu de résidence	50
Graphique 6.14 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par lieu d'obtention connu des produits de la contraception selon la région	51

Graphique 6.15 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par canal préféré pour avoir des informations sur la contraception selon le sexe	51
Graphique 6.16 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par canal préféré pour avoir des informations sur la contraception selon le milieu de résidence	52
Graphique 6.17 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par canal préféré pour avoir des informations sur la contraception selon la région	52
Graphique 6.18 : Pourcentages d'adolescentes et jeunes filles excisées et de survivantes de VBG par milieu de résidence	53
Graphique 6.19 : Pourcentages d'adolescentes et jeunes filles excisées et de survivantes de VBG par région	53
Graphique 6.20 : Pourcentage d'adolescentes et jeunes filles survivantes de VBG par type selon le milieu de résidence	54
Graphique 6.21 : Pourcentage d'adolescentes et jeunes filles survivantes de VBG par type selon la région	54
Graphique 6.22 : Répartition (en %) des adolescents et jeunes filles par opinion sur la prise en charge des survivantes de VBG	55
Graphique 6.23 : Répartition (en %) des adolescents et jeunes filles survivantes de VBG par type de structure de prise connu	56
Graphique 6.24 : Pourcentage d'adolescents et jeunes filles par besoin prioritaire en SSRAJ cité selon le sexe	57
Graphique 6.25 : Pourcentage d'adolescents et jeunes filles par besoin prioritaire en SSRAJ cité selon le milieu de résidence	59
Graphique 6.26 : Pourcentage d'adolescents et jeunes filles par besoin prioritaire en SSRAJ cité selon la région	60
Graphique 6.27 : Pourcentage d'adolescents et jeunes filles par besoin prioritaire en SSRAJ cité selon la tranche d'âges	61

LISTE DES CARTES

Carte 1.1 : Région de Mopti	5
Carte 1.2 : Région de Tombouctou	6
Carte 1.3 : Région de Gao	8

SIGLES ET ACRONYMES

AE	Académies d'Enseignement
AMC	Affaires Mondiales Canada
AME	Associations des Mères d'Elèves
APE	Associations des Parents d'Elèves
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASDAP	Association de Soutien au Développement des Activités de Population
CADBE	Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant
CAEB	Conseils et Appui pour l'Education de Base
CAJ	Charte africaine de la Jeunesse
CAP	Centres d'Animation Pédagogique
CAPE	Centre d'Accueil et de Placement Familial
CE	Conseil exécutif
CED	Centres d'Education pour le Développement
CEDEF	Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CGS	Comité de Gestion Scolaire
CIDE	Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant
CIPD	Conférence Internationale de la Population et le Développement
CNAPN	Comité National d'Action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes à la santé de la femme et de l'enfant
CNDH	Commission Nationale des Droits de l'Homme
CNDIFE	Centre National de Documentation et d'Information sur la Femme et l'Enfant
CNLTE	Cellule nationale de lutte contre le travail des enfants
COCS/PF	Coalition des Organisations de la Société Civile pour le Repositionnement de la Planification Familiale
CPS	Conseil de paix et de sécurité
CREDD	Cadre Stratégique pour la Relance Economique et le Développement Durable
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSREF	Centre de Santé de Référence
DGSHP	Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DSSR	<i>Droits et Santé Sexuelle et Reproductive</i>
ESSC	Equipes Socio Sanitaires des Cercles
DFM-SDS	Direction des Finances et du Matériel du Ministère de la Santé et du Développement Social
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DNJ	Direction Nationale de la Jeunesse
DNP	Direction Nationale de la Population
DPAB	Déclaration et Programme d'action de Beijing
DRDSES	Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire
DRJSCC	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Construction Citoyenne
DRPSIAP	Direction Régionale de la Planification, de la Statistique, de l'Informatique, de l'Aménagement du Territoire et de la Population
DRS	Direction Régionale de la Santé

DSEHFA	Déclaration solennelle sur l'égalité entre les hommes et les femmes en Afrique
DUDH	Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EMOP	Enquête Modulaire et Permanente auprès des Ménages
ENP	Etude Nationale Prospective
EPT	Education Pour Tous
FAWE	Forum for African Women Educationalists
FAFE	Fonds d'Autonomisation des Femmes et l'Epanouissement des Enfants
FELASCOM	Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire du Mali
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire du Mali
FERASCOM	Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire du Mali
FNUAP/UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
GES4CESA	Stratégie de l'Union africaine pour l'égalité des genres pour la stratégie continentale de l'éducation pour l'Afrique 2016-2025
GLEE	Girls Leadership and Empowerment through Education
GND	Grossesse Non Désirée
GP	Grossesse Précoce
INSTAT	Institut National de la Statistique
IPAPE	Institutions Privées d'Accueil et de Placement pour Enfants
IPAEOHE	Institutions Privées d'Accueil, d'Ecoute, d'Orientation ou d'Hébergement pour Enfants
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ODD	Objectifs du Développement Durable
OIF	Organisation Internationale de la Francophonie
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
ONASR	Office National de la Santé de la Reproduction
ONG	Organisations Non Gouvernementales
ONDD	Observatoire National du Dividende Démographique
ONU	Organisation des Nations Unies
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
PAN	Plan d'Actions National
PDDAFEF	Plan Décennal de Développement pour l'Autonomisation de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire Social
PDSC	Plan de Développement Sanitaire de Cercle
PE	Pair Educateur
PF	Planification Familiale
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
PNJ	Politique Nationale de la Jeunesse
PNP	Politique Nationale de la Population
PNPPE	Politique Nationale de Promotion et de Protection de l'Enfant
PNVBG	Programme National d'Abandon des Violences Basées sur le Genre
PRODEC	Programme Décennal de Développement de l'Éducation et de la Formation Professionnelle
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat

RMT	Rozaria Memorial Trust
SAJ	Santé des Adolescents et des Jeunes
SAT	SRHR Africa Trust
SCOFI	Scolarisation et Formation des filles
SNU	Système des Nations Unies
SR	Santé de la Reproduction
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
SWEDD	« Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend Project » (Projet Autonomisation des Femmes et Dividende Démographique au Sahel)
UA	Union africaine
UE	Union européenne
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UIESP	Union Internationale pour l'Etude Scientifique de la Population
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance, généralement désigné par
VBG	Violences Basées sur le Genre

RESUME EXECUTIF

La Direction Nationale de la Population, en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), avec l'appui financier de la Coopération danoise et de l'Agence coréenne de coopération internationale (KOICA), a réalisé cette étude sur la cartographie des priorités en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ) de 10 à 24 ans dans les zones de crise humanitaire (régions de Mopti, Tombouctou et Gao).

L'objectif général de l'étude est de cartographier les priorités des adolescents et des jeunes (particulièrement les jeunes filles) en matière de santé sexuelle et reproductive.

L'approche méthodologique utilisée dans la réalisation de l'étude est basée sur : (i) l'observation directe aux niveaux national, régional et local ; (ii) la revue et l'analyse documentaire ; (iii) la collecte des données quantitatives et qualitatives à travers des entretiens individuels auprès des parties prenantes, les discussions en groupes « focus groups » entre adolescents et jeunes, une enquête auprès des adolescents et des jeunes de 10 à 24 ans selon la méthode de RDS (respondent driven sampling) et une taille de l'échantillon fixée à 2024 participants (659 personnes pour la région de Mopti, 697 personnes, pour la région de Tombouctou et 668 personnes pour la région de Gao).

Après la CIPD du Caire, en 1994, pour la promotion de la SSRAJ dans le pays, le Mali a développé des mécanismes institutionnels, adopté des textes législatifs et réglementaires, et élaboré des documents de politique nationale et des stratégies. Mais, les résultats montrent des avancées timides sur le terrain : Faible harmonisation avec les textes internationaux relatifs aux droits humains ; existence de gaps en ce qui concerne la condamnation des violences faites aux filles et aux femmes. Toutefois, les efforts se poursuivent pour l'amélioration des conditions de vie de la population en matière de SSRAJ.

Dans les zones de l'étude, il y a une collaboration entre les acteurs (services publics déconcentrés de l'Etat, secteur privé de santé, associations, ONG et PTF) qui interviennent dans les domaines concernés par la SSRAJ (population, santé, femmes et enfants, développement social, éducation, justice, jeunesse).

Les adolescents et les jeunes, ainsi que les acteurs sur le terrain ont indiqué que la crise humanitaire a eu des effets négatifs sur l'accès aux services et aux produits de SSRAJ. Beaucoup de structures sanitaires ont été détruites et d'autres sont non fonctionnelles. Les prestataires qui interviennent dans certaines zones ne sont pas à mesure d'offrir les services de SSR. La sensibilisation est très difficile, particulièrement dans les zones reculées, compte tenu de l'hostilité des groupes djihadistes à la PF et à l'utilisation des préservatifs. Les personnes dans ces zones manquent d'informations et de connaissances sur leurs droits et services liés à la SSR. Beaucoup de prestataires de services de SSR qualifiés ne sont pas disposés à travailler dans les zones d'insécurité, aggravant la situation des ressources humaines disponibles. Les fournitures de santé, y compris les médicaments et les équipements, sont très insuffisantes et les véhicules qui les livrent sont souvent attaqués par les terroristes.

La crise sécuritaire a aggravé les VBG et les viols collectifs. Les familles se trouvent disloquées à cause des déplacements, ce qui rend les adolescentes et les jeunes filles plus vulnérables aux VBG et aux mariages d'enfants, précoces et forcés ; ainsi que le faible accès aux services humanitaires et aux services de santé de qualité. Les adolescents et les jeunes (filles et garçons) sont davantage

privés d'éducation. Cela entraîne un risque accru de VBG, d'infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. La crise a eu pour conséquences la fermeture des écoles, l'interruption des études d'adolescentes facilitant les mariages d'enfants et forcés et le départ de certains PTF et ONG.

Les résultats de l'étude ont montré une sexualité précoce et des comportements sexuels à risque des adolescents et des jeunes de 10 à 24 ans dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao. Selon l'enquête auprès des adolescents et des jeunes, il y a 42,49% des adolescent(e)s et jeunes de 10 à 24 ans (près de 50% des filles et 34,46% des hommes ; 48,06% en milieu urbain et 39,22% en milieu rural) qui ont déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles. Pour les célibataires ayant déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels, il y a plus de filles (31,61%) que de garçons (26,27%), et plus de personnes en milieu urbain (35,12%) qu'en milieu rural (24,97%). L'âge médian indiqué par les répondants pour le premier rapport sexuel est de 17 ans pour les garçons et 15 ans pour les filles. Les premiers rapports sexuels ne sont pas protégés chez les filles (72,43%) et les garçons (Près de 70%) célibataires. La situation est plus grave en milieu rural (77,33%) qu'en milieu urbain (61,26%). Les premiers rapports sexuels chez les célibataires ne sont pas protégés dans toutes les régions. Particulièrement à Gao qui a le plus grand pourcentage (près de 79%) de rapports sexuels non protégés comparativement à Tombouctou (68,45%) et Mopti (65,28%).

La première et la deuxième grossesse sont non désirées, pour près de 26% et 18%, respectivement. Pour la troisième grossesse, elle est désirée pour 100% des personnes concernées. S'agissant des soins prénatals, ils sont généralement bons pour les répondants (55,56% pour la première, 66,07% pour la deuxième et 75% pour la troisième grossesse). Il y a généralement un accompagnement satisfaisant pour les grossesses selon plus de 85% des personnes concernées.

Selon l'enquête auprès des adolescents et des jeunes, un peu plus de la moitié des répondants (55,73 %) avaient déclaré avoir connaissance du cycle menstruel. Ce chiffre est significativement différent selon le sexe. Le pourcentage de femmes qui connaissent le cycle menstruel (71,26) est plus élevé que celui des hommes (38,15%). Près de 21% des répondants ont déclaré avoir au moins une fois utilisé une méthode contraceptive, avec 24,56 % de femmes et 16,33% des hommes.

Les personnes ayant connaissance des infections sexuellement transmissibles sont plus nombreuses à Tombouctou (56,67%) comparativement à Mopti (48,56%) et Gao (46,86%). Dans toutes les régions, plus de la moitié des personnes interrogées ont une bonne connaissance du VIH. Les pourcentages sont de 58,27% à Mopti, 68,01% à Tombouctou et 63,32% Gao. Peu de personnes sont au courant de l'existence de services adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes. Particulièrement, à Tombouctou (6,17%) où le pourcentage est très faible comparativement à Gao (16,92%) et Mopti (17,60%).

Les méthodes contraceptives les plus connues étaient le préservatif masculin, les implants, suivies par les contraceptifs oraux et les contraceptifs injectables. A Mopti, les implants (26,75%) et le préservatif masculin (26,5%) sont les méthodes contraceptives les plus connues. Dans la région de Tombouctou, les implants (25,3%) et les injectables (23,23%) sont les méthodes les plus connues. Le préservatif masculin est la méthode la plus connue à Gao (29,05%) suivie par les implants (24,94%).

Le préservatif masculin est, de très loin, la méthode la plus utilisée signalée par les hommes (près de 86%). C'est aussi la méthode la plus utilisée globalement (37%) dans les milieux urbain

(39,65%) et rural (34,3%). Les femmes utilisent plus les implants (près de 35%), Le préservatif masculin est la méthode la plus utilisée à Mopti (46,24%), Tombouctou (31,76%) et Gao (35%).

Globalement, les lieux les plus connus pour obtenir les produits de la contraception sont les centres de santé (31,75%, avec 33,33% en milieu urbain et 30,72% en milieu rural), les pharmacies (28,94%, avec 29,25% et 28,75%) et les hôpitaux (26,14%, avec 25,58% et 26,5%). Voir Graphique 6.13.

Sur tous les canaux indiqués pour l'accès aux informations sur la contraception, les répondants préfèrent, en majorité, obtenir l'information auprès de la mère (17,54% ; 19,66% pour les filles), des ami(e)s (15,49% ; 14,86%) et des centres de santé (14,39% ; 15,06%). Les garçons préfèrent obtenir l'information au niveau du frère (17,03%). Dans la région de Mopti, les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans préfèrent, en majorité, obtenir l'information auprès de la mère (20,53%), des ami(e)s (14,67%) et des centres de santé (12,25%). Dans la région de Tombouctou, les préférences sont les ami(e)s (20,85%), les centres de santé (17,43%) et la mère (16,02%). Les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans de la région de Gao préfèrent obtenir l'information auprès de la mère (16,8%), du frère (13,65%) et des centres de santé (13,24%)

Lors des entretiens avec les acteurs, il est ressorti que, dans toutes les régions concernées par cette étude, les mariages d'enfants et les grossesses précoces sont fréquentes. Les cas de complication des grossesses précoces sont fréquents et mènent souvent au décès des filles. La violence basée sur le genre (VBG) est fréquente. Mais, en général, les victimes ne dénoncent pas les auteurs. Globalement, selon l'enquête, près de 24% des adolescent(e)s et jeunes interrogés (34,85% en milieu urbain et 17,38% en milieu rural) ont été excisés. Les victimes de violences sont globalement de 5,88%. Elles sont plus nombreuses en milieu rural (près de 7%) qu'en milieu urbain (4%). Les femmes excisées sont plus nombreuses à Mopti (34,62%) que dans les régions de Tombouctou (29,89%) et Gao (5,83%). Le pourcentage des personnes interrogées qui ont été victimes de VBG est plus élevé à Gao (12,43%) que dans les régions de Mopti (3%) et Tombouctou (2,3%).

Les trois premiers thèmes indiqués comme besoins prioritaires par région sont :

- Pour la région de Mopti : Prévention et lutte contre le mariage d'enfants ; Accès à l'information et aux conseils ; Education sexuelle.
- Pour la région de Tombouctou : Prévention et lutte contre le mariage d'enfants ; Prévention et lutte contre les GP ; Education sexuelle.
- Pour la région de Gao : Prévention et lutte contre le mariage d'enfants ; Accès à l'information et aux conseils ; Accès aux services de santé.

Les recommandations suivantes sont formulées pour la promotion de la SSRAJ dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao :

- Renforcer la prévention et la lutte contre les mariages d'enfants dans un contexte de crise humanitaire
- Elaborer et mettre en œuvre des stratégies de sensibilisation et d'information sur la SSR adoptées au contexte de crise humanitaire
- Construire des services de santé dans toutes les localités et les doter de matériels appropriés, particulièrement en services et produits de SSRAJ
- Renforcer l'éducation sexuelle

- Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de lutte contre les VBG, adoptée au contexte de crise humanitaire
- Octroyer un financement adéquat aux services de SSRAJ
- Elargir cette étude sur les besoins prioritaires des adolescents et des jeunes aux autres
- Développer une approche de coordination, de coopération et de bonne volonté entre les acteurs impliqués dans la SSRAJ

INTRODUCTION

Le Mali a une superficie de 1 241 238 km², une population estimée à 22 293 390 d'habitants en 2023 dont 50,4% de femmes et 33,5% d'adolescents et de jeunes âgés de 10 à 24 ans¹.

Avec une telle représentation d'adolescents et de jeunes, les questions relatives à la santé, en général, et à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes en particulier, sont au cœur des préoccupations du pays.

Cette frange importante de la population évolue dans une situation difficile et fait face à de nombreuses difficultés : faible accès à l'information et aux services de santé de reproduction (SR), méconnaissance des lois sur la SR, difficultés d'application des textes sur la SR, persistance des violations des droits des jeunes femmes, pourcentage élevé de jeunes femmes qui n'utilisent pas de méthode contraceptive moderne, pourcentage élevé de grossesses précoces chez les adolescentes, difficultés liées aux sensibilités culturelles et aux tabous, nombre élevé de mariages précoces, taux élevé de mortalité maternelle, incidence du VIH/Sida et des IST.

Selon le rapport de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSM VI) réalisée en 2018, si 15 % des femmes âgées de 15-49 ans utilisaient une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête, la proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale s'élevaient à 24 % ; besoins orientés dans la majorité des cas vers l'espacement des naissances (17 %). Les proportions s'élevaient à 20% chez les adolescentes de 15-19 ans et à 22% chez les jeunes filles de 20-24ans. Dans l'ensemble, 36 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde : 30 % ont eu au moins un enfant et 6 % sont enceintes du premier enfant.

Toujours selon l'EDS VI, les régions de Mopti, Tombouctou et Gao ont des taux de fécondité (respectivement 7,2 ; 7,3 et 6,5 enfants par femme) plus élevés que la moyenne nationale (6,3 enfants par femme) et font partie des régions avec les proportions les plus élevées d'adolescents ayant déjà commencé leur vie procréative (respectivement 30%, 46% et 38%).

Pour juguler ces problèmes et compte tenu de l'importance de la satisfaction des besoins des jeunes et des adolescents en matière de santé de la reproduction dans le développement économique et social du pays, la Direction Nationale de la Population (DNP), en collaboration avec les autres départements impliqués dans les questions de population, a élaboré la nouvelle version de la Politique Nationale de Population et son plan d'actions 2018-2022 avec un accent particulier sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents.

Le Mali a participé à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994, lors de laquelle les causes des adolescents et des jeunes ont bénéficié d'un regain d'attention. Cette attention découle de la nature spécifique des adolescents et des jeunes qui consacre généralement l'initiation à l'activité sexuelle et la vie reproductive d'une part, et de nombreux risques et conséquences associés à cette entrée d'autre part.

Après la CIPD, le Mali, à travers le Ministère de la Santé, a révisé les Politiques, Normes et Procédures en Santé de la Reproduction pour tenir compte des nouveaux éléments en matière de SR issus de ladite conférence. Les questions relatives à la santé reproductive sont souvent

¹ Projection de la Direction Nationale de la Population

méconnues du grand public. Par ailleurs, les sensibilités culturelles et les tabous qui entourent les questions de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes empêchent souvent ces couches de s'informer sur la thématique et rendent difficile pour les gouvernements le traitement de ces problématiques qui y sont liées. Pourtant, la non satisfaction des besoins des jeunes en matière de santé de la reproduction a un impact considérable sur le développement économique et social du pays.

L'analyse de la situation, lors de l'élaboration de la Politique Nationale de Population, a montré que les résultats des différentes actions sont mitigés par rapport aux objectifs fixés et aux efforts déployés par le Gouvernement. Aussi, le résultat, relatif aux actions de santé des Adolescents et des Jeunes (SAJ), des compétences de vie et de lutte contre les mariages des enfants et des grossesses précoces sont promues dans les communautés de l'axe 1 de la Politique Nationale de la Population (PNP) visant la maîtrise progressive de la fécondité, justifie à suffisance l'importance accordée à cette thématique par la PNP actualisée.

Récemment, le Mali a mis en œuvre le plan d'action multisectoriel santé des adolescents et des jeunes 2017-2021. Il a pour but de « mettre en place un système qui garantit aux adolescents et aux jeunes un accès à des soins et services de santé de qualité adaptés à leurs besoins en tout lieu et à tout moment ».

Par ailleurs, le pays a connu, depuis 2012, une crise multiforme (sociale, politique, sécuritaire, alimentaire, économique), qui a sapé l'ensemble des efforts de développement entrepris depuis des décennies. Les conséquences de cette crise sont énormes et profondes, notamment : d'importantes pertes en vies humaines ; de graves violations des droits humains ; la dispersion des cadres qualifiés, particulièrement dans les secteurs de l'éducation et de la santé ; d'énormes dégâts matériels ; de nombreuses écoles fermées ; l'insuffisance des centres de santé ; la destruction parfois systématique des infrastructures existantes et le saccage des chantiers en cours ; le recul de l'économie entraînant l'accroissement de la pauvreté ; le déficit chronique de paix et l'intensification de l'insécurité avec la prolifération des armes ; et un nombre impressionnant de déplacés et de réfugiés. Les régions du nord et du centre ont été particulièrement affectées par cette crise.

C'est dans ce contexte que la Direction nationale de la Population, en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la Population a réalisé la présente étude sur la cartographie des priorités en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ) dans les zones de crise humanitaire (régions de Mopti, Tombouctou et Gao).

Dans cette perspective, un certain nombre de questions ont retenu l'attention : (i) Les stratégies, mécanismes, outils mis en place en matière de SSR dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao sont-ils adéquats pour assurer une durabilité maximale des résultats ? (ii) Qui sont les principaux intervenants et quels sont les types d'interventions en matière de SR des adolescents et des jeunes dans ces zones ? (iii) Quel est l'impact de la crise sur la SSRAJ dans ces zones ? (iv) Quels sont les besoins prioritaires des adolescents et des jeunes en matière de SR dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao par zone, tranche d'âge et par sexe ?

Telle était la justification fondamentale de la mission qui consistait à répondre à ces différentes interrogations pour réaliser la cartographie des besoins prioritaires en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ) des régions de Mopti, Tombouctou et Gao.

L'objectif général de l'étude était de cartographier les priorités des adolescents et des jeunes (particulièrement les jeunes filles) en matière de santé sexuelle et reproductive dans les zones de crise humanitaire et particulièrement dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao, afin de fournir des informations aidant à une meilleure planification des interventions en faveur de l'amélioration de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes dans les zones de crise humanitaire.

Spécifiquement, l'étude visait les objectifs suivants :

- faire un état des lieux des besoins en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes par zones dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao ;
- prioriser les besoins en matière de SSR des adolescents et des jeunes par zone, par tranche d'âges et par sexe ;
- réaliser une cartographie des interventions et des intervenants en matière de SSRAJ dans les zones couvertes par l'étude ;
- faire ressortir les gaps non seulement dans les priorités mais également dans la couverture géographique par les partenaires en lien avec la situation de crise que traverse le Mali ;
- procéder à une analyse croisée des différents besoins des jeunes et adolescents par zone de crise humanitaire ; tout en faisant ressortir les spécificités zonales ;
- identifier et analyser les effets de la crise sur les VBG dans les zones concernées par l'étude ;
- identifier et analyser les effets de la crise sur l'accès aux services et aux produits de la SR/PF dans les zones concernées par l'étude ;
- formuler des recommandations pour une meilleure prise en compte des besoins prioritaires des adolescents et jeunes dans les différentes zones des régions d'étude tout en proposant des mesures de cohérence et de complémentarité pour une plus grande efficacité des interventions.

Pour atteindre ces objectifs, l'approche méthodologique utilisée fait recours à :

- l'observation directe aux niveaux national, régional et local ;
- la revue et l'analyse documentaire ;
- la collecte des données quantitatives et qualitatives, dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao, à travers (i) une enquête auprès des adolescents et des jeunes (10-24 ans) (ii) des entretiens individuels avec les parties prenantes, et (iii) des discussions en groupes des adolescents et des jeunes.

Les résultats de l'étude sont présentés dans ce rapport en sept (07) parties principales :

- présentation des régions de l'étude ;
- cadre méthodologique ;
- aperçu global sur les mécanismes institutionnels et engagements de l'Etat en faveur de la SSRAJ au Mali ;
- typologie et cartographie des interventions et des intervenants du secteur SSRAJ ;
- effets de la crise humanitaire sur la SSRAJ ;
- identification et analyse des besoins prioritaires en SSRAJ ;
- conclusions et recommandations.

I. PRESENTATION DES REGIONS DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, les régions concernées par l'étude sont brièvement présentées. Dans cette étude, les régions de Mopti, Tombouctou et Gao ont été considérées dans le cadre de la loi No 2023-006 du 13 mars 2023 portant création des circonscriptions administratives en République du Mali.

Dans les trois régions concernées, l'agriculture, l'élevage et la pêche sont les principales activités économiques. Autour de ces activités se développe le commerce. Ces régions sont en crise sécuritaire et humanitaire depuis plus d'une dizaine d'années. En plus, elles subissent les conséquences des changements climatiques, notamment la baisse de la pluviométrie, avec des effets négatifs sur les sols, la végétation, et les cours d'eau. Cette situation entraîne des problèmes humanitaires tels que : l'augmentation de la pauvreté, la réduction ou l'absence de services de santé et d'éducation dans ces régions.

Dans le cadre de la santé, le taux de morbidité, en 2022, est très varié selon les régions. Il est estimé à 39,4 % pour la région de Mopti, 72,4% pour la région de Tombouctou et 17,7% pour la région de Gao².

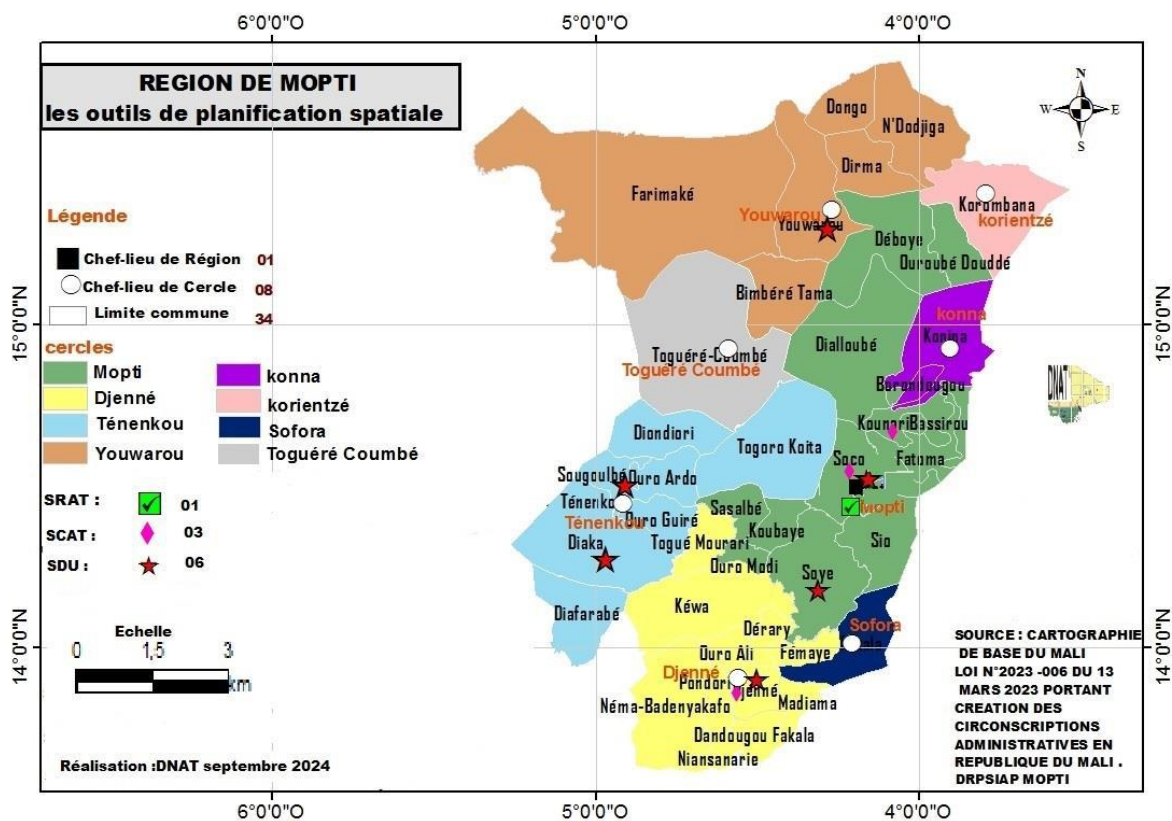
1.1. Région de Mopti

Dans le nouveau découpage territorial, la région de Mopti comprend les cercles suivants :

- Mopti ;
- Djenné ;
- Tenenkou ;
- Youwarou ;
- Konna ;
- Korientzé ;
- Sofara ;
- Togueré-Coumbé.

² Institut national de la statistique (INSTAT) : Rapport d'analyse deuxième passage (avril-juin 2022) de l'enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP) ; Octobre 2022

Carte 1.1 : Région de Mopti



Source : DNAT, 2024.

Dans cette étude, la population de la région de Mopti est estimée à 374034 habitants, selon les projections de la Direction Nationale de la Population, en considérant les données des populations des cercles de Mopti, Djenné, Tenenkou et Youwarou, de l'ancien découpage territorial.

Tableau 1.1: Estimation de la population d'adolescents et des jeunes de 10 à 24 ans, en 2023, dans la région de Mopti

REGION DE MOPTI	Masculin	Féminin	Ensemble
TOTAL	183371	190661	374034

Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDSM VI) réalisée en 2018, la région de Mopti enregistre le plus faible pourcentage de femmes alphabétisées au Mali (16 %). Chez les hommes le pourcentage est de 36%.

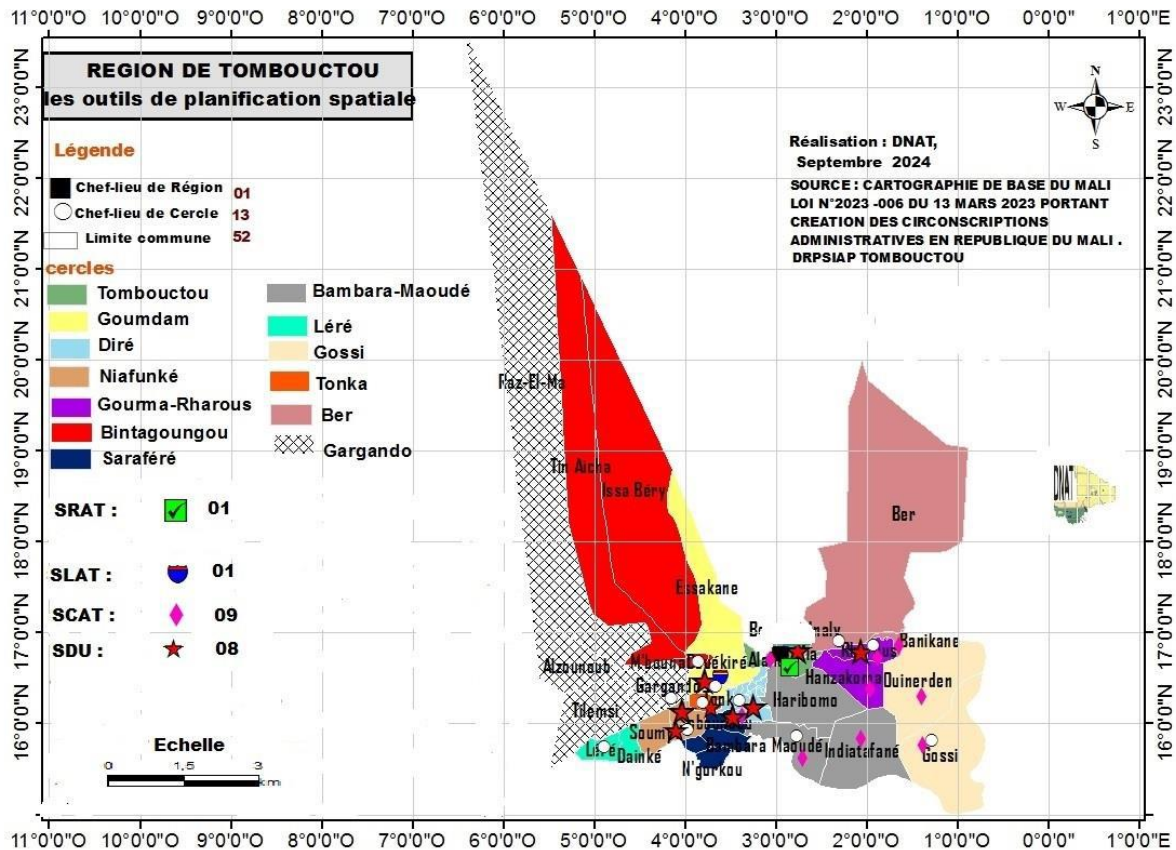
Toujours selon l'EDS VI, l'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 25-49 ans est de 17,6 ans dans la région de Mopti. Le pourcentage d'adolescentes (15-19 ans) qui ont déjà commencé leur vie procréative est de 30%. La couverture en soins postnatals immédiatement après la naissance est de 60%. Dans la Région, l'ISF est élevé (7,2 enfants par femme).

Dans le cadre des VBG, le pourcentage de femmes ayant déclaré avoir subi des actes de violence sexuelle à un moment quelconque de leur vie est de 6%.

En matière de SR/PF, la proportion de femmes en union ayant entendu parler de méthodes contraceptives est 91,5% à Mopti. La prévalence contraceptive moderne est faible (9%). La proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est de 29 %. Les naissances qui se sont déroulées dans un établissement sont de 54%.

1.2. Région de Tombouctou

Carte 1.2 : Région de Tombouctou



Source : DNAT, 2024.

Dans le nouveau découpage territorial, la région de Tombouctou comprend les cercles suivants :

- Tombouctou ;
- Diré ;
- Goundam ;
- Gourma-Rharous ;
- Niafunke ;
- Bintagoungou ;
- Saraféré ;
- Bambara- Maoudé ;
- Léré ;
- Gossi ;
- Tonka ;
- Ber ;

- Gargando.

Dans cette étude, la population de la région de Tombouctou est estimée à 278065 habitants, selon les projections de la Direction Nationale de la Population, en considérant les données des populations des cercles de Tombouctou, Diré, Goundam, Gourma-Rharous et Niafunké, de l'ancien découpage territorial.

Tableau 1.2: Estimation de la population d'adolescents et des jeunes de 10 à 24 ans, en 2023, dans la région de Tombouctou

REGION TOMBOUCTOU	Masculin	Féminin	Ensemble
Total	139476	147590	287065

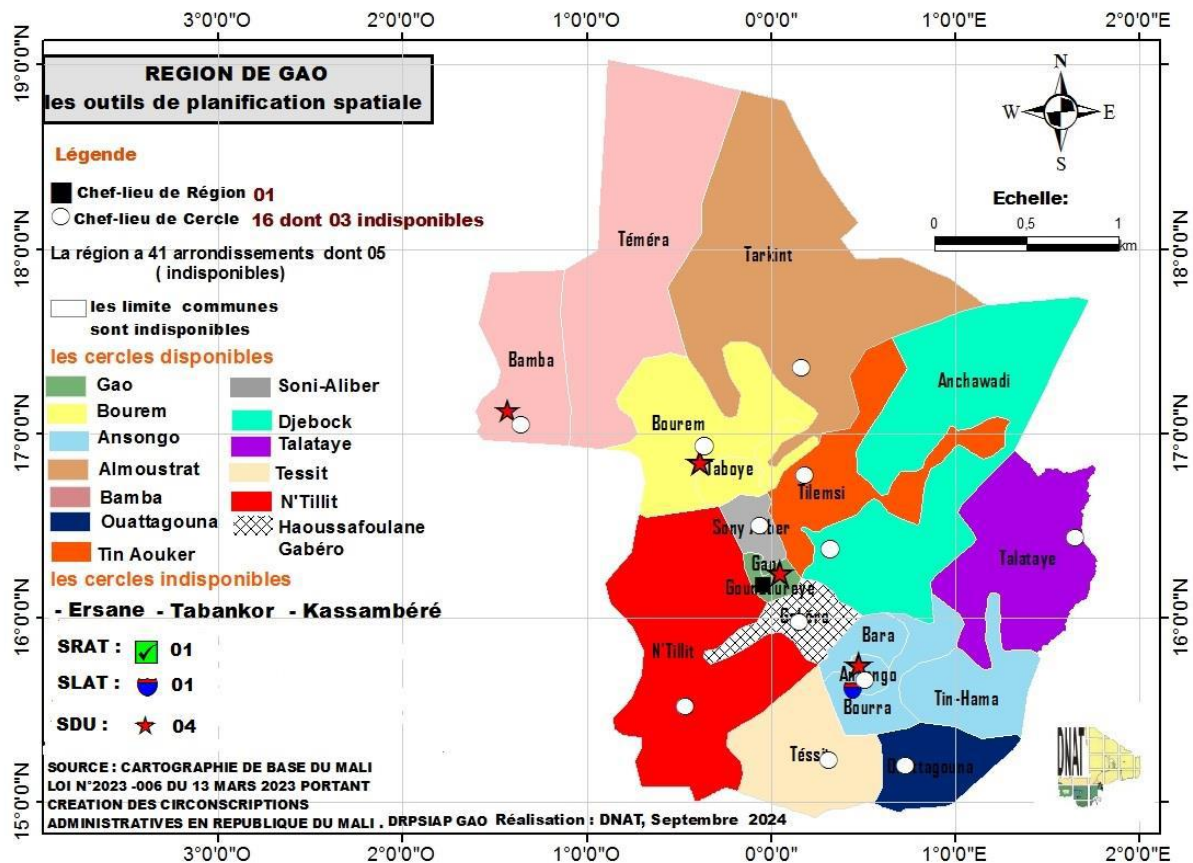
Le pourcentage de femmes alphabétisées dans la région de Tombouctou est de 19%. Chez les hommes le pourcentage est de 30%.

Le pourcentage de femmes ayant déclaré voir subi des actes de violence sexuelle à un moment quelconque de leur vie est de 4% à Tombouctou.

La couverture en soins postnatals immédiatement après la naissance est de 29%. A Tombouctou, le niveau de l'ISF est de 7,3 enfants par femme. Le pourcentage d'adolescentes (15-19 ans) qui ont déjà commencé leur vie procréative est de 46%. La proportion de femmes en union ayant entendu parler de méthodes contraceptives est de 85%. La prévalence contraceptive moderne est faible dans la région de Tombouctou (6%). Le pourcentage de femmes ayant eu des soins prénatals d'un prestataire formé est de 67 %. La couverture en soins postnatals du nouveau-né est de 28%. La proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est de 11 %. Les naissances qui se sont déroulées dans un établissement sont de 31%.

1.3. Région de Gao

Carte 1.3 : Région de Gao



Source : DNAT, 2024.

Dans le nouveau découpage territorial, la région de Gao comprend les cercles suivants :

- Gao ;
- Ansongo ;
- Bourem ;
- Almoustrat ;
- Bamba ;
- Soni Ali Ber ;
- Gabéro ;
- Ouattagouna ;
- Djebock ;
- Talataye ;
- N'tillit ;
- Haoussa-Foulane ;
- Tabankort ;
- Tin-Aouker ;
- Ersane ;
- Kassambéré.

Dans cette étude, la population de la région de Gao est estimée à 222655 habitants, selon les projections de la Direction Nationale de la Population, en considérant les données des populations des cercles de Gao, Ansongo et Bourem, de l'ancien découpage territorial.

Tableau 1.3: Estimation de la population d'adolescents et des jeunes de 10 à 24 ans, en 2023, dans la région de Gao selon les tranches d'âge, par cercle

REGION DE GAO	Masculin	Féminin	Ensemble
Total	109324	113333	222655

Le pourcentage de femmes alphabétisées est de 20% à Gao. Chez les hommes, Gao a le pourcentage le plus faible de ceux qui sont alphabétisés au Mali (27 %).

La couverture en soins postnatals immédiatement après la naissance est de 52% à Gao. Le niveau de l'ISF est le plus faible des trois régions concernées (6,5 enfants par femme). Le pourcentage d'adolescentes (15-19 ans) qui ont déjà commencé leur vie procréative est de 38%, La proportion de femmes en union ayant entendu parler de méthodes contraceptives est de 62%. La prévalence contraceptive moderne est la plus faible des trois régions concernées par l'étude (3%). Le pourcentage de femmes ayant eu des soins prénatals d'un prestataire formé est de 60%. La couverture en soins postnatals du nouveau-né est de 54%. La proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est de 15 %. Les naissances qui se sont déroulées dans un établissement sont de 54%.

II. METHODOLOGIE

2.1. Approche méthodologique

L'approche méthodologique est basée sur :

- l'observation directe aux niveaux national, régional et local ;
- la revue et l'analyse documentaire ;
- la collecte des données quantitatives et qualitatives.

Les trois méthodes ont fait recours à la triangulation des sources des données, afin de contrôler leur fiabilité, la qualité des données et les considérations éthiques.

L'observation directe a permis de recueillir des informations par une observation visuelle minutieuse sur les plans national, régional et local. Des visites de centres de santé ont eu lieu dans les zones concernées par l'étude.

La revue documentaire a permis de collecter tous les documents et supports qui contiennent des données relatives aux objectifs de l'étude ; ainsi que les informations et les analyses nécessaires pour la mission. Il s'agit de rapports techniques sur les plans national, régional et local ; d'études similaires réalisées au Mali et dans d'autres pays ; d'articles scientifiques ; des conventions régionales et internationales ; des documents de politique, des textes législatifs et réglementaires, des projets, des programmes, des plans d'action ; des données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), des Enquêtes Modulaires et Permanentes auprès des Ménages (EMOP).

La collecte des données quantitatives et qualitatives a été faite à travers (i) une enquête auprès des adolescents et des jeunes (10-24 ans) des régions de Mopti, Tombouctou et Gao, (ii) des entretiens individuels avec les parties prenantes, et (iii) des discussions en groupes des adolescents et des jeunes.

2.2. Collecte des données

Les outils utilisés et le processus de collecte des données sont présentés dans cette Section. Ces outils avaient été validés par le comité technique de pilotage de l'étude.

2.2.1. Les entretiens individuels

Dans le cadre des entretiens individuels auprès des parties prenantes, un outil a été élaboré (voir Annexe 2) afin de collecter des informations sur la cartographie des intervenants et des interventions en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao. Un questionnaire (voir Annexe 5) destiné aux personnes ressources a également été élaboré. Les informations ont été recueillies au niveau des services publics nationaux, régionaux et locaux ; ainsi que les parents, les leaders jeunes, les femmes, les leaders religieux et traditionnels, les Partenaires techniques et financiers (PTF), les Organisations de la Société Civile (OSC), les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et le secteur privé. Au total, une soixantaine de personnes prévues ont été interviewées. Plus de 40 interviews ont été enregistrées dans les régions concernées par l'étude.

2.2.2. L'enquête auprès des adolescents et des jeunes

Pour l'enquête auprès des adolescents et des jeunes, un questionnaire (voir Annexe 4) a été élaboré et administré par des enquêteurs (cinq (05) par région), formés à cet effet, en langues locales.

Le recrutement des enquêteurs a été fait sur la base du niveau d'étude (au minimum la licence) et de l'expérience. A ce critère s'ajoute la maîtrise de la langue locale et des outils de collecte électronique des données. Les experts ont formé les enquêteurs. La formation était théorique et pratique. Après la formation des enquêteurs, ces derniers ont testé les questionnaires en dehors de l'échantillon, afin de mieux comprendre les questions et d'apporter les corrections nécessaires.

Les enquêtes ont duré douze (12) jours pour chaque région. Les enquêteurs ont été encadrés par des superviseurs, un (01) par région, et des spécialistes en centralisation des données, un (01) par région.

L'application Kobo Collect a été utilisée pour la collecte des données à l'aide des téléphones/tablettes sur lesquels les questionnaires numériques ont été développés. Cela a facilité le travail sur le terrain, amélioré la qualité des données, et raccourci la durée du processus d'enquête.

L'étude a concerné les adolescents et jeunes (filles et garçons) de 10 à 24 ans dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao. Pour la sélection des adolescents et des jeunes, l'étude a utilisé l'échantillonnage déterminé selon les répondants (respondent driven sampling) « RDS », une méthode de recrutement basée sur la chaîne.

Les études RDS commencent, pour chaque localité, avec un petit nombre de personnes de la population cible (5 à 15 personnes). Les personnes doivent être bien connectées. Celles-ci peuvent recruter d'autres personnes (vague 1). Les recrues de la vague 1 recrutent la vague 2. Cette chaîne se poursuit jusqu'à ce que la taille de l'échantillon souhaitée soit atteinte.

Le RDS repose sur l'hypothèse que les pairs sont mieux à même de localiser et de recruter d'autres membres. Les enquêtes RDS ont été largement utilisées pour les populations difficiles à atteindre. Dans la mesure où l'activité sexuelle et l'utilisation de contraceptifs chez les adolescents sont souvent des informations difficiles à obtenir en raison de la pression sociale et familiale, le RDS a été un moyen précieux de recruter des adolescents pour une enquête et une recherche sur ce sujet.

La taille de l'échantillon est calculée à partir de la proportion des adolescents et des jeunes (10-24 ans) des régions de Mopti, Tombouctou et Gao, par la formule suivante³ :

$$n = D \frac{z^2}{\varepsilon^2} p(1 - p)$$

Avec n : le nombre minimum des personnes à enquêter pour l'étude,

D : Effet de conception

z : Valeur associée à un niveau de confiance de 95% (z=1,96),

ε : Marge d'erreur tolérée ou la précision (ε~5%)

p : Proportion (P=50%).

³ Hipp L., Kohler U. & Leumann, S. (2019). How to Implement Respondent-Driven Sampling in Practice: Insights from Surveying 24-Hour Migrant Home Care Workers. *Survey Methods: Insights from the Field*. Retrieved from <https://surveyinsights.org/?p=12000>

L'effet de conception (D) est un ajustement de la différence entre une méthode d'échantillonnage et un échantillonnage aléatoire simple. En effet, l'effet de conception multiplie la taille de l'échantillon aléatoire simple par le facteur D pour tenir compte de la perte de diversité en utilisant une méthode d'échantillonnage autre qu'un échantillonnage aléatoire simple.

Le calcul dans un échantillonnage aléatoire simple utilise essentiellement $D=1$ comme effet de conception. La méthode RDS⁴ nécessite un minimum de $D=2$ comme effet de conception (reflétant un doublement de la taille d'échantillon calculée).

Toutefois, les analyses indiquent que, pour un échantillon plus représentatif, l'effet de conception (D) devrait être plus grand⁵.

Pour cette étude, la valeur de D est fixée à 5 dans la formule ci-dessus. On obtient $n=1\,920,8$.

Pour obtenir la taille cible de l'échantillon pour l'étude, dans le cadre de l'enquête auprès des adolescents et des jeunes, chaque région devrait avoir au moins 650 individus dans l'échantillon.

La taille finale de l'échantillon a été fixée à 2024 participants (659 personnes pour la région de Mopti, 697 personnes, pour la région de Tombouctou et 668 personnes pour la région de Gao), afin de tenir compte des réponses incomplètes ou des erreurs dans les réponses au questionnaire. Les participants éligibles sont des adolescents et des jeunes âgés de 10 à 24 ans qui résident dans les trois régions (Mopti, Tombouctou et Gao).

Conformément à l'objectif général de l'étude qui visait à identifier les besoins prioritaires des adolescents et des jeunes « **particulièrement les jeunes filles** » en matière de SSR, afin de fournir des informations aidant à une meilleure planification des interventions en faveur de l'amélioration de la SSRAJ dans trois régions (Mopti, Tombouctou et Gao), l'échantillon est composé, à majorité, d'adolescentes et de jeunes filles, soit de 1075 femmes (53,11%) et 949 hommes (46,89%).

L'enquête s'est déroulée dans les cercles suivants :

- Pour la région de Mopti : Mopti, Djenné, Tenenkou et Konna ;
- Pour la région de Tombouctou : Tombouctou, Diré, Gounda et Tonka ;
- Pour la région de Gao : Gao, Ansongo, Bourem, Soni Ali Ber et Gabero.

Ces cercles ont été sélectionnés pour une meilleure couverture des régions concernées, en tenant compte des moyens disponibles, du temps et de la situation d'insécurité. Ces conditions ne permettent pas de couvrir tous les 38 cercles des trois régions concernées par l'étude. En effet, seulement, cinq (05) enquêteurs étaient prévus par Région, pour douze (12) jours de travail. Aussi, les cercles sélectionnés sont plus représentatifs, car ils comprennent un nombre important de déplacés internes venant des cercles non sélectionnés. Ceux-ci ont été interrogés dans le cadre de cette étude. Les cercles sélectionnés sont également plus accessibles et plus sécurisés.

⁴ WHO (2013) Introduction to HIV/AIDS and sexually transmitted infection surveillance *Module 4: Introduction to respondent-driven sampling*; Regional Office for the Eastern Mediterranean.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/116864/EMRPUB_2013_EN_1539.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁵ Salganik MJ. Variance estimates, design effects and sample size calculations for respondent-driven sampling. *Journal of Urban Health*, 2006, 83(Suppl. 7):98–112.

Dans chaque localité, l'échantillon comprend différentes sous populations (strates) afin d'avoir une bonne représentativité des adolescents et des jeunes. Ces strates comprennent : le milieu de résidence (rural ou urbain), le niveau d'étude, les catégories d'âge, les occupations, etc.

Comme indiqué ci-dessus, l'échantillon est composé de 1075 femmes et 949 hommes (2024 au total). Les pourcentages de femmes et d'hommes sont respectivement de 53,11 % et 46,89 %. Près de 37% de l'échantillon résident en milieu urbain, contre 63% en milieu rural. Environ un tiers de l'échantillon (32,56%) est de la région de Mopti, 34,44% de la région de Tombouctou et 33% de la région de Gao. Environ 21,59% des participants de l'échantillon avaient entre 10 et 12 ans, 21,1 % entre 13 et 15 ans, 30,78% entre 16 et 19 ans et 26,53% entre 20 et 24 ans. L'échantillon est surtout composé de célibataires (71,44%). Les personnes mariées sont de 16,80% ; 9,98% vivent en mariage monogamie, 6,82% en polygamie, 4% de divorcé(e)s et 1,28% de veufs/ veuves, Voir Tableau 2.1.

Tableau 2.1 : Caractéristiques de l'échantillon selon le sexe, la région, les tranche d'âges et le statut matrimonial

Identification	Total		Femmes		Hommes		Urbain		Rural	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	2024	100	1075	53,11	949	46,89	749	37,01	1275	62,99
SEXE										
Femmes	1075	53,11	1075	100	-	-	396	52,87	679	53,25
Hommes	949	46,89	-	-	949	100	353	47,13	596	46,75
REGION										
Mopti	659	32,56	364	33,86	295	31,09	243	32,44	416	32,63
Tombouctou	697	34,44	368	34,23	329	34,67	289	38,58	408	32,00
Gao	668	33,00	343	31,91	325	34,25	217	28,97	451	35,37
TRANCHES D'AGE										
10 à 12 ans	437	21,59	229	21,30	208	21,92	100	13,35	337	26,43
13 à 15 ans	427	21,10	219	20,37	208	21,92	126	16,82	301	23,61
16 à 19 ans	623	30,78	320	29,77	303	31,93	292	38,99	331	25,96
20 à 24 ans	537	26,53	307	28,56	230	24,24	231	30,84	306	24,00
STATUT MATRIMONIAL										
Célibataires	1446	71,44	677	62,98	769	81,03	541	72,23	905	70,98
Personnes mariées	340	16,80	239	22,23	101	10,64	124	16,56	216	16,94
Monogamie	202	9,98	133		69	7,27	69	9,21	133	10,43
Polygamie	138	6,82	106		32	3,37	55	7,34	83	6,51
Divorcé(e)s	81	4,00	65	6,05	16	1,69	33	4,41	48	3,76
Veufs/ veuves	26	1,28	21	1,95	5	0,53	11	1,47	15	1,18

Dans la région de Mopti, 26,4% des participants de l'échantillon avaient entre 10 et 12 ans, 19,42 % entre 13 et 15 ans, 28,53% entre 16 et 19 ans et 25,64% entre 20 et 24 ans.

Dans la région de Tombouctou, environ 21% des participants de l'échantillon avaient entre 10 et 12 ans, 20,8 % entre 13 et 15 ans, 30,27% entre 16 et 19 ans et 27,83% entre 20 et 24 ans.

Dans la région de Gao, 17,37% des participants de l'échantillon avaient entre 10 et 12 ans, 23,05 % entre 13 et 15 ans, 33,53% entre 16 et 19 ans et 26,05% entre 20 et 24 ans.

Tableau 2.2 : Caractéristiques de l'échantillon pour les tranches d'âge par Région

AGE	Mopti		Tombouctou		Gao	
	N	%	N	%	N	%
10 à 12 ans	174	26,40	147	21,09	116	17,37
13 à 15 ans	128	19,42	145	20,80	154	23,05
16 à 19 ans	188	28,53	211	30,27	224	33,53
20 à 24 ans	169	25,64	194	27,83	174	26,05
Total	659	100,00	697	100,00	668	100,00

La très grande majorité des participants (97,48%) sont des musulmans ; 2% de chrétiens et moins de 1% d'animistes. Selon le niveau d'instruction, parmi les participants, environ 30,39% sont non alphabétisés, 12,94% ont un niveau du premier cycle fondamental, 24,45% du second cycle fondamental, 8,79% de medersa ou d'école coranique, près de 13% du secondaire et 4,4% du supérieur. Voir Tableau 2.3.

Tableau 2.3 : Caractéristiques de l'échantillon selon la religion, l'ethnie, le niveau d'instruction

RELIGION	Nombre	Pourcentage
Islam	1973	97,48
Christianisme	44	2,17
Animisme	3	0,15
Autre	3	0,15
ETHNIE	Nombre	Pourcentage
Songhoy	978	48,32
Peulh	318	15,71
Touareg	209	10,33
Bozo	187	9,24
Bambara	172	8,50
Dogon	104	5,14
Bobo/Bwa	33	1,63
Autres	23	1,14
NIVEAU D'EDUCATION	Nombre	Pourcentage
2e cycle fondamental	414	20,45
Secondaire	302	14,92
1er cycle fond	262	12,94
Non alphabétisé	615	30,39
Coranique/Medersa	178	8,79
Supérieur	89	4,40
Alphabétisé	159	7,86

Selon l'occupation, les participants sont surtout des élèves ou étudiants (54,25%). Il y a également des ménagères (17,69%), des éleveurs et agriculteurs (environ 11%), du secteur privé ou du commerce (5,6%). Près de 7% de l'échantillon sont des personnes vivant avec un handicap ; 82,66% sont sans enfant, tandis que 11,31% ont un enfant, près de 6% ont deux enfants et 1,43% ont plus de deux enfants. Voir Tableau 2.4.

Tableau 2.4 : Caractéristiques de l'échantillon selon l'occupation, la situation de handicap et le nombre d'enfants

PROFESSION	Nombre	Pourcentage
Elève/étudiant	1098	54,25
Ménagère	358	17,69
Agriculteur/Éleveur/Pêcheur	219	10,82
Secteur privé/Commerce	115	5,68
Fonctionnaire	19	0,94
Pas de profession	29	1,43
PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP ET TYPE DE HANDICAP	Nombre	Pourcentage
Personnes vivant avec un handicap	138	6,82
Physique	87	4,30
Visuel	33	1,63
Auditif	17	0,84
NOMBRE D'ENFANTS	Nombre	Pourcentage
Zéro (00) enfant	1673	82,66
Un (01) enfant	229	11,31
Deux (02) enfants	122	6,03
Plus de deux (02) enfants	29	1,43

2.2.3. Les échanges en « focus group »

Pour les discussions en groupes « focus group », un guide (voir Annexe 3) a été élaboré afin de bien mener les échanges. Les groupes de discussion ont été composés d'adolescents et de jeunes de 10 à 24 ans dans chacune des trois régions. Dans chaque cercle sélectionné, les groupes de discussion (filles, garçons et mixtes) ont été organisés dans les communes rurales et urbaines. Ils ont permis d'obtenir des informations qualitatives. Au total, 22 groupes de discussion ont été organisés alors que 18 ont été planifiés, soit un taux de réalisation de 122%. Les enquêteurs ont été chargés de ces entretiens, avec l'aide des superviseurs.

2.3. Centralisation et analyse des données

Concernant les données qualitatives, obtenues à travers les entretiens individuels et les discussions en groupes, un résumé a été réalisé à la fin de chaque journée par les superviseurs et le consultant. L'analyse a été faite de façon approfondie, en tenant compte de la documentation.

Pour l'enquête auprès des jeunes, un dispositif de centralisation des données a été mis en place pour assurer le contrôle qualité des données pendant la phase de collecte. Le but de ce dispositif est de suivre l'évolution de la collecte et de centraliser l'ensemble des données quantitatives collectées.

Chaque enquêteur a utilisé une tablette ou un téléphone pendant les opérations de collecte des données sur le terrain, afin de faciliter la transmission en ligne des questionnaires.

Ainsi, les enquêteurs envoyaient les données sur le serveur. Cela a permis de recevoir les données collectées avec l'application KOBOLCollect à la fin de chaque journée. Les données brutes recueillies ont été vérifiées par les spécialistes de la centralisation des données et un retour a été fait au besoin aux superviseurs et aux enquêteurs, afin qu'ils puissent corriger les éventuelles erreurs de collecte. Les données collectées ont ensuite été analysées à travers « SPSS ».

Le contrôle du recueil des données a été assuré à deux niveaux : (i) Par les superviseurs, qui ont fait, chaque jour, le contrôle systématique de toute la collecte des données pour s'assurer de sa complétude et de sa qualité, (ii) Par les agents chargés de la centralisation des enquêtes qui ont fait, chaque jour, un second contrôle.

Globalement, l'analyse a été réalisée en croisant les informations provenant de l'observation directe, des différents entretiens et des données de la revue de la littérature, en rapport avec les objectifs spécifiques de l'étude. Ce croisement des données a permis d'apprécier les besoins prioritaires des adolescents et des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao ; de réaliser la cartographie des besoins, incluant les intervenants et les interventions en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes dans ces régions ; d'identifier et d'analyser les gaps pour les priorités et la couverture géographique par les partenaires en lien avec la situation de crise que traverse le Mali.

L'analyse croisée des différents besoins des adolescents et des jeunes est ainsi réalisée par région, tout en faisant ressortir les spécificités régionales. Après avoir fait l'analyse, des recommandations sont formulées pour une meilleure prise en compte des besoins prioritaires des adolescents et jeunes des régions d'étude.

2.4. Organisation et réalisation des travaux

En étroite collaboration et implication du Comité technique de pilotage et des parties prenantes, une démarche participative et inclusive a été utilisée pour la réalisation de l'étude.

Le travail a commencé par la prise de contact avec le Comité technique de pilotage, l'organisation de réunions de cadrage pour avoir une compréhension commune des termes de référence et, notamment de la méthodologie.

Ensuite, un rapport de démarrage, comprenant les outils d'investigation, a été rédigé par le consultant et validé par le comité de pilotage.

Avant l'investigation sur le terrain, la préparation a été faite autour des points suivants :

- ✓ installation des masques de saisie ;
- ✓ identification des sites et des contacts ;

- ✓ finalisation du calendrier pour le travail de terrain ;
- ✓ planification des ressources matérielles et des besoins en logistique ;
- ✓ recrutement et formation des enquêteurs et des superviseurs de terrain ;
- ✓ organisation du test pilote ;
- ✓ correction /adaptation des questionnaires ;
- ✓ orientation des équipes d'enquête.

Sur le terrain l'équipe a contacté les Directions Régionales de la Planification, de la Statistique, de l'Informatique, de l'Aménagement du territoire et de la Population (DRPSIAP) des trois régions concernées (Mopti, Tombouctou et Gao). Celles-ci avaient été informées au préalable de la mission, des modalités et du calendrier de l'étude, à travers une correspondance de la DNP.

Les DRPSIAP ont facilité les rencontres avec les autorités locales (Gouverneurs, Préfets, Sous-Préfets, Collectivités Territoriales) et services techniques déconcentrés de chaque région.

Les enquêteurs et les superviseurs ont été déployés sur le terrain en fonction de l'échantillon. Ils ont réalisé l'enquête auprès des adolescents et des jeunes, organisé les entretiens individuels et les discussions en groupes, et fait la collecte de documents, conformément aux directives et l'appui du consultant. Des rencontres régulières entre les experts et les équipes de terrain ont été organisées pour veiller au bon déroulement de l'étude et à l'atteinte des objectifs recherchés.

En résumé, la phase d'investigation sur terrain est réalisée, dans le but de recueillir les données quantitatives et qualitatives. A travers :

- le déroulement de questionnaire d'enquête et la conduite des entretiens individuels et en groupes ;
- la collecte des documents relatifs à l'étude ;
- la saisie des données. ;
- le traitement, le nettoyage, l'analyse et l'interprétation des informations obtenues ;
- la synthèse et l'analyse des résultats d'investigation.

Sur la base de ce qui précède, la mission a procédé à la rédaction du rapport provisoire. Un atelier a été organisé afin de partager le rapport provisoire aux principaux acteurs et partenaires impliqués.

Le rapport final est réalisé, après l'intégration des observations recueillies.

2.5. Aspects éthiques

Au cours de la présente étude, les mesures suivantes ont été prises en compte :

- avoir des systèmes efficaces de communication et de coordination avec tous les participants ;
- donner aux participants suffisamment d'information pour pouvoir être impliqués utilement dans les différentes activités d'étude les concernant ;
- sensibiliser les membres de l'équipe de recherche impliqués directement dans la conduite des échanges avec les enquêtés sur les principes éthiques et les engager à les respecter scrupuleusement ;

- gérer les problèmes de discrimination et conduire les activités d'étude de manière non discriminatoire et inclusive, en permettant en particulier aux participants les plus vulnérables ou ayant des contraintes spécifiques de se faire entendre ;
- expliquer aux personnes qui ont la charge des mineurs les contours de l'étude afin qu'elles comprennent, acceptent et soutiennent le processus dans lequel leurs protégés sont impliqués et qu'elles donnent leur consentement ;
- obtenir le soutien de l'ensemble des autorités, des services techniques concernés, des intervenants ainsi que des personnes qui tiennent une place importante dans la vie des participants localement, afin de les sensibiliser sur l'importance de l'étude et les droits de tous les participants ;
- respecter la confidentialité et l'anonymat des participants pendant les activités de l'étude, tout en étant disposé à gérer toute révélation de maltraitance, de violence ou de risque ;
- garantir l'anonymat et la confidentialité de l'opinion et l'expérience des participants dans les documents écrits ou autres supports de diffusion, surtout dans le cas d'expériences négatives.

2.6. Difficultés et limites de l'étude

La réalisation de cette étude a été marquée par un certain nombre de limitations et de difficultés, mais cela n'entache à rien la qualité des données collectées, des résultats obtenus, des analyses et des recommandations formulées. Ces limites et difficultés ont été les suivantes :

- l'étude s'est déroulée dans un contexte d'insécurité dans les trois régions concernées, ce qui a limité la couverture de certaines localités ;
- les données recherchées sont souvent considérées comme tabou ;
- une partie de la population a été très hostile à l'enquête sur le terrain compte tenu des questions relatives à la planification familiale ;
- les réseaux téléphoniques et de connexion ont été difficilement accessibles dans plusieurs localités couvertes par l'étude, ce qui a rendu difficile le suivi et la supervision des enquêteurs ;
- les attaques terroristes ont été fréquentes dans certaines localités couvertes par l'enquête, ce qui a entraîné un mouvement des populations ;
- l'équipe a été confrontée à des longs et fréquents délestages d'électricité à Bamako et dans les régions concernées par l'étude ;
- la collecte des données a été limitée par le temps et l'insuffisance de ressources permettant de couvrir tous les cercles des trois régions concernées ;
- certaines données ne sont pas disponibles ou sont provisoires ;
- les agents sont souvent en mission ou en atelier, ce qui a limité l'obtention de certaines données qualitatives ;
- il était prévu de faire une estimation des différents indicateurs dans les cercles en utilisant la méthode d'estimation des petits domaines « small area estimation ». cela n'a pas pu être réalisé compte tenu du besoin d'informations auxiliaires de bonne qualité pour produire des résultats fiables. En effet, le Mali vient, par la loi No 2023-006 du 13 mars 2023 portant création des circonscriptions administratives, de procéder à la création de nouveaux cercles pour lesquels les informations devront être développées. Par ailleurs, au moment de la réalisation de cette étude, le pays est toujours dans le processus de validation des résultats du cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH V), qui est la source des informations exhaustives et les plus fiables sur la population des nouvelles circonscriptions administratives.

La présente étude ne peut donc pas se prévaloir d'être exhaustive à cause des problèmes évoqués ci-dessus.

Malgré les réserves indiquées, les résultats obtenus dans ce document ne sont pas à remettre en cause. Elles constituent une étape qui peut aider à mieux comprendre les interventions, les intervenants et les besoins prioritaires des jeunes et des adolescents des régions de Mopti, Tombouctou et Gao, en matière de SR. Ce qui peut faciliter la prise de décisions efficaces sur les plans régional et national.

III. APERÇU GLOBAL SUR LES MECANISMES INSTITUTIONNELS ET ENGAGEMENTS DE L'ETAT EN FAVEUR DE LA SSRAJ AU MALI

C'est à la création, en 1946, de la Commission de la population à l'ONU que les questions démographiques acquièrent une place d'importance sur la scène internationale. En 1954, la Conférence internationale de Rome avait pour objectif de sensibiliser les décideurs aux enjeux démographiques et de promouvoir la collecte statistique.

Les Conférences Internationales sur la Population (CIPD) se sont suivies : Bucarest, en 1974 où les discussions se focalisent sur le sens de la relation entre fécondité et développement économique ; à Mexico, en 1984 ; et au Caire en 1994, lorsque le contrôle des naissances revient sur le devant de la scène, mais sous la forme d'un droit individuel en matière de reproduction et de sexualité.

Après la CIPD du Caire, pour la promotion de la SSRAJ dans le pays, le Mali a développé des mécanismes institutionnels, adopté des textes législatifs et réglementaires, et élaboré des documents de politique nationale et des stratégies.

3.1. Mécanismes nationaux pour la promotion de la SSRAJ

Au Mali, plusieurs ministères s'occupent des questions relatives à la SSRAJ à travers des services techniques chargés de mettre en œuvre les politiques nationales sur les plans national, régional et local. Des documents législatifs et réglementaires ont été élaborés et adoptés. Des programmes, stratégies et plans d'action ont été mis en œuvre.

3.1.1. Les ministères

Le tableau 3.1 indique les ministères clés qui sont concernés par la SSRAJ, ainsi que leurs rôles et responsabilités.

Tableau 3.1 : Rôles et responsabilités des Ministères⁶ impliqués dans la SSRAJ au Mali

Ministères	Rôles et responsabilités
Le Ministère de l'Urbanisme, de l'Habitat, des Domaines, de l'Aménagement du Territoire et de la Population	Préparation et mise en œuvre de la politique nationale en matière de Population
Le Ministère de la Santé et du Développement social	Préparation et mise en œuvre de la politique nationale en matière de Santé et de Développement social
Le Ministère de l'Education nationale	Préparation et mise en œuvre de la politique nationale dans les domaines de l'Education préscolaire et spéciale, de l'Education non formelle, de l'Enseignement fondamental, de l'Enseignement secondaire général, technique ou professionnel. Responsable de l'éducation des filles

⁶ Décret 2021-0474/PT-RM du 26 juillet 2021 fixant les attributions spécifiques des membres du gouvernement

Ministères	Rôles et responsabilités
Le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille	Préparation et mise en œuvre de la politique nationale du Genre, de la Famille, de Promotion et de Protection de la Femme et de l'Enfant. Responsable de la mise en œuvre des actions visant à assurer la prise en charge des besoins spécifiques des femmes et des enfants
Le Ministère de l'Economie et des Finances	Préparation et mise en œuvre de la politique économique, financière et monétaire de l'Etat. Responsable de la coordination de la politique du Gouvernement en matière économique, financière et monétaire ; de l'élaboration de mesures visant à accroître les ressources de l'Etat et à améliorer l'efficacité de la dépense publique
Le Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme	Préparation et mise en œuvre de la politique nationale en matière de Justice, de Sceaux de l'Etat et des Droits de l'Homme. En particulier, il a l'initiative et la responsabilité de l'application des lois et règlements, du bon fonctionnement des juridictions et des mesures et actions de promotion et de protection des Droits de l'homme. Garant de l'application des lois et textes juridiques relatifs à la l'éducation des filles et la lutte contre le mariage d'enfants.
Le Ministère de la Sécurité et de la Protection civile	Préparation et mise en œuvre de la politique nationale dans les domaines de la Sécurité intérieure et de la Protection civile. Garant de la protection des citoyens.
Le Ministère de la Jeunesse et des Sports, chargé de l'Instruction civique et de la Construction citoyenne	Préparation et mise en œuvre de la politique nationale de la Promotion de la Jeunesse, des Sports et de la Construction citoyenne.

3.1.2. Les services centraux et techniques

Plusieurs directions nationales ont été créées dans les différents ministères et qui font partie des services centraux desdits ministères impliqués dans la SSRAJ.

Le Tableau 3.2 indique les Directions nationales impliquées dans la SSR et les textes de leur création.

Tableau 3.2 : Services centraux impliqués dans la SSR au Mali

Institution	Texte de création
Direction Nationale de la Population	Ordonnance 04-010/P-RM du 25 mars 2004 portant création de la Direction Nationale de la Population, ratifiée par la loi 04-022 du 16 juillet 2004
Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique	Loi 2018-052 du 11 juillet 2018
Direction Nationale de l'Enseignement Fondamental	Loi 2011-023 du 13 juin 2011 portant création de la Direction Nationale de l'Enseignement Fondamental
Direction Nationale de la Promotion de la Femme	Ordonnance 99-009 /P-RM du 1er Avril 1999

Direction Nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille	Ordonnance 99- 010 /P-RM du 1 ^{er} avril. 1999. Ratifiée par la loi 99-019 du 11 juin 1999
Direction Nationale du Développement Social	Ordonnance 00-062 du 29 Sept. 2000
Direction Nationale de l'Administration Pénitentiaire et de l'Education Surveillée	Ordonnance 90- 030/ PRM du 1 ^{er} juin 1990
Direction Nationale de la Jeunesse	Loi 98-063 du 17 décembre 1998

Il y a également d'autres services impliqués dans la SSR. Ces structures, leur texte de création et les missions, sont indiqués dans le tableau 3.3.

Tableau 3.3 : Services techniques impliqués dans la SSR au Mali, avec les textes de création et les missions

Institution	Texte de création	Missions
Office National de la Santé de la Reproduction	Ordonnance 2020-014/P-RM DU 03 avril 2020	Mener des activités de recherche, de formation et de promotion en santé de la reproduction.
Division Scolarisation des Filles (SCOFI) de la Direction Nationale de l'Enseignement Fondamental	Décret 2011-635/P-RM du 20 septembre 2011 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la Direction Nationale de l'Enseignement Fondamental	Assurer le suivi de la gestion des activités de scolarisation des filles, la coordination et le suivi des activités des structures déconcentrées en la matière
Institut national de la statistique (INSTAT)	Ordonnance 09-016/P-RM du 20 mars 2009	Promouvoir la recherche, la formation et le développement dans le domaine de la statistique
Cellule Nationale de Lutte contre le Travail des Enfants	Ordonnance 10-036/P-RM du 5 août 2010	Etudier toutes les questions concernant le travail des enfants et promouvoir les actions visant son élimination
Comité National d'Action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes	Décret 99/PM-RM du 16 juin 1999	Formuler des propositions et suggestions dans les domaines de : l'information et la sensibilisation de la population ; la production de matériels audiovisuels adéquats de sensibilisation ; la formation ; la promotion de la recherche action ; la réforme de la législation ; le soutien des activités des associations et ONG ; la revalorisation des pratiques positives

Institution	Texte de création	Missions
Centre National de Documentation et d'Information sur la Femme et l'Enfant	Loi 0-004 du 14 janvier 2004	Contribuer à la réalisation d'études et de recherches sur la femme et l'enfant ; Publier les résultats d'études et de recherches sur les données relatives à la situation de la femme et de l'enfant au Mali ; Contribuer à la sensibilisation et à la formation sur la condition de la femme et de l'enfant
Programme National pour l'abandon des Violences Basées sur le Genre	Loi 2019-014 du 03 juillet 2019	Faire la prévention, la coordination, le suivi et l'évaluation de toutes les actions pour l'abandon des VBG au Mali.
Maisons de la Femme et de l'Enfant	Décret 2011-085-PM-RM du 2 mars 2011	Favoriser l'autonomisation des femmes et l'épanouissement des enfants
Centre d'Accueil et de Placement familial	Ordonnance 90-37/P.GRM du 05 juin 1990	Faire l'accueil, l'entretien, l'éducation jusqu'à l'âge de 3 ans des enfants abandonnés ou de parents inconnus, les orphelins sans soutien, les enfants de mères malades mentales
Institutions Privées d'Accueil et de Placement pour Enfants	Décret 99-450/P-RM du 31 décembre 1999	Servir de lieux d'accueil et de placement des enfants de 0 à 5 ans
Institutions Privées d'Accueil, d'Ecoute, d'Orientation ou d'Hébergement pour Enfants	Décret 02-067/P-RM du 12 février 2002	Servir de lieux d'accueil d'écoute, d'orientation ou d'hébergement des enfants de 5 à 18 ans
Commission Nationale des Droits de l'Homme	Loi 2016-036/ du 7 juillet 2016	Protéger et promouvoir les droits de l'homme ainsi que la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants.
Tribunal pour enfants	Ordonnance 02-062/P-RM du 05 juin 2002 portant code de protection de l'enfant	La compétence territoriale du juge des enfants est la même que celle du tribunal pour enfants auprès duquel il exerce ses fonctions.
Cellule de coordination de l'Observatoire national du dividende démographique	Loi N°2019-016 du 03 juillet 2019	Entreprendre des études et recherches dans le domaine de l'économie générationnelle, d'assurer le plaidoyer et le renforcement des capacités nationales en matière de suivi du dividende démographique.

3.2. Conventions et chartes internationales et africaines relatives la SSRAJ ratifiées par le Mali

Le Mali a ratifié ou adopté de nombreuses autres conventions et chartes internationales relatives aux droits et à la santé de la reproduction, notamment celles du Tableau 3.4⁷.

Tableau 3.4 : Chartes, déclarations et conventions internationales ratifiées ou adoptées par le Mali, avec les dispositions relatives à la SSRAJ

Texte	Date d'adoption/ signature	Dispositions relatives à la SSRAJ
Charte des Nations Unies	Signée le 26 juin 1945	Les pays signataires se sont résolus dans le préambule de la Charte « à proclamer à nouveau notre foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité de droits des hommes et des femmes, ainsi que des nations, grandes et petites »
Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ⁸	Adoptée le 10 Décembre 1948	Considérée comme un document fondateur dans l'histoire des droits de l'homme. Elle proclame que « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité »
Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes	Adoptée le 18 Décembre 1979. Entrée en vigueur le 3 Septembre 1981. Au Mali, elle est ratifiée suivant l'ordonnance 85-13/P-RM du 12 juillet 1985	« Les Etats parties condamnent la discrimination à l'égard des femmes sous toutes ses formes, conviennent de poursuivre par tous les moyens appropriés et sans retard une politique tendant à éliminer la discrimination à l'égard des femmes. » (Article 2).
Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant ⁹	Adoptée le 20 Novembre 1989. Entrée en vigueur le 2 Septembre 1990. Au Mali, elle est ratifiée suivant la loi 30-72/AN-RM du 29 août 1990	« Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié » (Article 19).
Déclaration et Programme d'action de Beijing	Adoptée le 15 Septembre 1995	Elle vise à éliminer tous les obstacles à la participation effective des femmes dans toutes les sphères de la vie publique et privée en leur permettant de participer pleinement, et sur un même pied d'égalité, à la prise de décisions économiques, sociales, culturelles et politiques.

⁷ Recueil des instruments juridiques régionaux et internationaux relatifs à l'éducation des filles et des femmes ; mai 2020 ; Union africaine

⁸ <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

⁹ <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>

Texte	Date d'adoption/ signature	Dispositions relatives à la SSRAJ
Agenda 2030 pour le développement durable ¹⁰	Adopté le 25 Septembre 2015. Entré en vigueur le 1 ^{er} Janvier 2016	Les ODD 5 et 16, à savoir parvenir au respect de l'équité et à l'égalité des sexes et contribuer à l'autonomisation des femmes et les filles Pour l'ODD 3, il s'agit de « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».
Le Programme d'action mondial pour la jeunesse des Nations Unies	1995	Il contient des propositions d'action, d'ici à l'an 2000 et au-delà, visant à atteindre les objectifs de l'Année internationale de la jeunesse et à faciliter la mise en place de mécanismes permettant d'améliorer le bien-être et les moyens de subsistance des jeunes.
Déclaration de Nairobi sur la CIPD 25	2019	Il s'agit de présenter les engagements ambitieux et actions concrètes et novatrices qui accéléreront la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD, sans laisser personne de côté, en garantissant les droits et les choix de tous

Au niveau du continent, le Mali a ratifié des textes relatifs à la promotion de la SSRAJ, comprenant des chartes, des déclarations, et des protocoles de l'UA. Ces textes, ratifiés par le Mali, avec les dispositions relatives à la SSRAJ, sont indiqués dans le tableau 3.5.

Tableau 3.5 : Chartes, déclarations, agendas et protocoles africains, ratifiés ou adoptés par le Mali, avec les dispositions relatives à la SSRAJ

Texte	Date d'adoption,	Dispositions relatives à la SSRAJ
Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples	Adoptée à Nairobi le 27 juin 1981 et entrée en vigueur le 21 octobre 1986.	Egalement appelée Charte de Banjul, elle est un instrument international des droits de l'homme qui vise à promouvoir et à protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales sur le continent africain notamment une interdiction générale de la discrimination conformément à l'article 2.
Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant	Adoptée le 11 juillet 1990 et entrée en vigueur le 29 novembre 1999	Selon l'Article 21, « les mariages d'enfants et la promesse de jeunes filles et garçons en mariage sont interdits et des mesures effectives, y compris des lois, sont prises pour spécifier que l'âge minimal requis pour le mariage est de 18 ans et pour rendre obligatoire l'enregistrement de tous les mariages dans un registre officiel ».
Protocole de Maputo ¹¹	Adopté le 11 juillet 2003. Entré en vigueur le 25 novembre 2005	L'Article 6 indique que les États veillent à ce que l'homme et la femme jouissent de droits égaux et soient considérés comme des partenaires égaux dans le mariage. A cet égard, les États adoptent les mesures législatives appropriées pour garantir que : aucun mariage n'est conclu sans le plein et libre consentement des deux ; l'âge minimum de mariage pour la fille est de 18 ans.

¹⁰ https://unctad.org/meetings/fr/SessionalDocuments/ares70d1_fr.pdf

¹¹ <https://www.amnesty.org/download/Documents/96000/ior630052004fr.pdf>

Texte	Date d'adoption,	Dispositions relatives à la SSRAJ
Charte africaine de la Jeunesse	Adoptée le 2 juillet 2006. Entrée en vigueur le 8 août 2009.	Elle aborde des questions clés touchant à la jeunesse notamment l'emploi, les moyens de subsistance durable, l'éducation, le développement des compétences, la santé, la participation, la politique nationale de la jeunesse, la paix et la sécurité, l'application des lois, les jeunes de la diaspora et les jeunes handicapés.
Agenda de l'UA 2063 : L'Afrique que nous voulons	2013	L'Agenda expose la vision d'une Afrique où « toutes les pratiques sociales néfastes (notamment la mutilation génitale féminine et le mariage d'enfants) auront pris fin et les obstacles à la santé et à une éducation de qualité pour les femmes et les filles auront disparu. »
Déclaration d'Addis Abeba sur le mariage d'enfants	Avril 2014	La Déclaration appelle les Etats membres de l'Union Africaine à lutter contre le mariage d'enfants en instaurant à 18 ans l'âge minimum pour le mariage aussi bien pour les filles que pour les garçons sans exception, ainsi qu'en établissant un mécanisme efficace d'enregistrement des naissances, des mariages et des séparations.
Déclaration d'Addis Abeba pour l'accélération de la mise en œuvre du Programme d'action de Beijing	2014	Elle traite la nécessité de mettre en œuvre les principes consacrés dans le Programme d'action de Beijing (Pékin) dans le cadre d'un programme de développement africain pour l'après-2015. Elle souligne la nécessité de relever des défis nouveaux et croissants en matière d'égalité des genres, et les Etats doivent souligner et faire respecter les droits des femmes, adopter une stratégie de planification sensible au genre et exiger des comptes aux autres Etats membres et Organisations pour atteindre ces buts.

3.3. Textes législatifs, politiques, programmes et plans d'actions

Les principaux textes régissant la SSR sont :

- la loi 2018-49 du 11 juillet 2018 portant modification de la loi 02-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé ;
- la loi 2016-066 portant assistance médicale à la procréation de 2016 ;
- la Loi 99-046 du 28 décembre 1999 portant loi d'orientation sur l'éducation ;
- la loi 01-079 du 20 août 2001 portant Code pénal en République du Mali ;
- l'ordonnance 02-062/P-RM du 5 juin 2002 portant Code de protection de l'enfant ;
- la loi 02 – 044 du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction ;
- la loi 2011-087 du 30 décembre 2011 portant Code des personnes et de la famille ;
- la loi 018-003 du 12 janvier 2018 relative à la Protection des Défenseurs des Droits Humains.

Les documents de politique et de programme en lien avec la SSR sont :

- le Cadre Stratégique pour la Relance Economique et le Développement Durable (CREDD – 2019-2023). Document unique de référence des politiques et stratégies de développement du Mali. L’Objectif spécifique 5.4.2 vise à « assurer à l’enfant, à la femme et à la famille la pleine jouissance de leurs droits ».
- le Programme de développement socio-sanitaire (PRODESS III- 2014-2018). Le document présente les déterminants de l’état de santé, parmi lesquels une partie est consacrée aux thématiques : « droits et santé ; femmes et enfants ; genre ».
- la Politique nationale de Population (troisième génération). Elle a, déjà dans sa version d’avril 2003, fixé comme objectif d’« augmenter la prévalence contraceptive des méthodes modernes de 8,2% en 2001 à 30% en 2025 » dans le cadre de l’objectif « contribuer à la maîtrise progressive de la fécondité au Mali »¹².
- la Politique nationale de promotion et de protection de l’enfant et son plan d’action 2015-2019. La priorité de cette politique est d’accroître l’accès des enfants aux services sociaux de base en tenant compte de ceux qui sont les plus vulnérables.
- la Politique nationale de la Scolarisation des Filles (2008). Les objectifs généraux visés par cette politique sont, entre autres : « Faire en sorte que tous les enfants, en particulier les filles, aient la possibilité d’accéder à un enseignement primaire obligatoire et gratuit de qualité et de le suivre jusqu’à son terme » ; « Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire et à tous les niveaux de l’enseignement en veillant notamment à assurer aux filles un accès équitable et sans restriction à une éducation de base de qualité avec les mêmes chances de réussite ».
- la Politique Nationale Genre du Mali (PNG-Mali 2009). L’un des axes stratégiques de la politique vise « l’amélioration de l’accès à des services de santé de proximité (santé de la reproduction) ».
- la Politique nationale de Protection Sociale (2015). Les objectifs généraux de la politique sont : Construire progressivement un système de protection contre les risques sociaux pour tous les citoyens en général et pour les couches défavorisées en particulier ; Développer les mécanismes de prévention et de gestions des calamités, des sinistres, catastrophes et autres crises humanitaires.
- la politique nationale de la Jeunesse (2022). Son Objectif spécifique 2 est de « Permettre aux adolescents et aux jeunes d’avoir accès aux services de santé, à la protection sociale, à l’accompagnement psychosocial et au bien-être ».
- le Programme Décennal de Développement de l’Éducation et de la Formation Professionnelle (PRODEC 2019-2028). En son programme III et précisément au sous-programme 3.2.1, la Politique de Scolarisation des Filles est prise en compte.
- le Programme National de Lutte contre la Pratique de l’Excision (PNLE) par Ordonnance 053/PRM du 4 juin 2002. Il a, entre autres, pour mission de¹³ : mener des études et recherches sur le phénomène de l’excision ; développer une stratégie d’information, d’éducation et de communication à l’endroit des individus, des groupes sociaux et des collectivités territoriales en vue de leur adhésion à la politique nationale de lutte pour l’abandon de l’excision.

Malgré l’existence de tous ces textes juridiques et politiques, les résultats montrent des avancées timides sur le terrain : faible harmonisation avec les textes internationaux relatifs aux droits

¹² Plan d’action national de planification familiale du Mali 2014-2018. Ministère de la santé et de l’hygiène publique. République du Mali

¹³ Programme National de Lutte pour l’abandon de la pratique de l’excision : Politique et Plan d’Action en faveur de l’abandon de la pratique de l’excision.

humains ; existence de gaps en ce qui concerne la condamnation des violences faites aux filles et aux femmes.

Par ailleurs, la loi relative à la santé de la reproduction n'a jusqu'à présent pas de décret d'application et ne prend pas en compte les besoins spécifiques des adolescentes. Elle ne prévoit pas non plus la gratuité des contraceptifs aux mineures.

3.4. Financement de la SSR

Les principales sources de financement de la SSR sont :

- l'Etat ;
- les Collectivités territoriales ;
- les organismes de coopération bilatérale ;
- les organismes de coopération multilatérale ;
- le secteur privé, les OSC et les fondations.

Selon le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali 2019-2023¹⁴, le coût total de la mise en œuvre dudit plan s'élève à 72 186 854 157 CFA (124 161 389 USD) dont 32% (23 078 167 763 CFA) pour la création de la demande ; 18% (12 744 435 019 CFA) pour l'offre et l'accès aux services ; 31% (22 664 300 989 CFA) pour la sécurisation des produits, incluant les contraceptifs et les consommables; 3% (2 273 497 535 CFA) pour la politique, l'environnement habilitant et le financement et 16% (11 426 452 849 CFA) pour la supervision, la coordination et le suivi-évaluation.

Malgré les efforts consentis par l'Etat, il y a des difficultés dans le financement telles que :

- l'insuffisance du budget de l'Etat alloué au secteur ;
- la dépendance du pays des aides extérieures en matière de SSR ;
- l'absence de plus en plus des PTF dans certaines zones.

¹⁴ Division de la Planification Familiale ; Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique ; Sous-Direction de la Santé de la Reproduction du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales ; Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali 2019-2023, du Mali 2019.

IV. TYPOLOGIE ET CARTOGRAPHIE DES INTERVENTIONS ET DES INTERVENANTS DU SECTEUR SSRAJ DANS LES REGIONS DE MOPTI, TOMBOUCTOU ET GAO

Dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao, il y a une collaboration entre les acteurs (services publics déconcentrés de l'Etat, secteur privé de santé, associations, ONG et PTF) qui interviennent dans les domaines concernés par la SSRAJ (population, santé, femmes et enfants, développement social, éducation, justice, jeunesse).

4.1. Services publics

Dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao, les services déconcentrés de l'Etat, dans le cadre de la SSRAJ, sont dans plusieurs domaines : Santé, développement social, population, statistique, promotion de la femme et de l'enfant, éducation, justice, sécurité. Les Collectivités territoriales accompagnent la tutelle dans la mise en œuvre des politiques, stratégies, programmes et plans d'action en matière de SSRAJ.

➤ Dans le cadre de la santé et de l'action sociale

Dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao, les Directions Régionales de la Santé (DRS), sont des services publics régionaux sous l'autorité administrative des Gouverneurs et sous l'autorité technique du Directeur Général de la Santé et de l'Hygiène Publique et du Directeur de la Pharmacie et du Médicament. Elles représentent la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique et la Direction de la Pharmacie et du Médicament dans lesdites régions. A cet effet, elles planifient, organisent, animent la mise en œuvre de la politique sanitaire définie à l'échelon central.

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

- le niveau central (ministère, services centraux) est chargé d'élaborer les éléments de la politique nationale en matière de santé et d'en assurer l'exécution. Il assure la coordination et le contrôle technique des services régionaux et subrégionaux, des services rattachés, des organismes personnalisés placés sous tutelle du ministère chargé de la santé et apporte un appui stratégique à l'ensemble des services de santé. Ce niveau est également chargé de la gestion des hôpitaux nationaux spécialisés.
- le niveau intermédiaire comprend les hôpitaux régionaux. Le niveau régional, sous la tutelle de la DRS, a comme principales tâches de fournir un appui technique aux cercles (formation, supervision, monitoring, suivi-évaluation et mobilisation de ressources). Cet échelon est chargé de veiller au respect de la politique et des normes et directives nationales.
- le niveau cercle, notamment les équipes socio sanitaires des cercles (ESSC) sont chargées de la planification et de la mise en œuvre des activités ainsi que de l'appui technique aux Centres de Santé Communautaires (CSCOM). Les services techniques des cercles élaborent les Plans de Développement Sanitaire de cercle (PDSC), planifient les actions, organisent la mise en œuvre, impulsent les ressources humaines et contrôlent les résultats des actions exécutées.
- le niveau district sanitaire peut être divisé en deux établissements : (i) les Centres de Santé de référence (CSREF), sous l'autorité des Directions Régionales de la Santé, sont à l'intermédiaire entre les hôpitaux et les Centres de Santé Communautaires qui sont au plus près des populations et envoient également des cas aux CSREF ; (ii) les Centres de Santé

Communautaires (CSCOM) sont normalement composés d'un dispensaire, d'une maternité et d'une petite pharmacie.

Dans les trois régions concernées, les services en santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents sont effectifs dans l'ensemble des structures de santé. Mais, ces services sont généraux et ne concernent pas spécifiquement les adolescents et les jeunes.

Les Directions Régionales du Développement Social et de l'Economie Solidaire de Mopti, Tombouctou et Gao ont pour missions de veiller à la mise en œuvre de la politique nationale de Protection sociale, particulièrement dans le cadre de la SSRAJ.

➤ **Dans le cadre de la planification, de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population**

Les Directions Régionales de la Planification, de la Statistique, de l'Informatique, de l'Aménagement du territoire et de la Population (DRPSIAP) de Mopti, Tombouctou et Gao représentent au niveau régional quatre Directions nationales à savoir : la Direction nationale de la Planification du Développement (DNP), l'Institut national de la Statistique (INSTAT), la Direction nationale de l'Aménagement du Territoire (DNAT) et la Direction nationale de la Population (DNP).

La DRPSIAP est, entre autres, chargée d'appuyer, coordonner et contrôler la mise en œuvre de la politique nationale de population en matière de SSRAJ, au niveau régional.

➤ **Dans le cadre de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille**

Dans les trois régions (Mopti, Tombouctou et Gao), on retrouve des directions régionales de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille.

Elles représentent la Direction nationale de la Promotion de la Femme et la Direction nationale de la Promotion de l'Enfant et de la Famille. A cet effet, elles planifient, organisent, animent la mise en œuvre de la politique nationale relative à la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, définie au niveau central. En particulier, elles mettent en œuvre les volets relatifs à la SSRAJ de cette politique. Sur le plan subrégional, il y a des chargés de programmes de Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille.

➤ **Dans le cadre de l'éducation**

Les Académies d'Enseignement (AE) sont fonctionnelles dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao. Elles ont pour mission d'assurer la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'éducation. Les Centres d'Animation Pédagogique (CAP) sont également fonctionnels dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao. Ils ont pour missions la mise en œuvre de la politique éducative du Ministère chargé de l'éducation en relation avec les Collectivités territoriales.

Les Académies d'Enseignement comportent en leurs seins des sections SCOFI, qui sont chargées de superviser les activités relatives à la scolarisation des filles. Les Centres d'Animation Pédagogique ont à leur niveau des conseillers pédagogiques SCOFI qui assurent le suivi de la

scolarisation des filles. Dans les écoles, les Comités pour la Promotion de la Scolarisation des Filles sont mis en place¹⁵.

Les AE et les CAP contribuent à la mise en œuvre de la politique nationale de scolarisation des filles et au maintien des filles dans le système éducatif. Elles mènent des actions sur l'éducation sexuelle et la lutte contre les mariages d'enfants et forcés.

- **Dans le cadre de la justice et de la sécurité**

Dans le ressort de chaque Tribunal de première instance et de chaque Justice de Paix à Compétence étendue, il y a un tribunal pour enfants.

Il y a d'autres acteurs impliqués dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao en matière de SSRAJ, tels que : les juges pour enfants, les services de sécurité (Police et Gendarmerie).

Ils contribuent particulièrement dans les actions de lutte contre les VBG.

- **Dans le cadre de la jeunesse**

Au niveau de chaque région (Mopti, Tombouctou et Gao), la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Construction citoyenne (DRJSCC) représente la Direction nationale de la Jeunesse, la Direction nationale des Sports et la Direction générale de l'Instruction civique et de la Construction citoyenne. Les DRJSCC coordonnent, planifient, organisent et animent la mise en œuvre de la Politique nationale de la Jeunesse, particulièrement dans le cadre de son objectif spécifique 2 est de « Permettre aux adolescents et aux jeunes d'avoir accès aux services de santé, à la protection sociale, à l'accompagnement psychosocial et au bien-être »

Toujours dans le cadre de la jeunesse, le projet « Renforcement des services de la santé de la reproduction des adolescents et jeunes et de la lutte contre les IST/VIH/Sida en milieux jeunes scolaires et non scolaires » en titre court appelé « Projet jeunes » est une initiative du Gouvernement du Mali, à travers le ministère chargé de la jeunesse dans le cadre du 4ème Programme de Coopération Mali-FNUAP depuis 1996. Le projet intervient dans toutes les régions et le District¹⁶.

Le projet jeunes vise à offrir aux adolescents et aux jeunes des services de prestations et conseils en santé de la reproduction et la prévention du VIH.

4.2. Services privés

Les établissements de santé privés comprennent ceux qui poursuivent un but lucratif et ceux à but non lucratif. Les établissements de santé privés à but lucratif sont créés et gérés sous forme d'entreprises individuelles ou de groupements. Les établissements de santé privés à but non lucratifs sont créés et gérés, notamment par des associations, des fondations ou des congrégations religieuses.

¹⁵ Politique Nationale de la Scolarisation des Filles

¹⁶ Ministère de la Jeunesse et des Sports 2021. Rapport de l'analyse de la situation de la jeunesse et évaluation de la politique-cadre de développement de la jeunesse (PCDJ) de 2012

Les établissements du secteur privé, à but lucratif et non lucratif, autorisés depuis 1985, sont de plusieurs catégories, notamment médical, paramédical, pharmaceutique et traditionnel.

Les centres privés de type médical, paramédical, pharmaceutique et traditionnel sont opérationnels dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao.

Compte tenu de son caractère plus discret que le secteur public et du fait de la personnalisation des services offerts, le secteur privé offrant des services SSRAJ est de plus en plus sollicité par les adolescents et les jeunes. Mais, à cause des coûts élevés des prestations de services, la fréquentation n'est pas facile pour la plupart des adolescents et des jeunes ; particulièrement en milieu rural.

4.3. ONG et PTF

Les ONG et les PTF sont les principaux partenaires de l'Etat malien dans le domaine de la SSRAJ.

De nombreux PTF et ONG sont impliqués dans la promotion de la SSRAJ dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao.

A tous les niveaux (national, régional et local), il y a des Organisations non Gouvernementales (ONG) internationales, nationales qui collaborent avec les services publics dans le cadre de la SSRAJ. Le tableau 4.1 indique des associations, ONG et projets impliqués en matière de SSRAJ dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao, ainsi que leurs domaines d'intervention.

Tableau 4.1 : ONG intervenant dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao en matière de SSRAJ

Structures	Domaines d'intervention	Régions d'intervention
Association des jeunes pour la citoyenneté active et la démocratie (AJCAD)	Activités de mobilisation de la jeunesse et de plaidoyer pour la défense des droits des jeunes, particulièrement de la santé et des droits sexuels et de la procréation	Mopti, Tombouctou et Gao
Association malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF)	Santé de la Reproduction	Mopti, Gao
Association de Soutien au Développement des Activités de Population (ASDAP)	SSR, Prévention et lutte contre les violences faites aux femmes/filles et les violences basées sur le genre au Mal	Mopti
ATWA (Adolescent transition in west Africa)	SSR	Mopti, Gao
Enda Mali	Prevention VIH, IST et VBG	Mopti, Tombouctou, Gao
HELP	Santé de la Reproduction (SR) et la Violence Basée sur le Genre (VBG)	Mopti, Tombouctou, Gao
International Medical Corps International Medical Corps (IMC)	SSR	Mopti, Tombouctou, Gao
The International Rescue Committee (IRC) i	Humanitaire	Mopti, Tombouctou, Gao
JIGIYA/CAEB	SR/PF, VBG	Mopti

Structures	Domaines d'intervention	Régions d'intervention
Marie Stopes Mali	Plaidoyer institutionnel dans le cadre de la révision des lois, législations et communautaire en faveur des DSSR, protection des prestataires et des bénéficiaires dans le cadre des DSSR	Mopti, Tombouctou
MOMENTUM Integrated Health Resilience (MIHR)	SSR	Tombouctou et Ga
PSI/MALI	SSR ; offre des services et distribue des produits de santé attrayants à des prix abordables aux populations cibles en se fondant sur le marketing social ; promotion des méthodes contraceptives modernes	Mopti
Réseau des Communicateurs traditionnels pour le Développement du Mali (RECOTRADE)	SSR ; Lutte contre la malnutrition chez la femme et l'enfant ; Développement économique social et culturel ; Promotion des droits des femmes et des enfants : Autonomisation des femmes ; Education	Mopti, Tombouctou, Gao
Réseau national des jeunes maliens (RENAJEM)	SSR ; Lutte contre la malnutrition chez la femme et l'enfant ; Développement économique social et culturel ; Promotion des droits des femmes et des enfants : Autonomisation des femmes ; Education	Mopti, Tombouctou, Gao
Save the Children International	SSR ; Lutte contre la malnutrition chez la femme et l'enfant ; Développement économique social et culturel ; Promotion des droits des femmes et des enfants : Autonomisation des femmes ; Education	Mopti, Tombouctou, Gao
WILDAF (Femmes, Droit et Développement en Afrique)	SSR ; Lutte contre la malnutrition chez la femme et l'enfant ; Développement économique social et culturel ; Promotion des droits des femmes et des enfants : Autonomisation des femmes ; Education	Mopti, Tombouctou, Gao
World Vision	SSR ; Promotion des droits des femmes et des enfants : Autonomisation des femmes ; Education	Mopti, Tombouctou, Gao

Les principaux PTF qui contribuent aux initiatives de SSRAJ dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao sont ci-dessous :

- ✓ Fonds des Nations unies pour la Population (FNUAP) ;
- ✓ Ambassade des Pays Bas ;
- ✓ Ambassade du Canada ;
- ✓ Ambassade du Danemark ;
- ✓ Royaume Uni ;
- ✓ Coopération italienne ;

- ✓ Banque mondiale à travers Projet SWEDD ;
- ✓ USAID ;
- ✓ Nuffic/OKP ;
- ✓ Organisation mondiale de la Santé (OMS) ;
- ✓ Fonds des Nations unies pour l'enfance, généralement désigné par (UNICEF) ;
- ✓ Union européenne ;
- ✓ Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) ;
- ✓ ONU-FEMMES ;
- ✓ Organisation internationale pour les Migrations (OIM).

Selon les acteurs rencontrés dans le cadre de cette étude, la pandémie de Covid-19 a influencé négativement les interventions des PTF. Aussi, les fermetures des écoles pendant plusieurs mois et l'augmentation de la pauvreté ont contribué aux abandons scolaires et au bien-être des filles en général.

4.4. Société civile

Dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao, les populations locales, regroupées au sein des organisations professionnelles, et les acteurs de la Société civile et communautaires (associations de défense des droits de l'enfant, associations de lutte contre la violence, organisations de promotion de la SSRAJ, organisations de défense des droits de l'Homme) jouent un rôle décisif dans le développement durable de leur collectivité locale en matière de SSRAJ.

V. EFFETS DE LA CRISE HUMANITAIRE SUR LA SSRAJ DANS LES REGIONS DE MOPTI, TOMBOUCTOU ET GAO

5.1. Effets de la crise humanitaire sur les produits et les services de la SSRAJ

Selon les adolescents et les jeunes, lors des discussions en « focus group », la crise humanitaire a eu des effets négatifs sur l'accès aux services et aux produits de SSRAJ. Les acteurs interrogés dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao ont fait les constats suivants :

- la crise humanitaire a eu pour effet un accès limité aux services de SSR de base dans toutes les régions concernées par l'étude ;
- beaucoup de structures sanitaires ont été détruites et d'autres sont non fonctionnelles.
- les prestataires qui interviennent dans certaines zones ne sont pas à mesure d'offrir les services de SSR ;
- la sensibilisation est très difficile, particulièrement dans les zones reculées, compte tenu de l'hostilité des groupes djihadistes à la PF et l'utilisation des préservatifs. Les personnes dans ces zones manquent d'informations et de connaissances sur leurs droits et services liés à la SSR ;
- beaucoup de prestataires de services de SSR qualifiés ne sont pas disposés à travailler dans les zones d'insécurité, aggravant la situation des ressources humaines disponibles ;
- les prestataires de SSR travaillent souvent dans des conditions désastreuses avec du matériel essentiel très limité ;
- les services qui fournissent les prestations SSR sont affaiblis même dans les capitales régionales et les chefs-lieux de cercle où les services publics sont fonctionnels ;
- les populations ont un accès très limité aux ressources financières et matérielles, compte tenu du manque d'emploi ;
- la crise humanitaire a aggravé les stigmatisations ;
- la situation précaire des services de santé dans les zones d'insécurité entraîne l'inaccessibilité aux soins prénatals et postnatals de qualité ;
- les fournitures de santé, y compris les médicaments et les équipements, sont très insuffisantes et les véhicules qui les livrent sont souvent attaqués par les terroristes.

Ci-dessous des témoignages de certains acteurs de la zone concernée par l'étude.

Selon l'AMPPF de Mopti, « la crise humanitaire a entraîné le déplacement des populations, la rupture dans l'approvisionnement des communautés en produits contraceptifs et la non fréquentation de certains centres pour raison d'insécurité ».

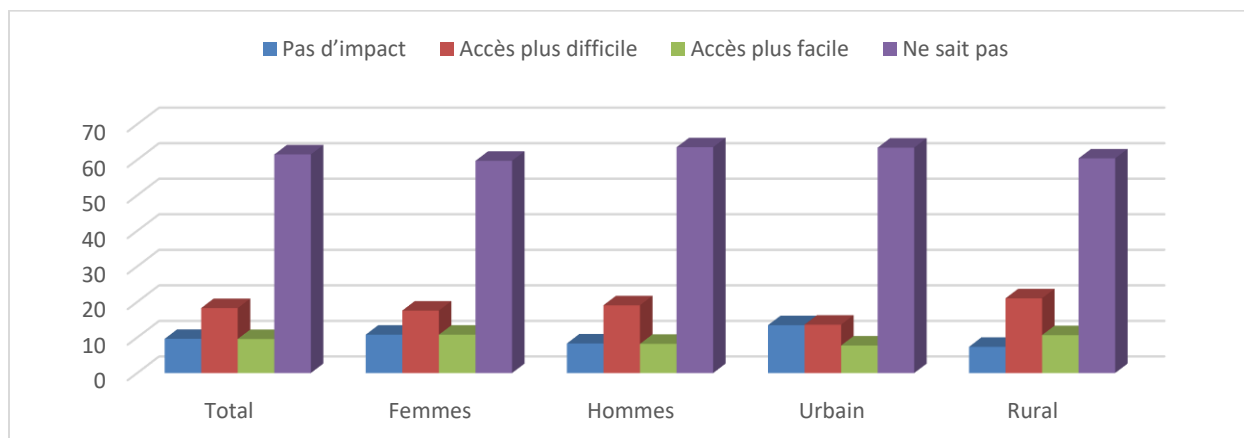
Enda Mali a indiqué que la crise humanitaire est un « facteur qui favorise l'augmentation des cas de VIH et des IST, suite aux déplacements des communautés qui vivent dans la précarité ».

Pour l'ONG CAEB, à cause de la crise, il y a « inaccessibilité de certains villages, faible mobilité des agents sur le terrain à cause de l'insécurité limitant l'accès des ados et jeunes à l'information sur la SSR ».

Selon USAID/MIHR, à Tombouctou, « l'impact de la crise a été négatif car, beaucoup de structures sanitaires ont été saccagées et d'autres sont même non fonctionnelles. Les prestataires qui interviennent dans certaines zones radicalisées ne peuvent plus offrir les services de PF ou sensibiliser sur le thème, à cause des groupes armés terroristes ».

Le graphique 5.1 montre que les répondants de l'enquête auprès des adolescents et jeunes de 10 à 24 ans des régions de Mopti, Tombouctou et Gao pensent globalement que la crise humanitaire a eu un impact plus difficile pour l'accès aux services SSR. Mais, la grande majorité des jeunes et adolescents enquêtés n'ont pas d'opinion sur la question. Cela est dû au fait que beaucoup d'adolescents et jeunes n'ont pas connu la période avant la crise qui a duré plus d'une décennie.

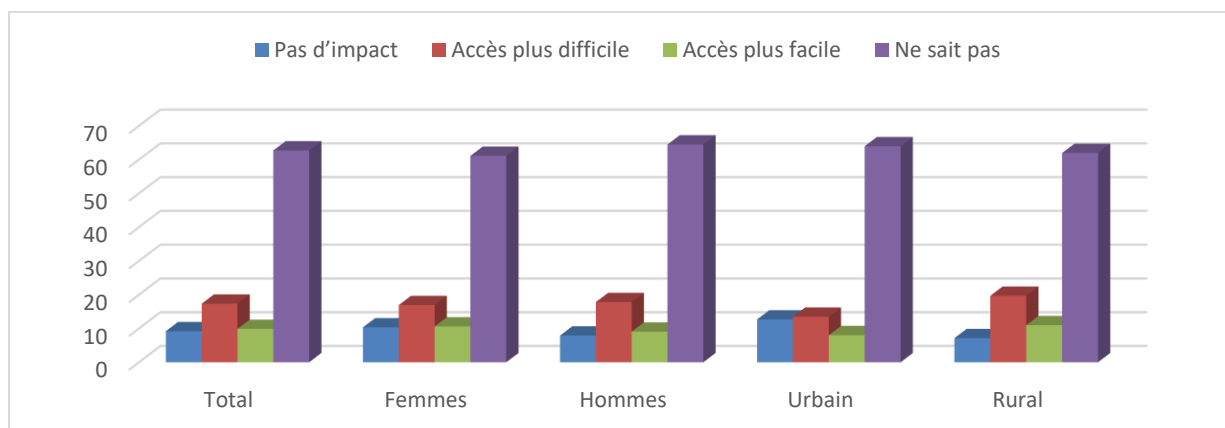
Graphique 5.1: Répartition (%) des adolescents et jeunes par opinions sur l'impact de la crise sur l'accès aux services selon le sexe et le milieu de résidence



Nous observons la même analyse pour l'accès aux produits SSR (Graphique 5.2). Globalement, 17,34% (13,48% en milieu urbain, 19,69% en milieu rural) ont indiqué que la crise humanitaire a eu un impact plus difficile pour l'accès aux produits SSR ; 9,88% (8,01% en milieu urbain, 10,98% en milieu rural) ont un avis contraire. Mais, la grande majorité des jeunes et adolescents enquêtés 62,7% (63,95% en milieu urbain, 61,96% en milieu rural) n'ont pas d'opinion sur la question.

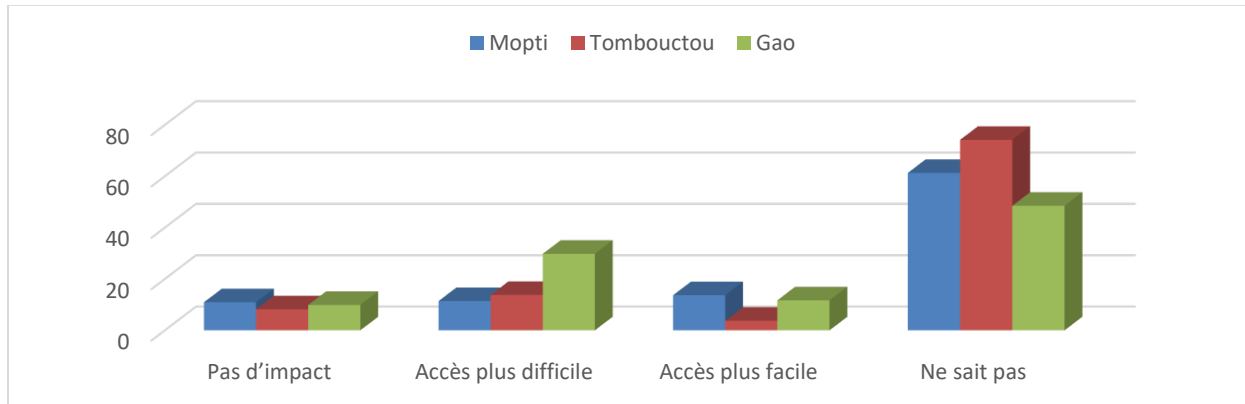
C'est surtout dans le milieu rural que l'effet négatif de la crise humanitaire sur l'accès aux services et aux produits a été le plus ressenti par les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans des régions de Mopti, Tombouctou et Gao.

Graphique 5.2: Répartition (%) des adolescents et jeunes par opinions sur l'impact de la crise sur l'accès aux produits selon le sexe et le milieu de résidence

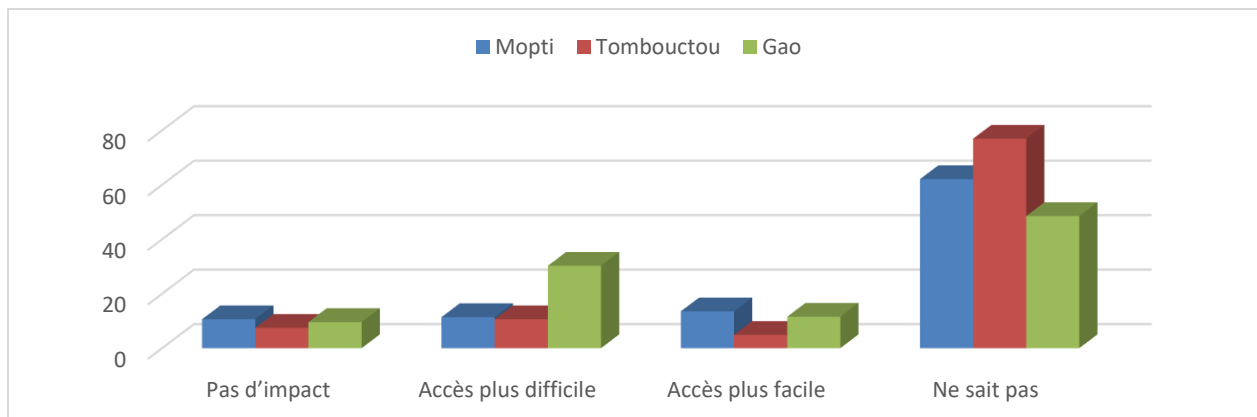


L'analyse selon les régions (Graphiques 5.3 et 5.4) montre que, c'est à Gao que les adolescents et les jeunes ont le plus ressenti l'effet négatif de la crise sur l'accès aux services et aux produits (29% et 30,24% respectivement), suivi par Tombouctou (13,77% et 10,62%) et Mopti (11,38% et 11,38%).

Graphique 5.3 : Répartition (%) des adolescents et jeunes par opinions sur l'impact de la crise sur l'accès aux services selon la région



Graphique 5.4 : Répartition (%) des adolescents et jeunes par opinions sur l'impact de la crise sur l'accès aux produits selon la région



5.2. Effets de la crise humanitaire sur les VBG

En général, lors des discussions en « focus group », les adolescents et les jeunes ont indiqué que la crise sécuritaire a aggravé les VBG et les viols collectifs. Les acteurs contactés dans les régions concernées par l'étude ont indiqué que :

- les familles se trouvent disloquées à cause des déplacements, ce qui rend les adolescentes et les jeunes filles plus vulnérables aux VBG et aux mariages d'enfants et forcés ; ainsi que le faible accès aux services humanitaires et aux services de santé de qualité ;
- les adolescents et les jeunes (filles et garçons) sont davantage privés d'éducation. Cela entraîne un risque accru de VBG, d'infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH ;
- les grossesses non désirées et les mariages forcés entraînent des avortements à risque, des complications liées à la naissance et des décès maternels ;

- la crise a eu pour conséquences la fermeture des écoles, l'interruption des études d'adolescentes facilitant les mariages forcés et le départ de certains PTF et ONG.

Selon le One Stop Center de Mopti, « avec la crise humanitaire, il y a un accès difficile des victimes de VBG aux services de prise en charge adéquats ; la difficulté d'accès des acteurs aux communautés affectées, vulnérables et les victimes de VBG ; la réduction du couloir humanitaire et la difficulté dans le référencement vers les services de prise en charge ».

Pour Enda Mali (Mopti) : « Les cas de viols sont courants, et faits généralement par les parents proches, les dénonciations sont timides dans le milieu de Mopti, surtout si l'auteur est un proche de la famille et de la survivante. La crise a fait accroître le phénomène. Les personnes en situation de déplacement sont exposées et victimes des violences sexuelle, émotionnelle, et physique ».

Selon le rapport statistique GBVIMS (Juillet – Septembre -2023)¹⁷ du sous cluster VBG, dont le lead est assuré par l'UNFPA et le Ministère de la promotion de femme, de l'enfant et de la famille, 1 381 incidents de VBG (34% du nombre total des cas rapportés) ont été enregistrés dans la région de Mopti. Avec 33% de viol, 10% d'agressions sexuelles, 10% de violence physique, 19% de déni de ressource, 11% de mariages forcés, et 17% de violence psychologique. Les survivantes sont en très grande majorité des femmes (94%), dont 44% des filles de moins de 18 ans. Seulement 6% sont des hommes et garçons.

Toujours, selon le cluster VBG, 690 incidents de VBG (17% du nombre total des cas rapportés), ont été enregistrés dans la région de Tombouctou. Il y a 17% de viol, 13% d'agressions sexuelles, 28% de déni de ressource et 17% de violence psychologique, 7% de mariages forcés, et 9% de violence physique. Quasiment toutes les survivantes (99%) sont des femmes dont 31% de filles de moins de 18 ans.

Dans la région de Gao, le cluster VBG indique que 528 incidents de VBG (13% du nombre total des cas rapportés), ont été enregistrés : 20% de viol, 9% d'agressions sexuelles, 21% de violence psychologique, 31% de déni de ressource, 3% de mariages forcés, et 16% de violence physique. La quasi-totalité des survivantes (98%) sont des femmes dont 36% de filles de moins de 18 ans.

¹⁷ Rapport statistique GBVIMS-Trimestriel III ; Juillet – Septembre -2023

VI. IDENTIFICATION ET ANALYSE DES BESOINS PRIORITAIRES EN SSRAJ DANS LES REGIONS DE MOPTI, TOMBOUCTOU ET GAO

6.1. Sexualité précoce et comportements sexuels à risque chez les adolescents et des jeunes

Selon l'enquête auprès des adolescents et des jeunes de 10 à 24 ans des régions de Mopti, Tombouctou et Gao, il y a 42,49% des adolescent(e)s et jeunes de 10 à 24 ans (près de 50% des filles et 34,46% des hommes ; 48,06% en milieu urbain et 39,22% en milieu rural) qui ont déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles. Pour les célibataires ayant déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels (28,77% de l'échantillon), il y a plus de filles (31,61%) que de garçons (26,27%), et plus de personnes en milieu urbain (35,12%) qu'en milieu rural (24,97%). Voir Tableau 6.1.

L'âge médian indiqué par les répondants pour le premier rapport sexuel est de 17 ans pour les garçons et 15 ans pour les filles. Ces chiffres sont les mêmes que ceux déclarés par les adolescents et les jeunes lors des discussions en « focus group » et lors des entretiens avec les acteurs de la SSRAJ.

Près de trois personnes sur dix (32,31%) des adolescent(e)s et jeunes de 10 à 24 ans (38,51% des filles et 25,29% des hommes ; 33,64% en milieu urbain et 31,53% en milieu rural) sont dans une relation sexuelle.

L'analyse de la sexualité préconjugale montre qu'environ 36% des personnes mariées (30,5% des femmes et 48,5% des hommes) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avant le mariage.

Parmi les adolescentes et jeunes filles de 10 à 24 ans interrogées, 24,1 % avaient déjà été enceintes, y compris celles qui déclarent être actuellement enceintes ; environ 11% des hommes ont déclaré avoir déjà eu une partenaire enceinte ou avoir une partenaire actuellement enceinte.

Tableau 6.1 : Indicateurs de vie sexuelle des adolescents et jeunes par sexe et par milieu de résidence

Indicateurs	Total		Femmes		Hommes		Urbain		Rural	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Les adolescents et jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels	860	42,49	533	49,58	327	34,46	360	48,06	500	39,22
Les Célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels	416	28,77	214	31,61	202	26,27	190	35,12	226	24,97
Les personnes qui sont dans une relation sexuelle	654	32,31	414	38,51	240	25,29	252	33,64	402	31,53
Les personnes mariées ayant eu des rapports sexuels avant le mariage	122	35,88	73	30,54	49	48,51	42	33,87	80	37,04
Les femmes ayant été enceinte / les hommes, ayant une partenaire qui a été en grossesse	363	17,93	259	24,09	104	10,96	140	18,69	223	17,49

La désagrégation par région est indiquée dans le tableau 6.2. C'est dans la région de Tombouctou qu'il y a plus d'adolescent(e) et jeunes de 10 à 24 ans (49,35%) qui ont déjà eu des rapports sexuels, comparativement à Gao (46,26%) et Mopti (31,41%).

La différence n'est pas très grande entre les régions pour les personnes qui sont dans une relation sexuelle (34,86% à Tombouctou, 33,38% à Gao et 28,53% à Mopti).

Il y a plus de personnes mariées ayant eu des rapports sexuels avant le mariage à Tombouctou (48,46%) comparativement à Mopti (38,18%) et Gao (24,52%).

Tableau 6.2 : Indicateurs de vie sexuelle des adolescents et jeunes par région

Indicateurs	Mopti		Tombouctou		Gao	
	N	%	N	%	N	%
Les personnes ayant déjà eu des rapports sexuels	207	31,41	344	49,35	309	46,26
Les Célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels	144	30,90	168	32,37	104	22,56
Les personnes qui sont dans une relation sexuelle	188	28,53	243	34,86	223	33,38
Les personnes mariées ayant eu des rapports sexuels avant le mariage	21	38,18	63	48,46	38	24,52
Les femmes ayant été enceinte / les hommes, ayant une partenaire qui a été en grossesse	54	8,19	145	20,80	164	24,55

La désagrégation par groupes d'âge est dans le Tableau 6.3. La proportion de personnes ayant déjà eu des rapports sexuels croît avec l'âge : 1,14% pour les adolescents(e)s de 10 à 12 ans ; 19,67% pour les adolescents(e)s de 13 à 15 ans ; 49,12% pour les 16 à 19 ans ; 86,59% pour les jeunes de 20 à 24 ans. Il en est de même pour les personnes qui sont dans une relation sexuelle, avec respectivement 0,69%, 14,05%, 36,44% et 67,78%. Selon les résultats de l'enquête, Il n'y a pas de personnes mariées ayant eu des rapports sexuels avant le mariage parmi les adolescents(e)s de 10 à 12 ans. Ils sont de 17,58% pour ceux de 13 à 15 ans ; 46,7% pour ceux de 16 à 19 ans. Les femmes ayant été enceinte / les hommes, ayant une partenaire qui a été en grossesse sont respectivement de 0%, 3,98%, 15,57% et 46,37%.

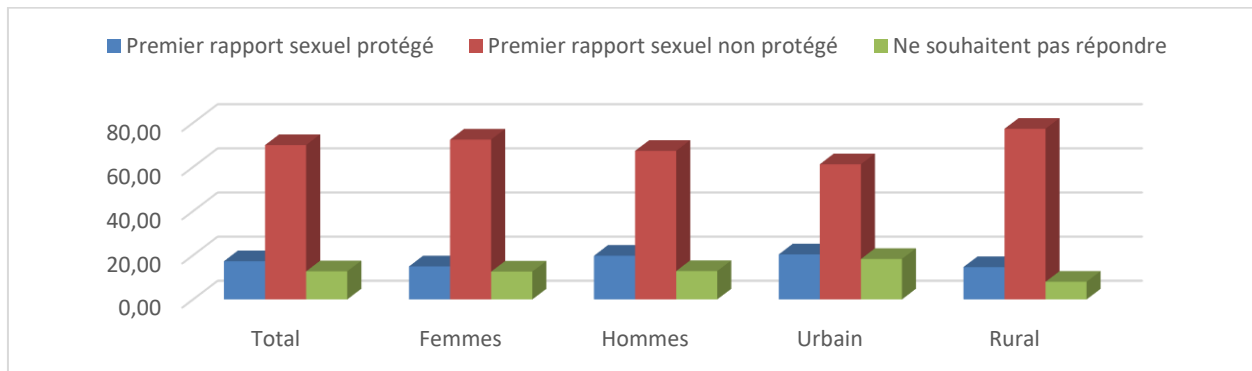
Tableau 6.3 : Indicateurs de vie sexuelle des adolescents et jeunes par tranche d'âges

Indicateurs	10-12 ans		13-15 ans		16-19 ans		20-24 ans	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Les personnes ayant déjà eu des rapports sexuels	5	1,14	84	19,67	306	49,12	465	86,59
Les Célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels	5	1,51	62	16,19	188	37,38	161	70,31
Les personnes qui sont dans une relation sexuelle	3	0,69	60	14,05	227	36,44	364	67,78
Les personnes mariées ayant eu des rapports sexuels avant le mariage	0	0,00	0	0,00	16	17,58	106	46,70
Les femmes ayant été enceinte / les hommes, ayant une partenaire qui a été en grossesse	0	0,00	17	3,98	97	15,57	249	46,37

Le graphique 6.1. montre que les premiers rapports sexuels ne sont pas protégés chez les filles (72,43%) et les garçons (Près de 70%) célibataires. La situation est plus grave en milieu rural (77,33%) qu'en milieu urbain (61,26%).

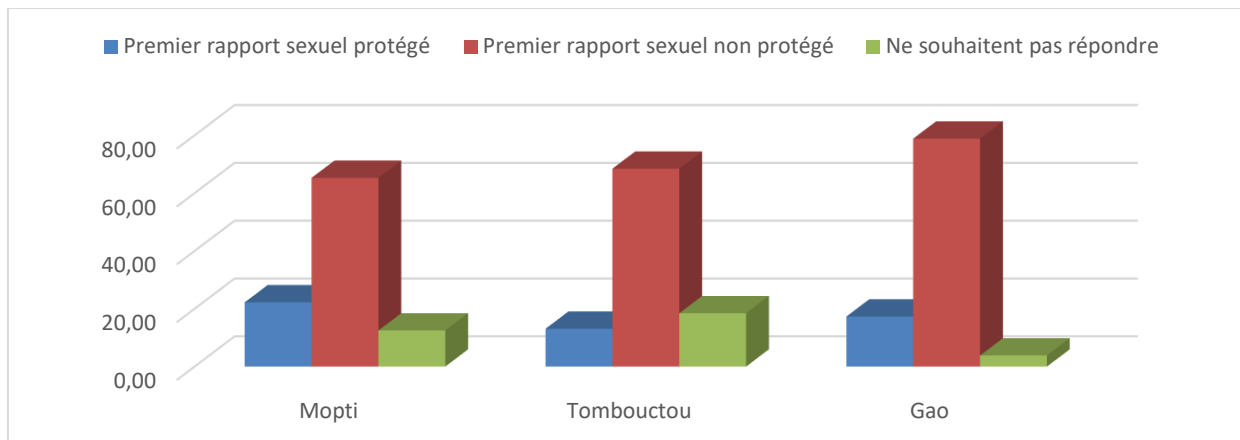
Les adolescents et les jeunes ont indiqué, dans les discussions en « focus group », que les préservatifs sont surtout utilisés quand il n'y a pas de confiance. En général, les adolescents et jeunes (filles et garçons) croient que l'utilisation des préservatifs réduit le plaisir lors des rapports sexuels. Ils sont unanimes que l'utilisation de contraception ne donne pas une bonne image des jeunes filles.

Graphique 6.1 : Répartition (%) des adolescents et jeunes célibataires par statut de protection du premier rapport sexuel selon le sexe et le milieu de résidence



Les premiers rapports sexuels chez les célibataires ne sont pas protégés dans toutes les régions (voir Graphique 6.2). Particulièrement à Gao qui a le plus grand pourcentage (près de 79%) de rapports sexuels non protégés comparativement à Tombouctou (68,45%) et Mopti (65,28%).

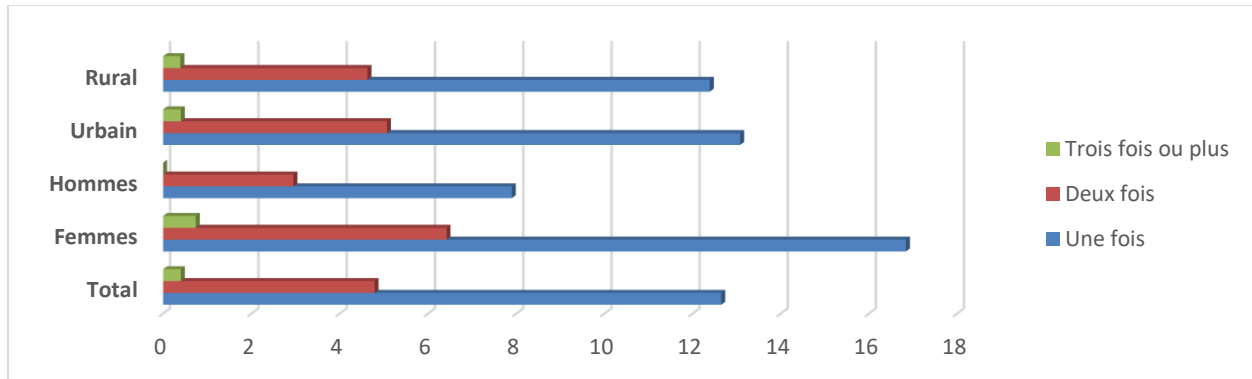
Graphique 6.2 : Répartition (en %) des adolescents et jeunes célibataires par statut de protection du premier rapport sexuel selon la région



6.2. Grossesses non désirées et qualité des soins prénatals

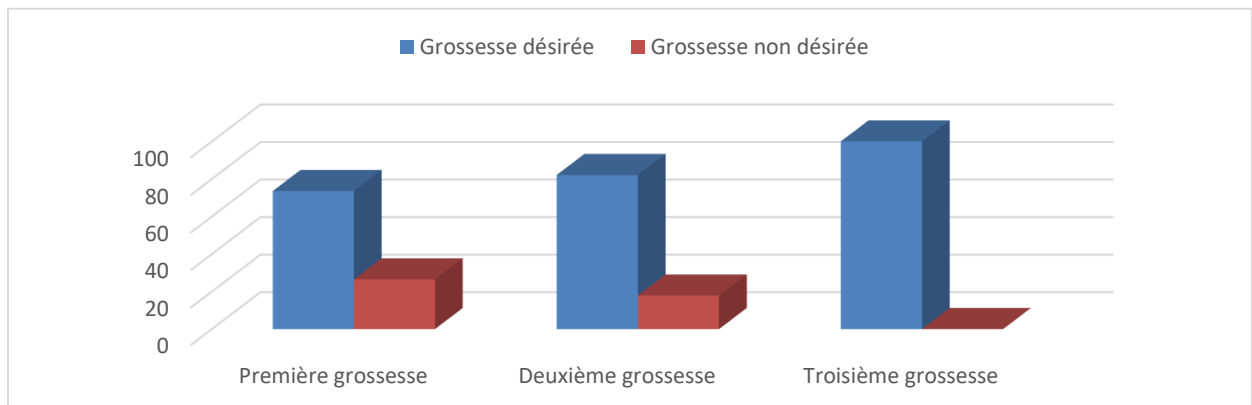
Pour les femmes ayant été enceintes ou les hommes ayant une partenaire qui a été en grossesse, la majorité a été en grossesse une fois. Très peu sont à trois grossesses. Voir Graphique 6.3.

Graphique 6.3 : Répartition (en %) des adolescents et jeunes par nombre de grossesses (partenaire pour le sexe masculin) selon le sexe et le milieu de résidence



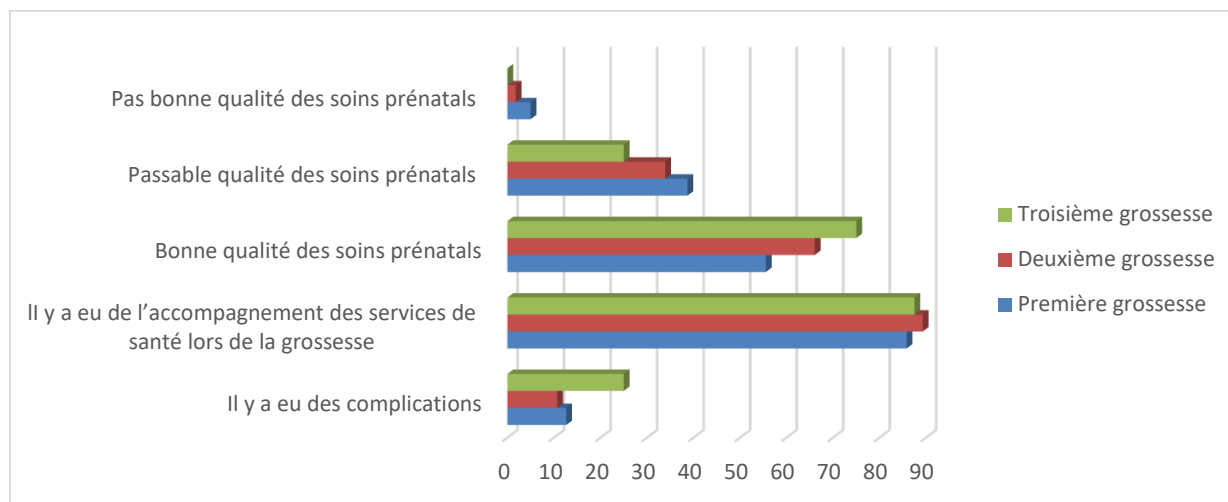
Le Graphique 6.4 montre que, la première et la deuxième grossesse sont non désirées, pour près de 26% et 18%, respectivement. Pour la troisième grossesse, elle est désirée pour 100% des personnes concernées.

Graphique 6.4 : Répartition (%) des adolescentes et jeunes filles par désir des grossesses selon le rang



S'agissant des soins prénatals, ils sont généralement bons pour les répondants (55,56% pour la première, 66,07% pour la deuxième et 75% pour la troisième grossesse). Il y a généralement un accompagnement satisfaisant pour les grossesses selon plus de 85% des personnes concernées.

Graphique 6.5 : Répartition (en %) des adolescents et jeunes par opinions sur la qualité des soins prénatals, pourcentage de grossesses ayant bénéficié de l'accompagnement et pourcentage avec des complications (partenaire pour le sexe masculin) selon le rang



6.3. Connaissance, utilisation et accès aux produits et services de la SSR

Il ressort que les adolescents et les jeunes des régions de Mopti, Tombouctou et Gao connaissent la santé SSR et la PF.

Selon l'enquête auprès des adolescents et des jeunes de 10 à 24 ans dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao, un peu plus de la moitié des répondants (55,73 %) avaient déclaré avoir connaissance du cycle menstruel. Ce chiffre est significativement différent selon le sexe. Le pourcentage de femmes qui connaissent le cycle menstruel (71,26) est plus élevé que celui des hommes (38,15%).

Près de 21% des répondants ont déclaré avoir au moins une fois utilisé une méthode contraceptive, avec 24,56 % de femmes et 16,33% des hommes.

Près de 45% des répondants estimaient pouvoir accéder à des informations sur la contraception, 48,47% ont déclaré connaître un endroit où ils peuvent obtenir des produits de la contraception. Ces faibles taux ressortent lors des entretiens avec les acteurs et des discussions de « focus group ».

De plus, près de la moitié des personnes interrogées (50,79 %) avaient connaissance des infections sexuelles transmissibles, 63,29% avaient connaissance du VIH, seulement 13,44% étaient au courant de l'existence de services adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes. Voir Tableau 6.4.

Lors des discussions en « focus group » des adolescents et des jeunes, il ressort que le VIH est bien connu, mais les autres IST sont peu connues. Les adolescents et jeunes (filles et garçons) croient à l'existence du VIH. Ils sont d'avis que les préservatifs constituent un moyen d'éviter les IST. On peut les avoir dans les boutiques et les pharmacies avec un coût souvent élevé.

Tableau 6.4 : Indicateurs relatifs à la connaissance, à l'utilisation et à l'accès aux produits et services de la SSR y compris les IST par sexe et par milieu de résidence

Réponses aux questions	Total		Femmes		Hommes		Urbain		Rural	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Les personnes ayant connaissance du cycle menstruel	1128	55,73	766	71,26	362	38,15	474	63,28	654	51,29
Les personnes ayant connaissance des méthodes contraceptives	1056	52,17	656	61,02	400	42,15	426	56,88	630	49,41
Les personnes ayant une fois utilisé une méthode contraceptive	419	20,70	264	24,56	155	16,33	197	26,30	222	17,41
Les personnes ayant accès aux informations sur la contraception	919	45,41	581	54,05	338	35,62	368	49,13	551	43,22
Les personnes ayant connaissance des lieux pour obtenir les produits de la contraception	981	48,47	594	55,26	387	40,78	398	53,14	583	45,73
Les personnes ayant connaissance des infections sexuelles transmissibles	1028	50,79	601	55,91	427	44,99	507	67,69	521	40,86
Les personnes ayant connaissance du VIH	1281	63,29	720	66,98	561	59,11	589	78,64	692	54,27
Les personnes au courant de l'existence de services adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes	272	13,44	189	17,58	83	8,75	123	16,42	149	11,69

Les résultats par région sont donnés dans le tableau 6.5 ci-dessous. Selon les résultats de l'enquête, c'est dans la région de Gao que les jeunes de 10 à 24 ans ont une meilleure connaissance du cycle menstruel (58,83%), suivie par la région de Mopti (54,48%) et de la région de Tombouctou (53,95%). Les méthodes contraceptives sont plus connues à Gao (55,69%) et Tombouctou (55,24%) comparativement à Mopti (45,37%). Le nombre de personnes ayant une fois utilisé une méthode contraceptive est faible dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao. Les pourcentages sont respectivement de 20,03%, 23,82% et 18,11%. Les personnes ayant accès aux informations sur la contraception étaient plus nombreuses à Tombouctou (51,36%) comparativement à Gao (43,11%) et Mopti (41,43%). De même, les personnes ayant connaissance des lieux pour obtenir la contraception étaient plus nombreuses à Tombouctou (58,54%) comparativement à Gao (45,96%) et Mopti (40,36%).

Les personnes ayant connaissance des infections sexuelles transmissibles sont plus nombreuses à Tombouctou (56,67%) comparativement à Mopti (48,56%) et Gao (46,86%). Dans toutes les Régions, plus de la moitié des personnes interrogées ont une bonne connaissance du VIH. Les

pourcentages sont de 58,27% à Mopti, 68,01% à Tombouctou et 63,32% Gao. Peu de personnes sont au courant de l'existence de services adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes. Particulièrement, à Tombouctou (6,17%) où le pourcentage est très faible comparativement à Gao (16,92%) et Mopti (17,60%).

Tableau 6.5 : Indicateurs relatifs à la connaissance, à l'utilisation et à l'accès aux produits et services de la SSR y compris les IST par région

Indicateurs	Mopti		Tombouctou		Gao	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Les personnes ayant connaissance du cycle menstruel	359	54,48	376	53,95	393	58,83
Les personnes ayant connaissance des méthodes contraceptives	299	45,37	385	55,24	372	55,69
Les personnes ayant une fois utilisé une méthode contraceptive	132	20,03	166	23,82	121	18,11
Les personnes ayant accès aux informations sur la contraception	273	41,43	358	51,36	288	43,11
Les personnes ayant connaissance des lieux pour obtenir la contraception	266	40,36	408	58,54	307	45,96
Les personnes ayant connaissance des infections sexuelles transmissibles	320	48,56	395	56,67	313	46,86
Les personnes ayant connaissance du VIH	384	58,27	474	68,01	423	63,32
Les personnes au courant de l'existence de services adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes	116	17,60	43	6,17	113	16,92

Les résultats par tranche d'âge sont donnés dans le tableau 6.6 ci-dessous. Pour toutes les questions, les pourcentages des réponses favorables augmentent au fur et à mesure que la tranche d'âge augmente.

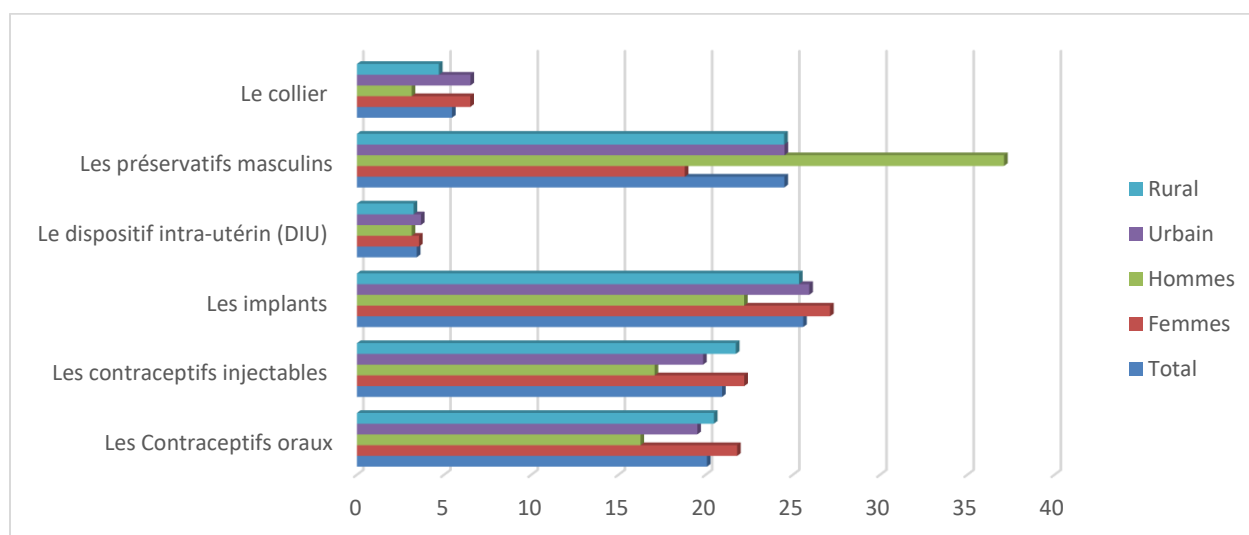
Tableau 6.6 : Indicateurs relatifs à la connaissance, à l'utilisation et à l'accès aux produits et services de la SSR y compris les IST par tranche d'âges

Indicateurs	10-12 ans		13-15 ans		16-19 ans		20-24 ans	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Les personnes ayant connaissance du cycle menstruel	54	12,36	228	53,40	413	66,29	433	80,63
Les personnes ayant connaissance des méthodes contraceptives	48	10,98	119	27,87	392	62,92	417	77,65
Les personnes ayant une fois utilisé une méthode contraceptive	3	0,69	34	7,96	140	22,47	242	45,07
Les personnes ayant accès aux informations sur la contraception	50	11,44	179	41,92	328	52,65	62	67,41
Les personnes ayant connaissance des lieux pour obtenir la contraception	55	12,59	186	43,56	350	56,18	390	72,63

Indicateurs	10-12 ans		13-15 ans		16-19 ans		20-24 ans	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Les personnes ayant connaissance des infections sexuelles transmissibles	40	9,15	173	40,52	402	64,53	413	76,91
Les personnes ayant connaissance du VIH	90	20,59	238	55,74	493	79,13	460	85,66
Les personnes au courant de l'existence de services adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes	10	2,29	45	10,54	83	13,32	134	24,95

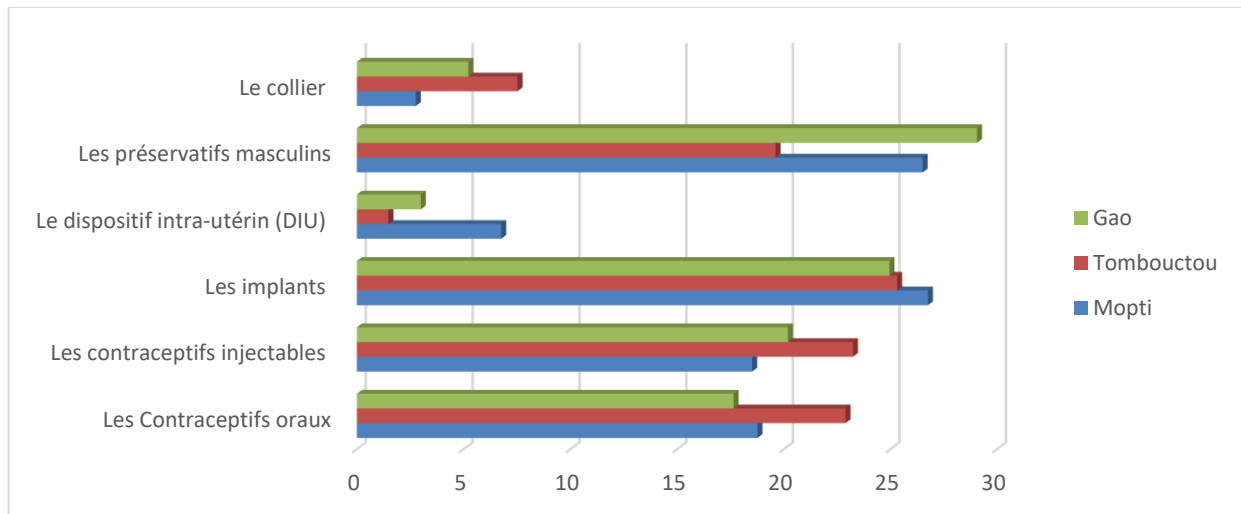
L'enquête demandait aux répondants de sélectionner toutes les méthodes contraceptives dont ils avaient connaissance. Les résultats montrent une cohérence avec les entretiens individuels des acteurs et les discussions en « focus group ». Les méthodes les plus connues signalées étaient le préservatif masculin, les implants, suivies par les contraceptifs oraux et les contraceptifs injectables. Le collier et le dispositif intra-utérin (DIU) sont les méthodes les moins connues par les répondants. Le préservatif masculin est de loin la méthode la plus connue chez les hommes (37,11%) et la deuxième méthode la plus connue globalement (24,51%), en milieu urbain (24,52%) et rural (24,5%). L'utilisation des implants est la méthode la plus connue globalement (25,59%), chez les femmes (27,11%), en milieu urbain (25,94%) et en milieu rural (25,35%). Voir Graphique 6.6.

Graphique 6.6 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par méthode contraceptive connue selon le milieu de résidence et le sexe



A Mopti, les implants (26,75%) et le préservatif masculin (26,5%) sont les méthodes contraceptives les plus connues, suivies par les contraceptifs oraux (18,75%) et les injectables (18,5%). Dans la région de Tombouctou, les implants (25,3%), les injectables (23,23%) et les contraceptifs oraux (22,88%) sont les méthodes les plus connues. Le préservatif masculin est la méthode la plus connue à Gao (29,05%) suivie par les implants (24,94%) et les injectables (20,18%). Voir Graphique 6.7.

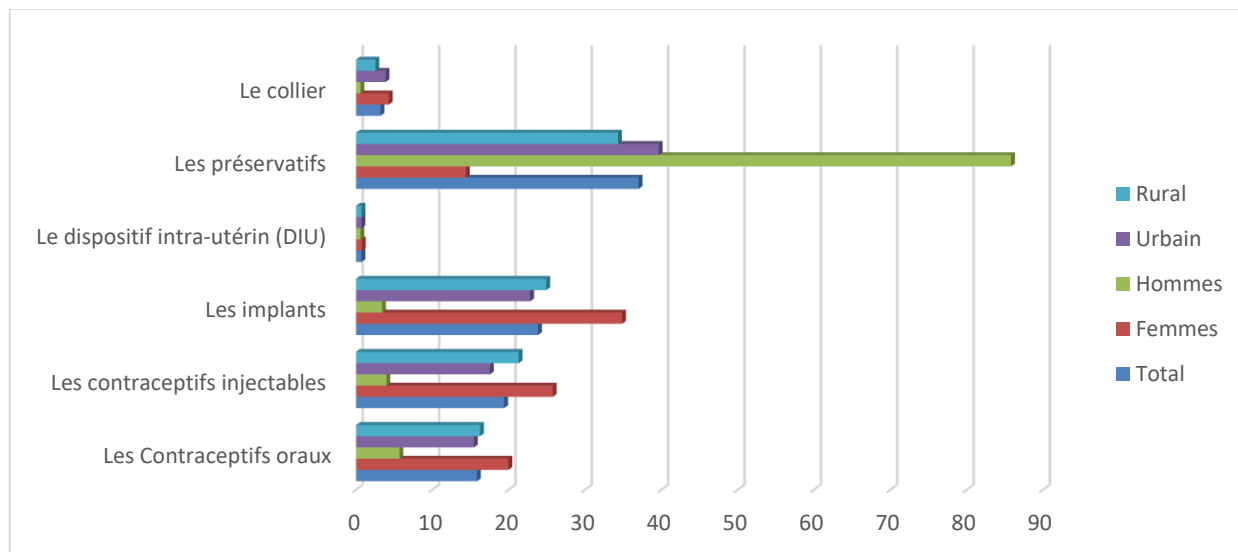
Graphique 6.7 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par méthode contraceptive connue selon la région



Les résultats montrent une cohérence avec les entretiens individuels des acteurs et les discussions en « focus group ». Les discussions lors des échanges en « focus group » indiquent que les moyens utilisés par les adolescents et jeunes garçons pour que leurs partenaires ne soient pas en grossesse sont les préservatifs. Selon les acteurs, les adolescents et les jeunes, les services ne sont pas facilement accessibles en matière de contraception. Ils ont mentionné la nécessité de rendre gratuits les produits de la contraception compte tenu de la pauvreté. Ils ont également indiqué que la sexualité est perçue comme un sujet tabou et, les adolescents et les jeunes se cachent pour avoir les produits de la contraception.

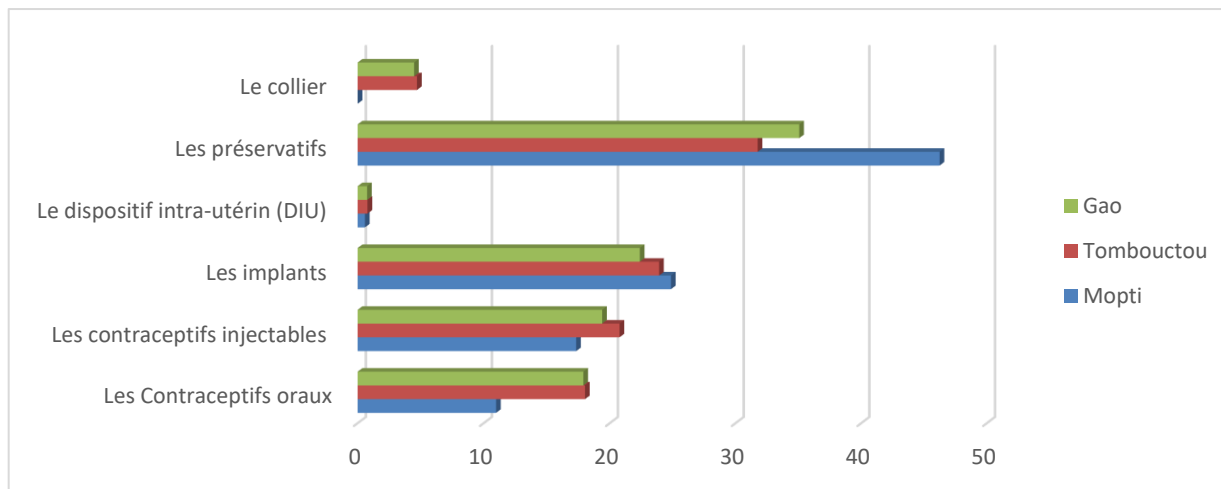
Les résultats de l'enquête montrent que le préservatif masculin est, de très loin, la méthode la plus utilisée signalée par les hommes (près de 86%). C'est aussi la méthode la plus utilisée globalement (37%) dans les milieux urbain (39,65%) et rural (34,3%). Les femmes utilisent plus les implants (près de 35%), suivis des injectables (25,76%) et des contraceptifs oraux (19,95%). Voir Graphique 6.8.

Graphique 6.8 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par méthode contraceptive utilisée selon le sexe et le milieu de résidence



Le préservatif masculin est la méthode la plus utilisée à Mopti (46,24%), Tombouctou (31,76%) et Gao (35%). Cette méthode est suivie par les implants, avec respectivement 24,86% ; 23,92% et 22,39%. La troisième méthode utilisée dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao a trait aux injectables, avec respectivement 17,34% ; 20,78% et 19,4%.

Graphique 6.9 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par méthode contraceptive utilisée selon la région

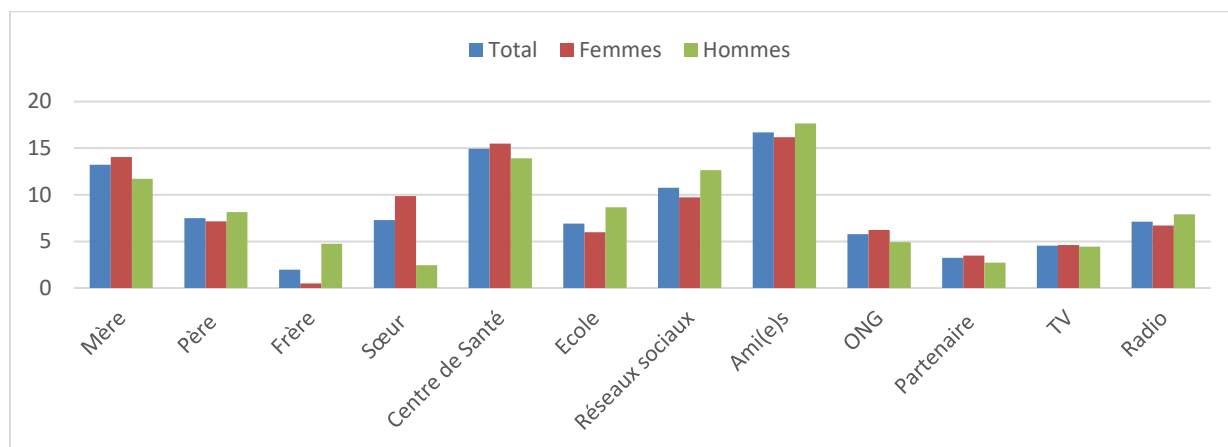


Les répondants de l'enquête ont indiqué un éventail de canaux qu'ils connaissent pour l'accès aux informations sur la contraception. Les résultats de l'enquête sont cohérents avec les entretiens individuels des acteurs et les discussions en « focus group » qui indiquent que les adolescents et les jeunes obtiennent les informations sur la SSR à travers les centres de santé, les réseaux sociaux, les ONG, la radio, l'école, les amis et les membres de la famille.

Les acteurs, rencontrés dans le cadre de l'étude, et les discussions en groupe ont indiqué que les adolescents et les jeunes des régions concernées, n'ont pas accès à l'information sur la SSRAJ à hauteur de souhait.

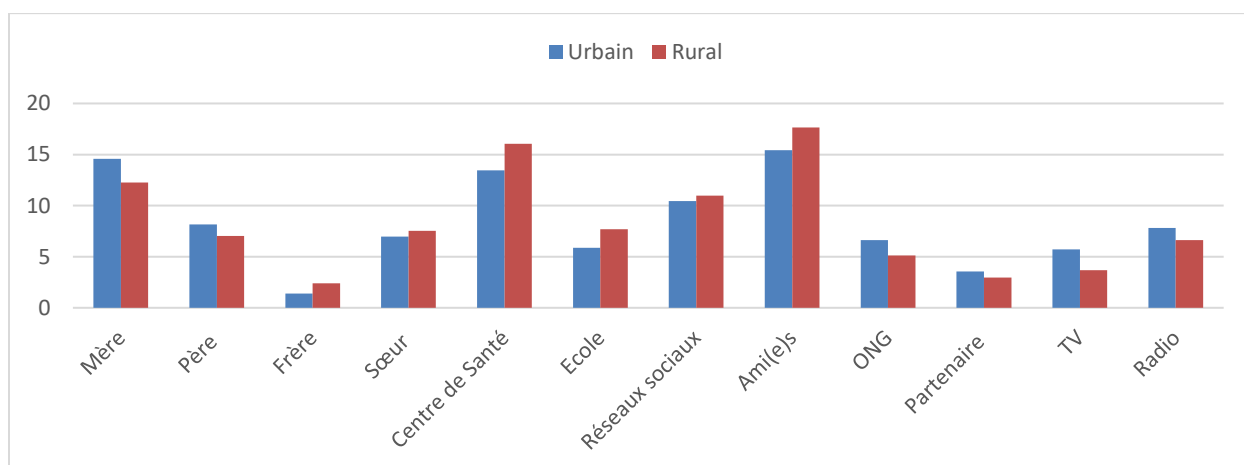
Selon les résultats de l'enquête, les filles et les garçons ont indiqué que les sources d'informations les plus connues étaient les ami(e)s (respectivement 16,18% et 17,67%), les centres de santé (15,5% et 13,93%). La troisième source d'information pour les filles était la mère (14,05%), et pour les garçons les réseaux sociaux (12,66%). Voir Graphique 6.10.

Graphique 6.10 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par source d'informations sur la contraception selon le sexe



En milieux urbain et rural, les sources d'informations les plus connues étaient les ami(e)s (respectivement 15,4% et 17,64%), les centres de santé (13,46% et 16,05%) et la mère (12,26% et 14,57%).

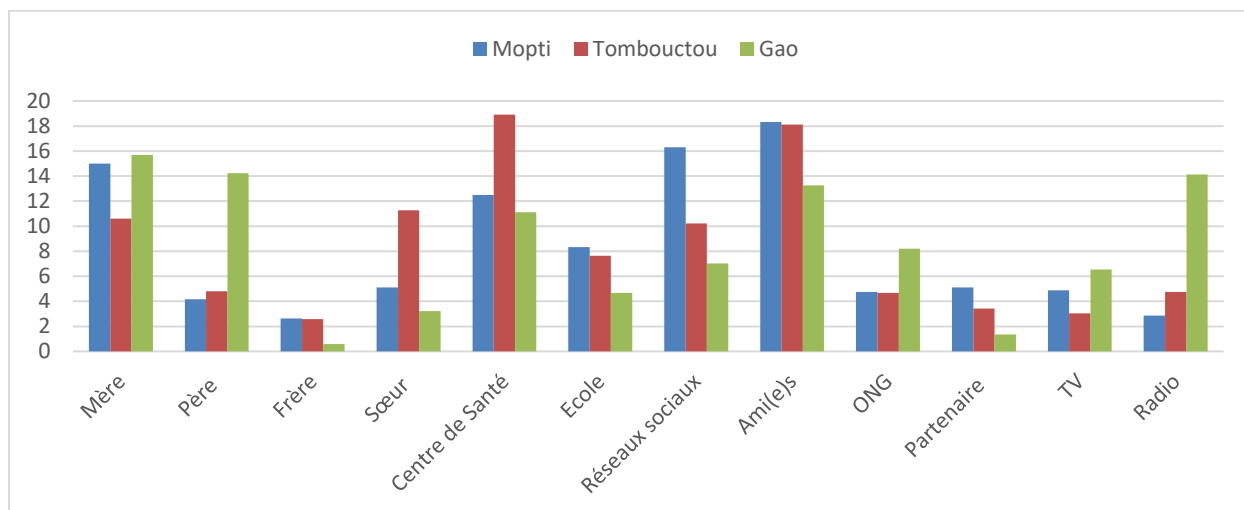
Graphique 6.11 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par canal d'informations connu sur la contraception selon le milieu de résidence



Les canaux les plus connus pour l'accès aux informations sur la contraception sont variés selon les régions. A Mopti, les canaux les plus connus sont : les ami(e)s (18,33%) ; les réseaux sociaux (16,31%) ; et les centres de santé (12,5%). A Tombouctou, les canaux les plus connus sont : les

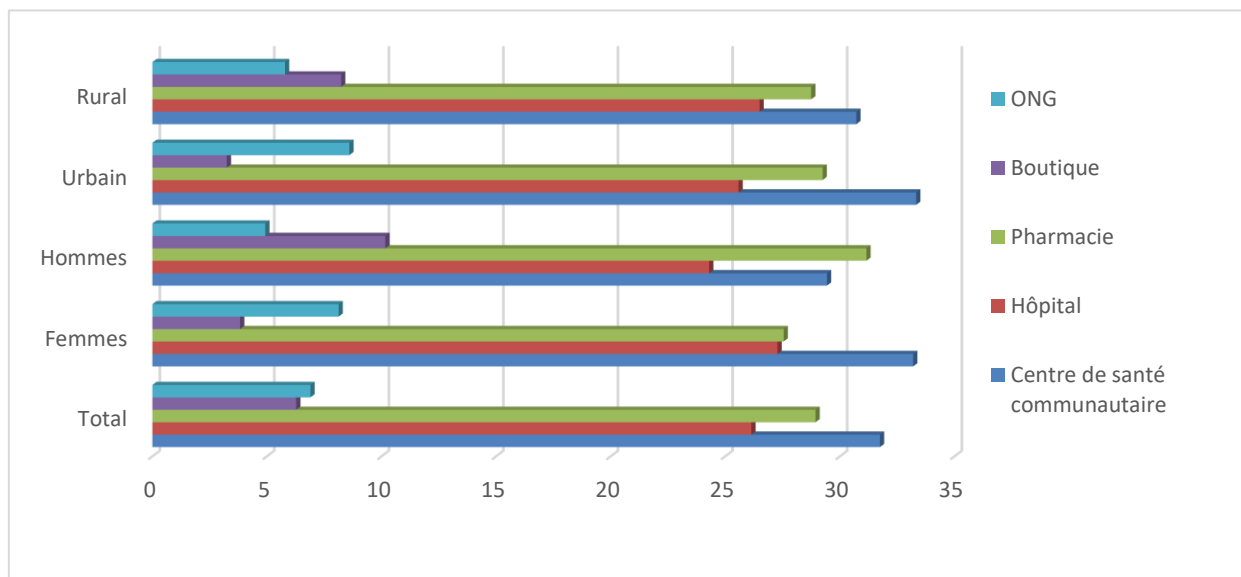
centres de santé (18,91%) ; les ami(e)s (18,12%) et la sœur (11,26%). A Gao, les canaux les plus connus sont : la mère (15,69%) ; le père (14,23%) et la radio (14,13%).

Graphique 6.12 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par canal d'informations connu sur la contraception selon la région



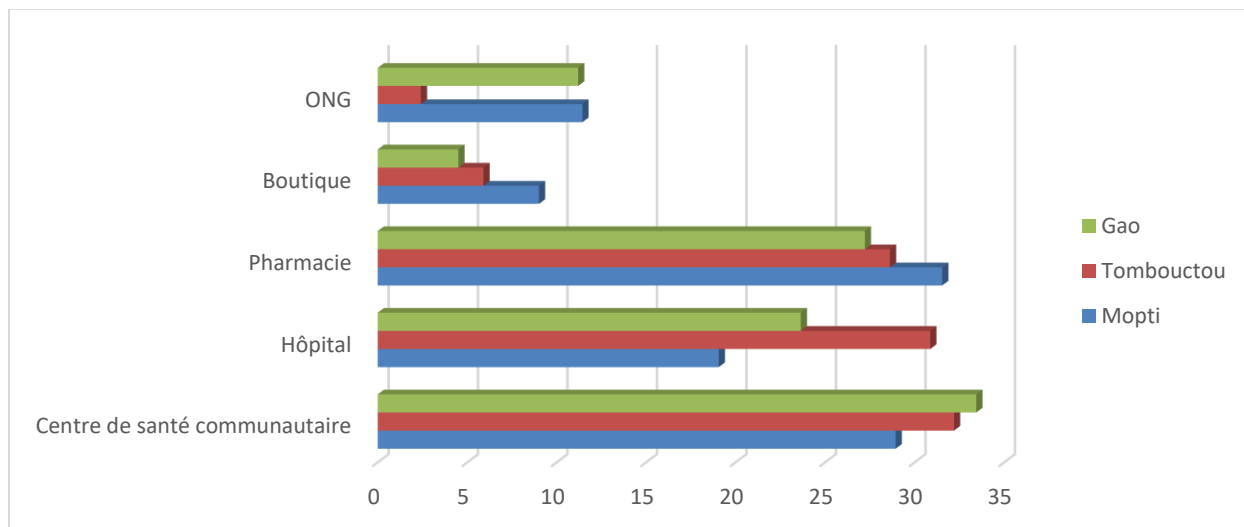
Globalement, les lieux les plus connus pour obtenir les produits de la contraception sont les centres de santé (31,75%, avec 33,33% en milieu urbain et 30,72% en milieu rural), les pharmacies (28,94%, avec 29,25% et 28,75%) et les hôpitaux (26,14%, avec 25,58% et 26,5%). Voir Graphique 6.13.

Graphique 6.13 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par lieu d'obtention connu des produits de la contraception selon le sexe et le milieu de résidence



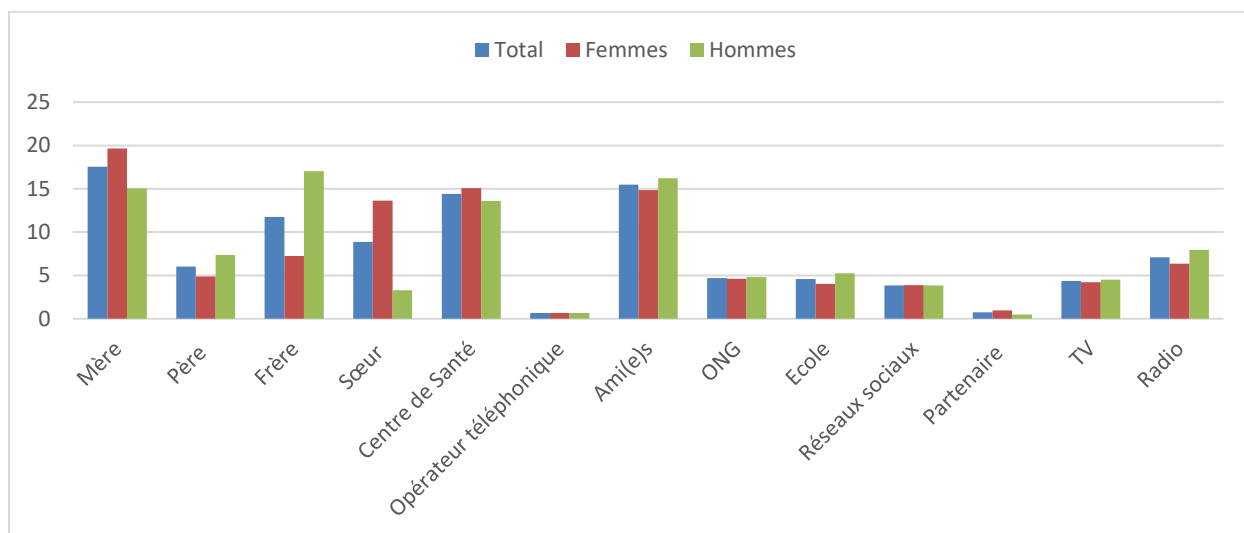
La pharmacie (31,54%) est le lieu le plus connu pour obtenir les produits de la contraception dans la région de Mopti, suivi des centres de santé (28,94%) et des hôpitaux (19,06%). Dans les régions de Tombouctou et Gao, les lieux les plus connus sont les centres de santé (respectivement 32,2% et 33,44%), les hôpitaux (30,87% et 23,64%) et les pharmacies (28,62% et 27,22%).

Graphique 6.14 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par lieu d'obtention connu des produits de la contraception selon la région



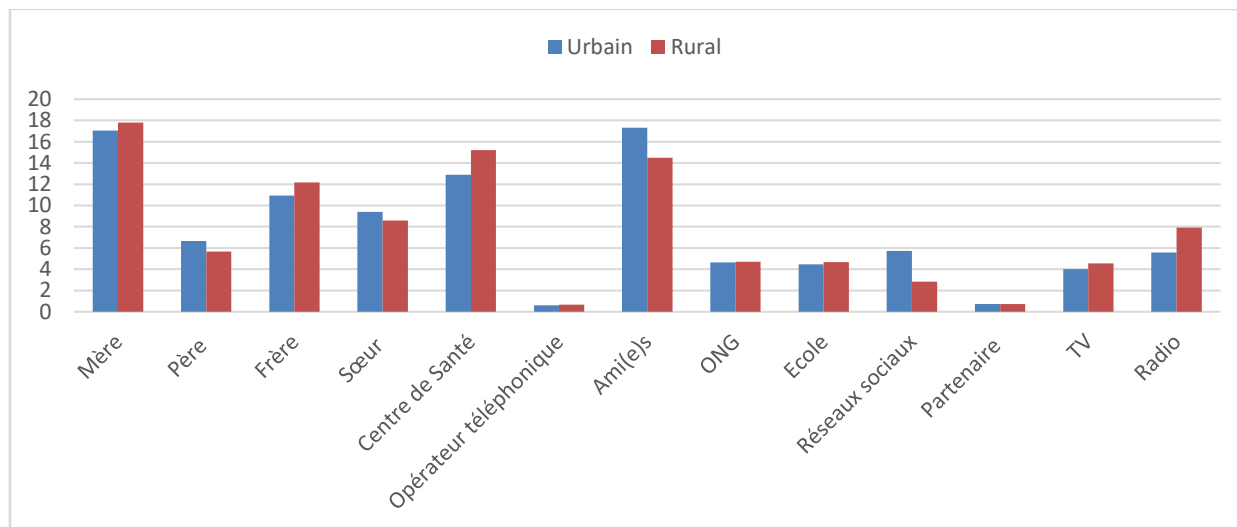
Sur tous les canaux indiqués pour l'accès aux informations sur la contraception, les répondants préfèrent, en majorité, obtenir l'information auprès de la mère (17,54% ; 19,66% pour les filles), des ami(e)s (15,49% ; 14,86%) et des centres de santé (14,39% ; 15,06%). Les garçons préfèrent obtenir l'information au niveau du frère (17,03%), des ami(e)s (16,23%) et de la mère (15,04%). Voir Graphiques 6.15.

Graphique 6.15 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par canal préféré pour avoir des informations sur la contraception selon le sexe



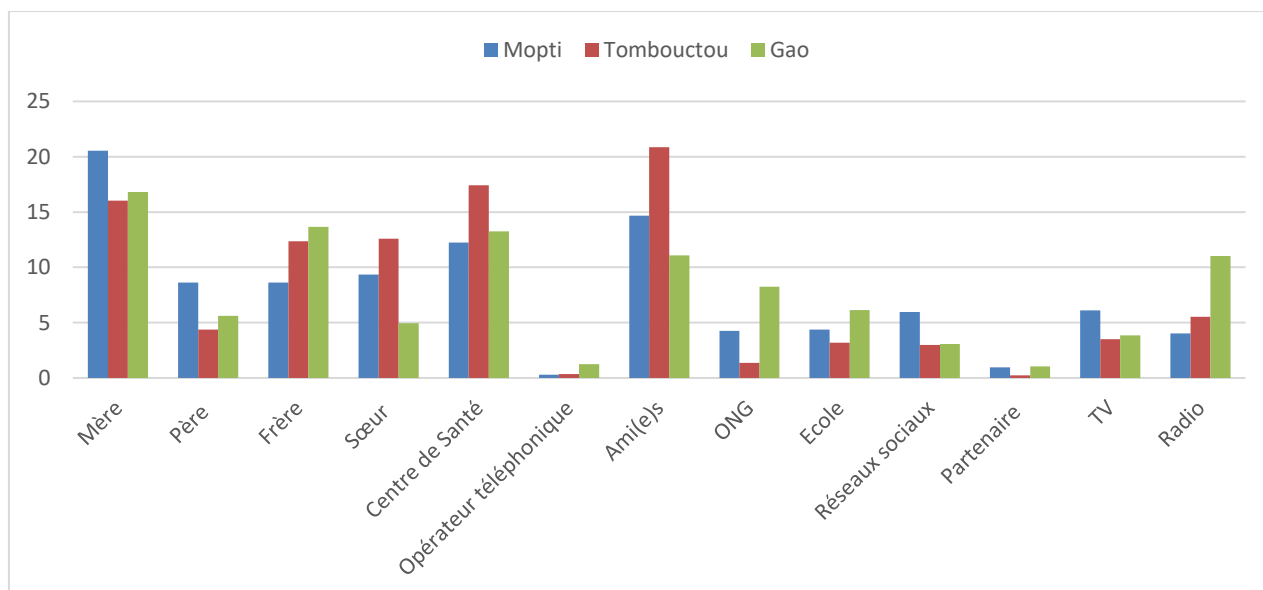
Dans les milieux rural et urbain, les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans préfèrent, en majorité, obtenir l'information auprès de la mère (respectivement 17,8% ; 17,05%), des ami(e)s (14,48% ; 17,32%) et des centres de santé (15,22% ; 12,88%).

Graphique 6.16 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par canal préféré pour avoir des informations sur la contraception selon le milieu de résidence



Dans la région de Mopti, les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans préfèrent, en majorité, obtenir l'information auprès de la mère (20,53%), des ami(e)s (14,67%) et des centres de santé (12,25%). Dans la région de Tombouctou, les préférences sont les ami(e)s (20,85%), les centres de santé (17,43%) et la mère (16,02%). Les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans de la région de Gao préfèrent obtenir l'information auprès de la mère (16,8%), du frère (13,65%) et des centres de santé (13,24%)

Graphique 6.17 : Pourcentage d'adolescents et jeunes par canal préféré pour avoir des informations sur la contraception selon la région

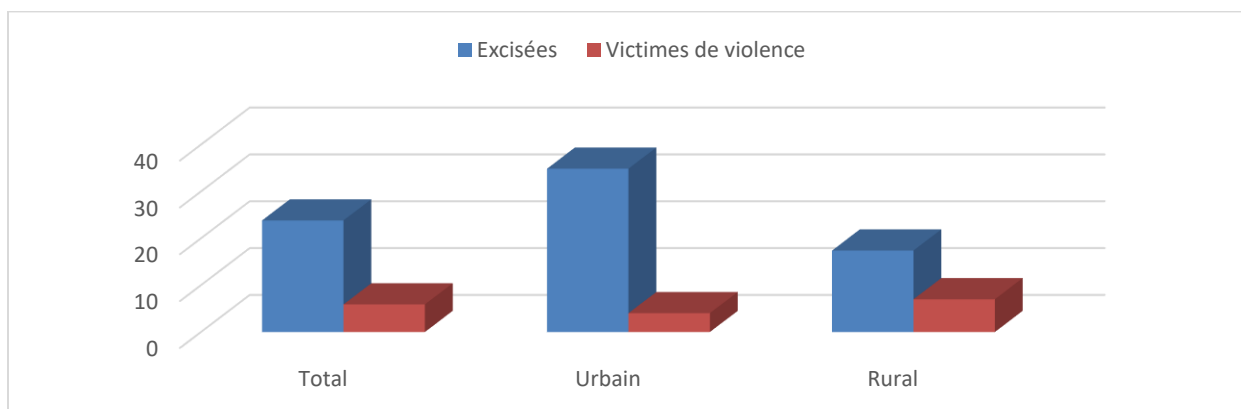


6.4. Violences basées sur le genre

Lors des entretiens avec les acteurs, il est ressorti que, dans toutes les régions concernées par cette étude, les mariages d'enfants et les grossesses précoces sont fréquentes. Les cas de complication des grossesses précoces sont fréquents et mènent souvent au décès des filles. La violence basée sur le genre (VBG) est fréquente. Mais, en général, les victimes ne dénoncent pas les auteurs.

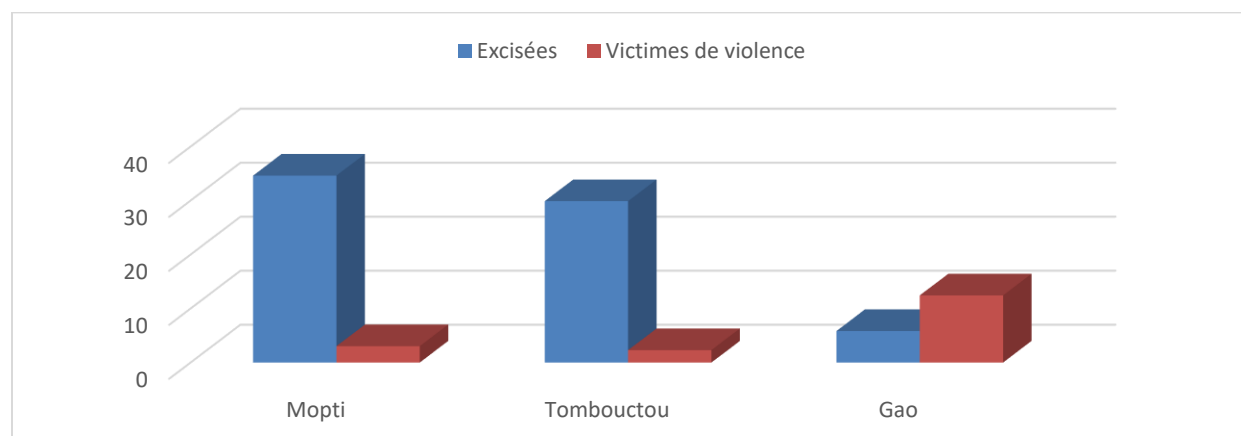
Globalement, selon l'enquête, près de 24% des adolescent(e)s et jeunes interrogés (34,85% en milieu urbain et 17,38% en milieu rural) ont été excisées. Les victimes de violence sont globalement de 5,88%. Elles sont plus nombreuses en milieu rural (près de 7%) qu'en milieu urbain (4%). Voir Graphique 6.18.

Graphique 6.18 : Pourcentages d'adolescentes et jeunes filles excisées et de survivantes de VBG par milieu de résidence



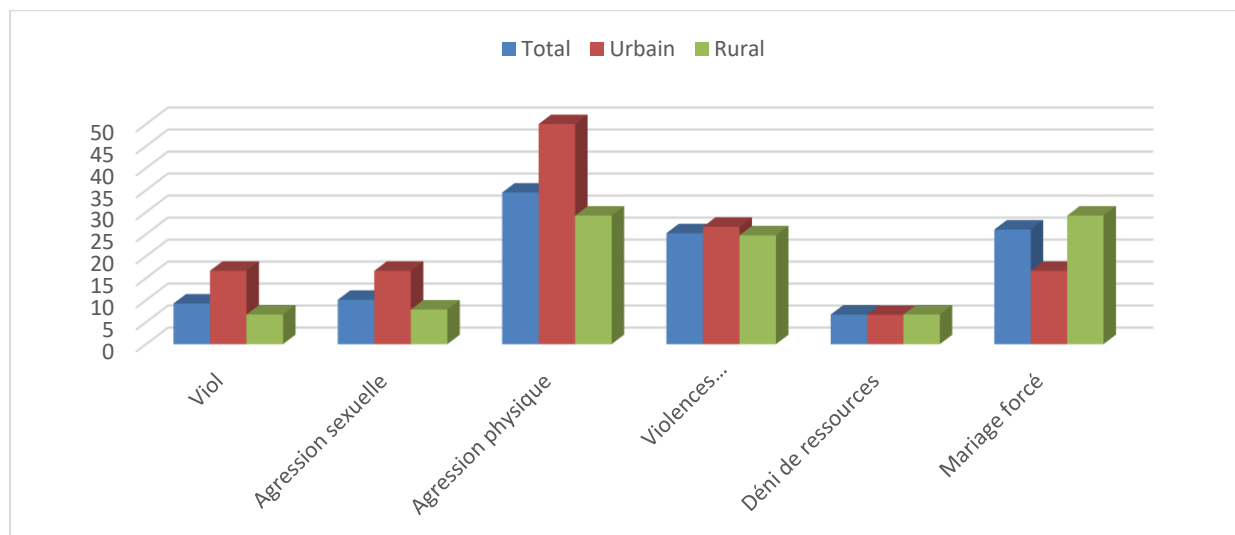
Les pourcentages de femmes excisées et de personnes victimes de VBG par région sont présentés dans le Graphique 6.18. Les femmes excisées sont plus nombreuses à Mopti (34,62%) que dans les régions de Tombouctou (29,89%) et Gao (5,83%). Le pourcentage des personnes interrogées qui ont été victimes de VBG est plus élevé à Gao (12,43%) que dans les régions de Mopti (3%) et Tombouctou (2,3%).

Graphique 6.19 : Pourcentages d'adolescentes et jeunes filles excisées et de survivantes de VBG par région

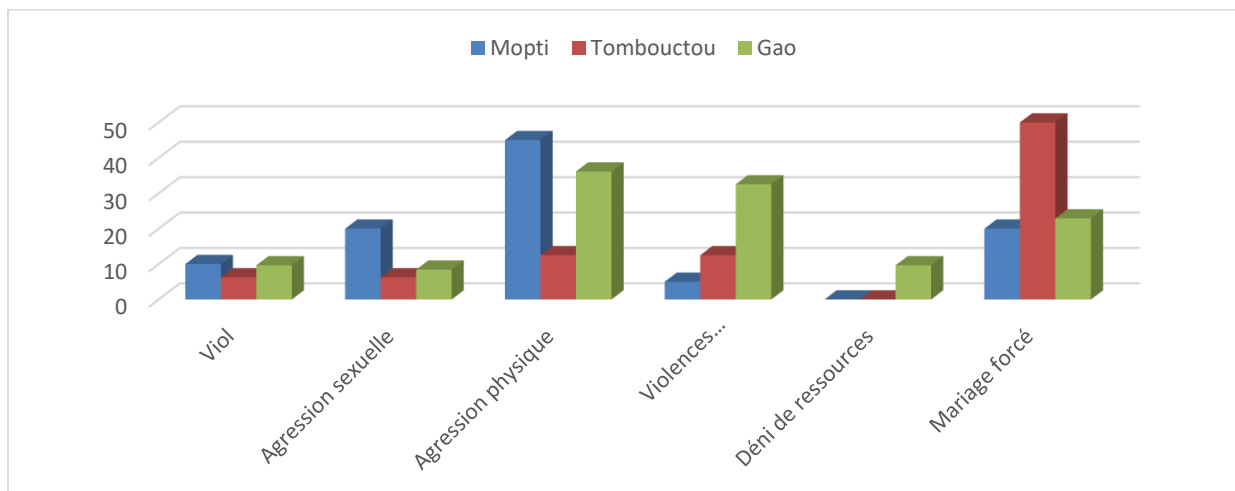


Il ressort que la violence physique est plus élevée dans le milieu urbain par rapport au milieu rural, aussi le mariage force est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain.

Graphique 6.20 : Pourcentage d'adolescentes et jeunes filles survivantes de VBG par type selon le milieu de résidence

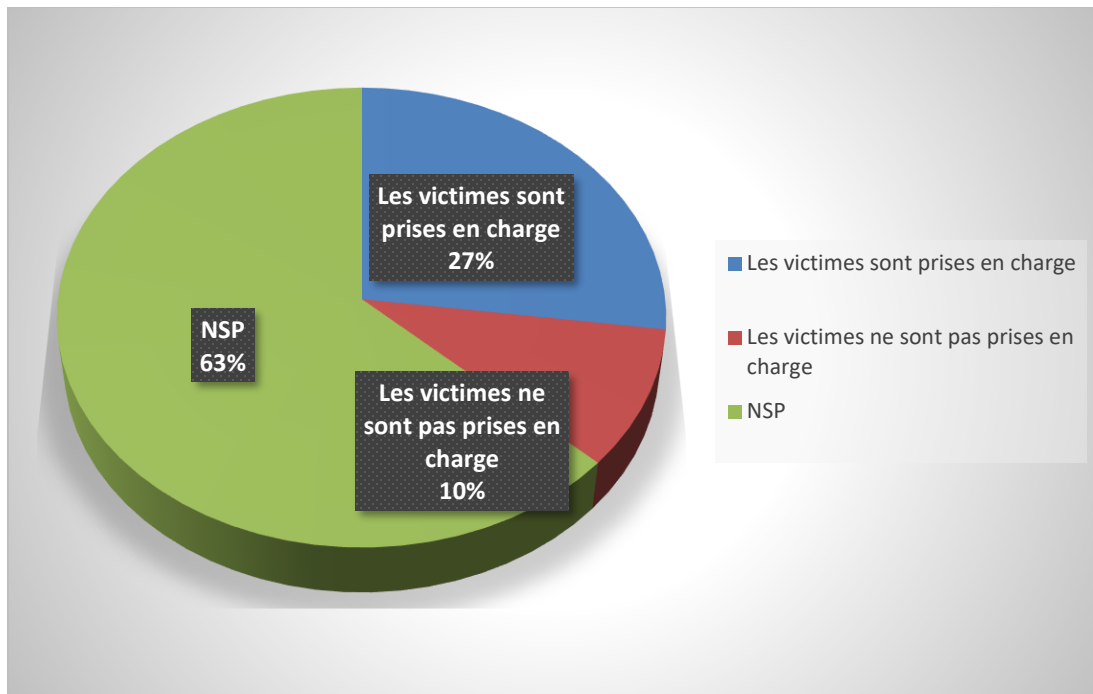


Graphique 6.21 : Pourcentage d'adolescentes et jeunes filles survivantes de VBG par type selon la région



Le Graphique 6.22 indique que, la majorité des répondants (63%) ne savent pas si les victimes de VBG sont prises en charge. Seules 10% pensent qu'elles sont prises en charge et 27% qui pensent le contraire.

Graphique 6.22 : Répartition (en %) des adolescents et jeunes filles par opinion sur la prise en charge des survivantes de VBG



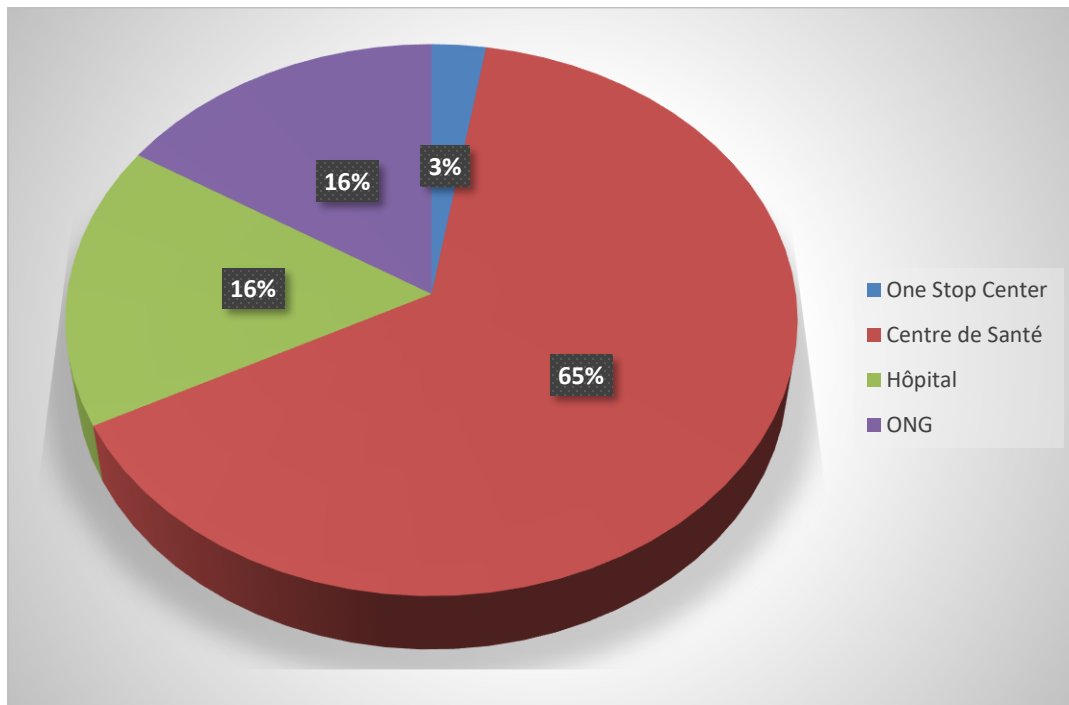
Les structures de prise en charge des victimes de VBG les plus connues sont les centres de santé (65%) ; l'hôpital et les ONG (16%). Seulement 3% des répondants ont cité le « One Stop Center ». Selon les adolescents et les jeunes, lors des discussions en « focus group », les victimes de VBG sont surtout aidées par les ONG. Très peu d'entre eux connaissent les « One Stop Center ».

Le « One Stop Center » ou « Guichet Unique » est un centre de prise en charge holistique des personnes survivantes de violences basées sur le genre (VBG), initié avec l'appui de UNFPA au Mali.

Même si le « One Stop Center » n'est pas connu par les adolescents et jeunes impliqués dans cette étude, tous les acteurs VBG réfèrent les cas aux « One Stop Center » des régions humanitaires. Le système de référencement est vulgarisé avec des numéros des prestataires de service de premier rang. Les numéros attribués aux gestionnaires de cas sont vulgarisés lors des activités communautaires. Tous ces efforts font que les « one stop center » reçoivent beaucoup de cas.

L'assistance juridique et judiciaire des victimes de VBG est prise en compte dans le paquet de services de prise en charge holistique des personnes survivantes de VBG, avec des personnes dédiées au niveau des « One Stop Center ». Il y a toutefois une insuffisance de la demande pour la prise en charge à cause du contexte humanitaire des régions considérées dans cette étude (la peur de représailles) et des normes sociales (stigmatisation et discrimination).

Graphique 6.23 : Répartition (en %) des adolescents et jeunes filles survivantes de VBG par type de structure de prise connu



6.5. Besoins prioritaires

La sensibilisation et le mariage d'enfants sont indiqués comme des grands besoins prioritaires en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes lors des discussions de « focus group ».

Les besoins prioritaires en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes indiqués par les acteurs dans le cadre de cette étude sont :

- ✓ construction de centres de santé et leur équipement ;
- ✓ insuffisance des ressources financières ;
- ✓ éducation sexuelle ;
- ✓ lutte contre les VBG ;
- ✓ information et sensibilisation ;
- ✓ prise en charge des produits ;
- ✓ accès aux services de SSR ;
- ✓ disponibilité de prestataires qualifiés ;
- ✓ formation des prestataires ;
- ✓ prévention et lutte contre les grossesses précoces et non désirées ;
- ✓ prévention et lutte contre les mariages d'enfants.

En tenant compte de l'observation, des discussions en « focus group » et des entretiens individuels auprès des acteurs impliqués en matière de SSRAJ dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao, ainsi que l'analyse ci-dessus des indicateurs de SSRAJ, une liste de 11 besoins prioritaires a été établie. Il s'agit de :

1. prévention et lutte contre le mariage d'enfants ;

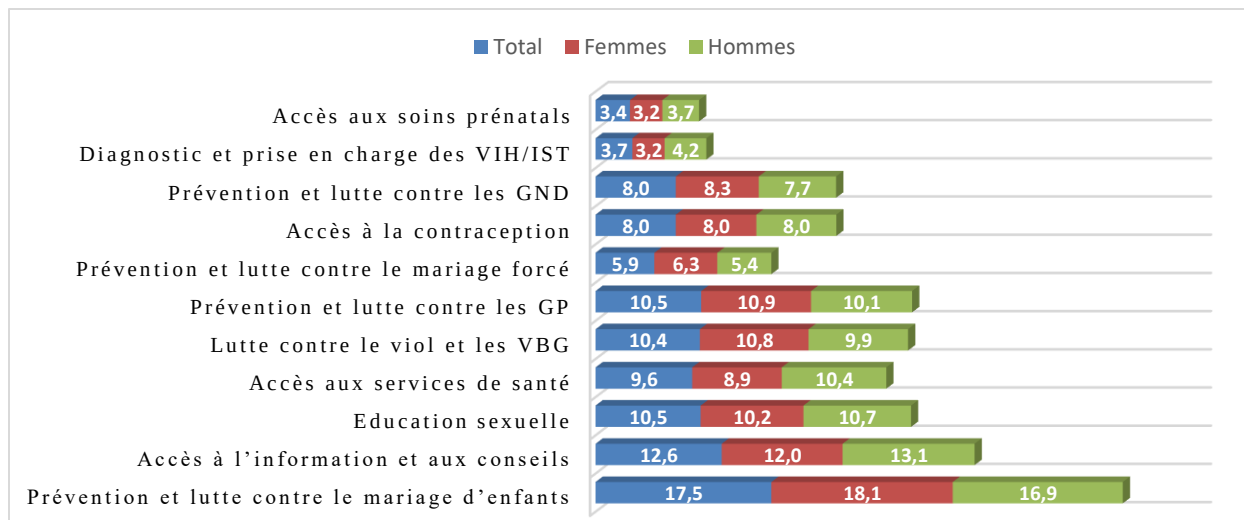
2. éducation sexuelle ;
3. accès aux services de santé ;
4. prévention et lutte contre les grossesses précoces (GP) ;
5. accès à l'information et aux conseils ;
6. accès à la contraception ;
7. lutte contre le viol et les violences basées sur le genre (VBG) ;
8. accès aux soins prénatals ;
9. prévention et lutte contre les grossesses non désirées (GND) ;
10. prévention et lutte contre le mariage forcé ;
11. diagnostic et prise en charge des VIH/IST.

Les répondants à l'enquête auprès des adolescents et des jeunes ont été invités à choisir et à classer cinq (05) besoins prioritaires sur la liste des 11 thèmes, avec la possibilité d'en ajouter d'autres. Les résultats de l'enquête et le classement des besoins prioritaires sont présentés ci-dessous.

6.5.1. Les besoins prioritaires globalement, et selon le sexe

Les thèmes « Prévention et lutte contre le mariage d'enfants », et « Accès à l'information et aux conseils » sont les deux premiers besoins prioritaires en général (respectivement 17,51% et 12,56%), chez les femmes (18,05% ; 12,04%) et les hommes (16,92% ; 13,14%). Le thème « Prévention et lutte contre les GP » est le troisième besoin prioritaire en général (10,52%) et au niveau des femmes (10,94%). Le thème « Education sexuelle » est le troisième besoin prioritaire chez les hommes (10,71%).

Graphique 6.24 : Pourcentage d'adolescents et jeunes filles par besoin prioritaire en SSRAJ cité selon le sexe



Le classement final, de l'effectif total par sexe et selon le milieu de résidence, des thèmes indiqués comme besoins prioritaires en matière de SSRAJ, est dans le tableau 6.7.

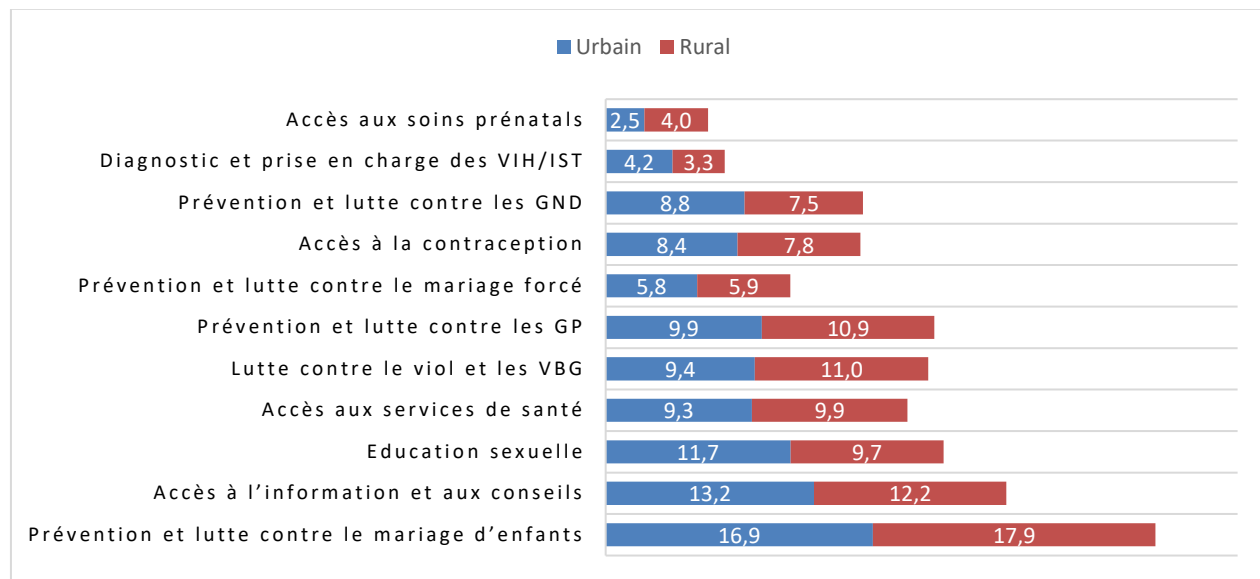
Tableau 6.7 : Classement des besoins prioritaires globalement, selon le sexe et le milieu de résidence

Rang	Total	Femmes	Hommes
1	Prévention et lutte contre le mariage d'enfants	Prévention et lutte contre le mariage d'enfants	Prévention et lutte contre le mariage d'enfants
2	Accès à l'information et aux conseils	Accès à l'information et aux conseils	Accès à l'information et aux conseils
3	Prévention et lutte contre les GP	Prévention et lutte contre les GP	Education sexuelle
4	Education sexuelle	Lutte contre le viol et les VBG	Accès aux services de santé
5	Lutte contre le viol et les VBG	Education sexuelle	Prévention et lutte contre les GP
6	Accès aux services de santé	Accès aux services de santé	Lutte contre le viol et les VBG
7	Accès à la contraception	Prévention et lutte contre les GND	Accès à la contraception
8	Prévention et lutte contre les GND	Accès à la contraception	Prévention et lutte contre les GND
9	Prévention et lutte contre le mariage forcé	Prévention et lutte contre le mariage forcé	Prévention et lutte contre le mariage forcé
10	Diagnostic et prise en charge des VIH/IST	Diagnostic et prise en charge des VIH/IST	Diagnostic et prise en charge des VIH/IST
11	Accès aux soins prénatals	Accès aux soins prénatals	Accès aux soins prénatals

6.5.2. Les besoins prioritaires selon le milieu de résidence

Les thèmes « Prévention et lutte contre le mariage d'enfants », et « Accès à l'information et aux conseils » sont les deux premiers besoins prioritaires en milieux urbain (respectivement 16,91% et 13,19%), et rural (17,89% ; 12,17%). Le thème « Education sexuelle » est le troisième besoin prioritaire en milieu urbain (11,7%). Le thème « Lutte contre le viol et les VBG » est le troisième besoin prioritaire en milieu rural (10,98%). Le thème « Prévention et lutte contre les GP » est le quatrième besoin prioritaire en milieux urbain (9,89%) et rural (10,92%).

Graphique 6.25 : Pourcentage d'adolescents et jeunes filles par besoin prioritaire en SSRAJ cité selon le milieu de résidence



Le classement final, de l'effectif total par sexe et selon le milieu de résidence, des thèmes indiqués comme besoins prioritaires en matière de SSRAJ, est dans le tableau 6.8.

Tableau 6.8 : Classement des besoins prioritaires globalement, selon le sexe et le milieu de résidence

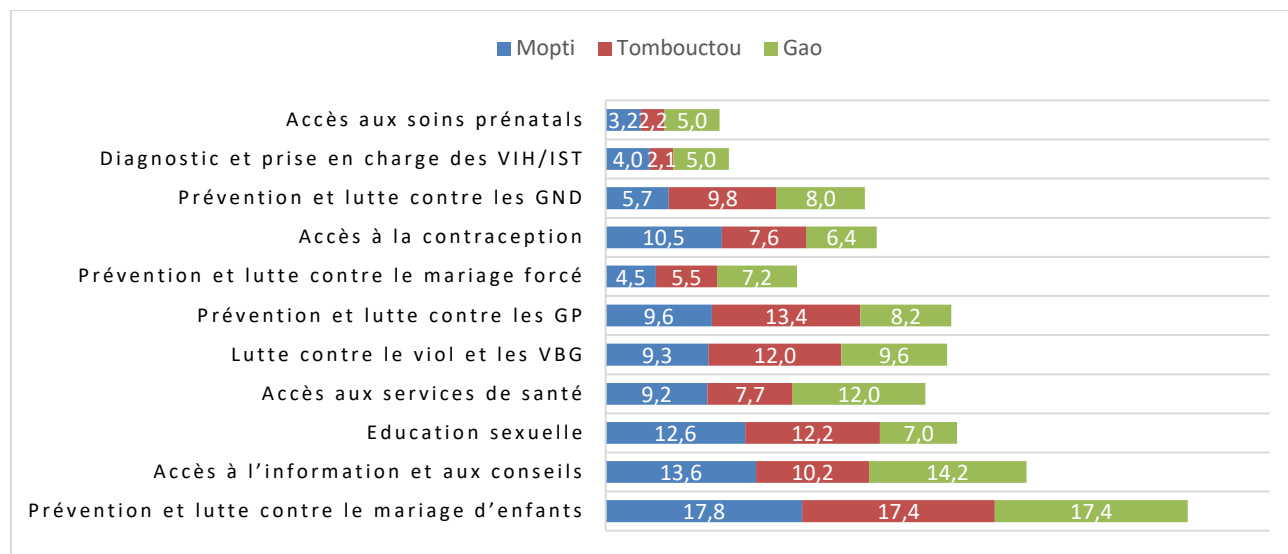
Rang	Urbain	Rural
1	Prévention et lutte contre le mariage d'enfants	Prévention et lutte contre le mariage d'enfants
2	Accès à l'information et aux conseils	Accès à l'information et aux conseils
3	Education sexuelle	Lutte contre le viol et les VBG
4	Prévention et lutte contre les GP	Prévention et lutte contre les GP
5	Lutte contre le viol et les VBG	Accès aux services de santé
6	Lutte contre le viol et les VBG	Education sexuelle
7	Prévention et lutte contre les GND	Accès à la contraception
8	Accès à la contraception	Prévention et lutte contre les GND
9	Prévention et lutte contre le mariage forcé	Prévention et lutte contre le mariage forcé
10	Diagnostic et prise en charge des VIH/IST	Accès aux soins prénatals
11	Accès aux soins prénatals	Diagnostic et prise en charge des VIH/IST

6.5.3. Les besoins prioritaires selon les régions

Le thème « Prévention et lutte contre le mariage d'enfants » est le premier besoin prioritaire en dans les régions de Mopti (17,76%), Tombouctou (17,42%) et Gao (17,41%). Le thème « Accès à l'information et aux conseils » est le deuxième besoin prioritaire à Mopti (13,6%) et à Gao (14,24%). Le thème « Prévention et lutte contre les GP » est le deuxième besoin prioritaire à Tombouctou (13,42%). Le thème « Education sexuelle » est le troisième besoin prioritaire à Mopti (12,61%) et à Tombouctou (12,18%). Le thème « Accès aux services de santé » est le troisième

besoin prioritaire à Gao (12%). Le thème « Lutte contre le viol et les VBG » est le quatrième besoin prioritaire à Tombouctou (11,95%) et à Gao (9,59%). Le thème « Accès à la contraception » est le quatrième besoin prioritaire à Mopti (10,49%).

Graphique 6.26 : Pourcentage d'adolescents et jeunes filles par besoin prioritaire en SSRAJ cité selon la région



Le classement final, par Région, des thèmes indiqués comme besoins prioritaires en matière de SSRAJ, est dans le tableau 6.9.

Tableau 6.9 : Classement des besoins prioritaires par Région

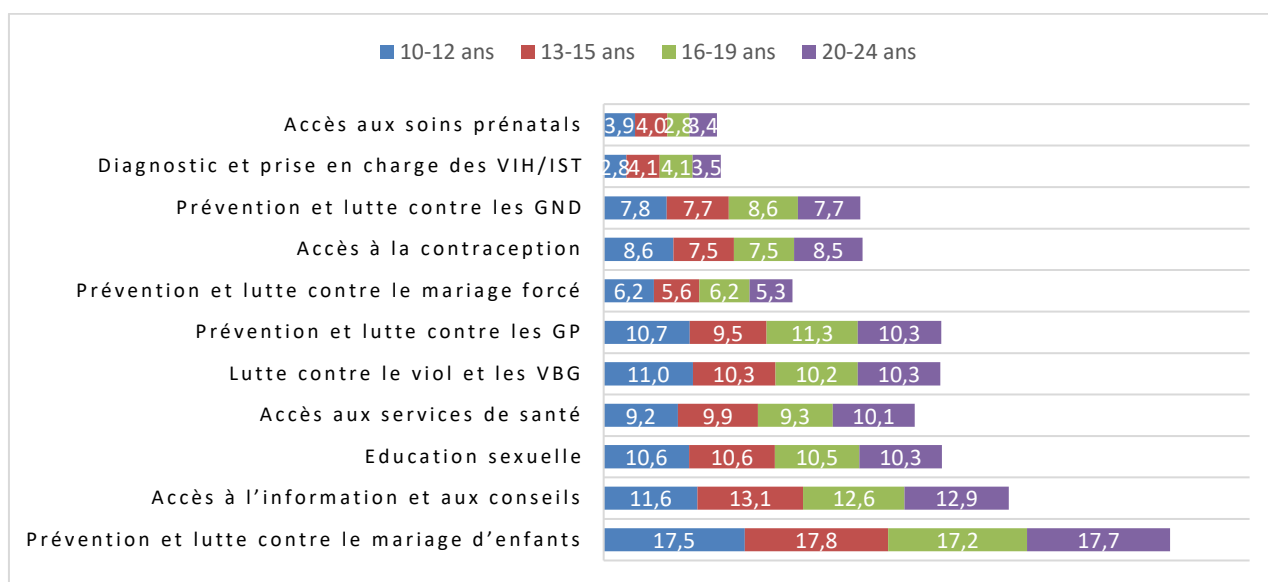
Rang	Mopti	Tombouctou	Gao
1	Prévention et lutte contre le mariage d'enfants	Prévention et lutte contre le mariage d'enfants	Prévention et lutte contre le mariage d'enfants
2	Accès à l'information et aux conseils	Prévention et lutte contre les GP	Accès à l'information et aux conseils
3	Education sexuelle	Education sexuelle	Accès aux services de santé
4	Accès à la contraception	Lutte contre le viol et les VBG	Lutte contre le viol et les VBG
5	Prévention et lutte contre les GP	Prévention et lutte contre les GND	Prévention et lutte contre les GP
6	Lutte contre le viol et les VBG	Accès à l'information et aux conseils	Prévention et lutte contre les GND
7	Accès aux services de santé	Accès aux services de santé	Prévention et lutte contre le mariage forcé
8	Prévention et lutte contre les GND	Accès à la contraception	Education sexuelle
9	Prévention et lutte contre le mariage forcé	Prévention et lutte contre le mariage forcé	Accès à la contraception

10	Diagnostic et prise en charge des VIH/IST	Accès aux soins prénatals	Diagnostic et prise en charge des VIH/IST
11	Accès aux soins prénatals	Diagnostic et prise en charge des VIH/IST	Accès aux soins prénatals

6.5.4. Les besoins prioritaires selon les tranches d'âge

Les thèmes « Prévention et lutte contre le mariage d'enfants », et « Accès à l'information et aux conseils » sont les deux premiers besoins prioritaires chez tous les groupes d'âge. Le thème « Lutte contre le viol et les VBG » est le troisième besoin prioritaire chez adolescent(e)s et jeunes de 10 à 12 ans (11,04%). Le thème « Education sexuelle » est le troisième besoin prioritaire chez adolescent(e)s et jeunes de 13 à 15 ans (10,6%). Le thème « Prévention et lutte contre les GP » est le troisième besoin prioritaire chez les adolescents(e)s et jeunes de 16 à 19 ans (11,3%) et de 20 à 24 ans (10,3%).

Graphique 6.27 : Pourcentage d'adolescents et jeunes filles par besoin prioritaire en SSRAJ cité selon la tranche d'âges



Le classement final, selon les tranches d'âge, des thèmes indiqués comme besoins prioritaires en matière de SSRAJ, est dans le tableau 6.10.

Tableau 6.10 : Classement des besoins prioritaires selon les tranches d'âge

Rang	10-12 ans	13-15 ans	16-19 ans	20-24 ans
1	Prévention et lutte contre le mariage d'enfants	Prévention et lutte contre le mariage d'enfants	Prévention et lutte contre le mariage d'enfants	Prévention et lutte contre le mariage d'enfants
2	Accès à l'information et aux conseils	Accès à l'information et aux conseils	Accès à l'information et aux conseils	Accès à l'information et aux conseils
3	Lutte contre le viol et les VBG	Education sexuelle	Prévention et lutte contre les GP	Prévention et lutte contre les GP
4	Prévention et lutte contre les GP	Lutte contre le viol et les VBG	Education sexuelle	Education sexuelle
5	Education sexuelle	Accès aux services de santé	Lutte contre le viol et les VBG	Lutte contre le viol et les VBG
6	Accès aux services de santé	Prévention et lutte contre les GP	Accès aux services de santé	Accès aux services de santé
7	Accès à la contraception	Prévention et lutte contre les GND	Prévention et lutte contre les GND	Accès à la contraception
8	Prévention et lutte contre les GND	Accès à la contraception	Accès à la contraception	Prévention et lutte contre les GND
9	Prévention et lutte contre le mariage forcé	Prévention et lutte contre le mariage forcé	Prévention et lutte contre le mariage forcé	Prévention et lutte contre le mariage forcé
10	Accès aux soins prénatals	Diagnostic et prise en charge des VIH/IST	Diagnostic et prise en charge des VIH/IST	Diagnostic et prise en charge des VIH/IST
11	Diagnostic et prise en charge des VIH/IST	Accès aux soins prénatals	Accès aux soins prénatals	Accès aux soins prénatals

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7.1. Conclusion

Cette étude sur la cartographie des priorités en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes dans les zones de crise humanitaire a concerné les jeunes et adolescents de 10 à 24 ans, et les acteurs qui travaillent dans le cadre de la promotion de la SSRAJ dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao.

L'étude a permis de faire un état des lieux des besoins en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes par zones dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao ; d'identifier, de prioriser les besoins par zone, par tranche d'âges, par sexe et par milieu de résidence. Les spécificités régionales ont été ressorties. La cartographie des interventions et des intervenants en matière de SSRAJ a été réalisée dans les zones couvertes par l'étude. Les effets de la crise humanitaire sur les VBG, l'accès aux services et aux produits de la SR/PF, dans les zones concernées par l'étude, ont été cernés et analysés.

Les informations obtenues et développées dans le cadre de cette étude permettent d'aider les différents acteurs impliqués dans les questions de SSRAJ à une meilleure planification des interventions dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao. En définitive, on peut retenir les principales conclusions ci-dessous :

- au Mali, avec l'implication de plusieurs ministères sectoriels, la promotion du secteur de la SSRAJ constitue un enjeu majeur du développement économique et social du pays. Le pays a adopté de nombreux textes législatifs et réglementaires et a ratifié les conventions internationales en lien avec le développement de la SSRAJ. Le pays a également élaboré et mis en œuvre des politiques, des stratégies et des programmes pour la promotion de la SSRAJ ;
- il y a toutefois de nombreuses difficultés dans l'application des textes et la fourniture de services SSR dans les zones concernées par cette étude, à cause de la crise humanitaire. Les services de santé ne sont pas à mesure de fonctionner convenablement dans plusieurs localités ;
- la crise humanitaire a eu un effet négatif sur l'accès des produits et services de SSR. Elle a aussi négativement impacté sur les VBG, avec des familles disloquées, ce qui rend les adolescentes et les jeunes filles plus vulnérables aux VBG et aux mariages d'enfants, précoces et forcés ;
- le secteur privé est développé dans les régions concernées en matière de SSRAJ. Un nombre important d'ONG (nationales et internationales), de PTF et d'associations de la société civile sont impliquées dans les activités de promotion de la SSRAJ dans les régions couvertes par l'étude.
- pour une majorité de répondantes de l'étude qui ont été enceintes, les soins prénatals sont plutôt de bonne ou de passable qualité et les services de santé accompagnent convenablement les femmes en grossesse ;

- les mariages et grossesses précoces sont fréquents. Des efforts doivent être consentis pour l'information et de la sensibilisation sur la SSR auprès des jeunes et des adolescents. Le financement du secteur SSRAJ est insuffisant. Les adolescents et les jeunes n'ont pas une bonne connaissance des méthodes contraceptives. Peu de jeunes prennent les précautions pour la prévention des IST et du VIH. Les services dédiés aux adolescents et jeunes sont insuffisants dans les centres de santé.
- Peu de répondants célibataires de l'étude ont des rapports sexuels protégés. Un peu plus de la moitié des répondants, dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao, avaient déclaré avoir connaissance du cycle menstruel. Très peu de répondants des trois régions ont déclaré avoir au moins une fois utilisé une méthode contraceptive.
- Très peu de répondants, dans les trois régions, étaient au courant de l'existence de services adaptés aux adolescents et aux jeunes.
- Les méthodes de la contraception les plus connues et les plus utilisées sont les préservatifs et les implants. Cependant, peu de personnes utilisent les préservatifs pour se protéger du VIH et d'autres infections sexuelles transmissibles. Pour tous les répondants, les centres de santé, les amis et la mère sont les lieux les plus connus pour obtenir la contraception et les informations. Mais, les centres de santé sont peu fréquentés pour les informations sur la contraception.
- Les répondants préfèrent, en majorité, obtenir l'information sur la contraception auprès d'un membre de la famille, particulièrement de la mère, puis des amis et des centres de santé. Ils ont indiqué les principaux besoins prioritaires suivants :
 1. prévention et lutte contre le mariage d'enfants ;
 2. accès à l'information et aux conseils ;
 3. prévention et lutte contre les GP ;
 4. éducation sexuelle ;
 5. lutte contre le viol et les VBG ;
 6. accès aux services de santé.

7.2. Recommandations

Compte tenu des analyses développées dans cette étude et des problèmes qui sont communs aux régions de Mopti, Tombouctou et Gao, les recommandations suivantes sont formulées pour toutes ces trois régions à l'endroit des décideurs, partenaires techniques et financiers et aux organisations de la société civile.

1. Renforcer la prévention et la lutte contre les mariages d'enfants dans un contexte de crise humanitaire et post crise

Le mariage d'enfants est considéré comme le premier besoin prioritaire pour les répondants dans toutes les régions de l'étude, chez les filles comme les garçons interrogés, ainsi que pour toutes les tranches d'âge et les milieux de résidence.

Il est particulièrement essentiel d'agir sur la prévention en luttant contre la pauvreté, tout en impliquant les parties prenantes. Des stratégies pour un système éducatif approprié doivent être conçues pour les zones d'insécurité.

Des campagnes de sensibilisation doivent être menées à tous les niveaux, y compris au niveau des populations déplacées, sur les conséquences néfastes du mariage d'enfants et des grossesses précoces.

Des renforcements de capacité doivent être développés au niveau des acteurs communautaires (leaders religieux et coutumiers, agents de santé, associations de jeunesse, enseignants,...) sur les effets négatifs du mariage d'enfants.

Il convient aussi d'appliquer et de faire appliquer les lois et politiques déjà existantes en matière de SSRAJ et légiférer là où il existe des vides juridiques. Les cadres juridiques et politiques sont à renforcer pour s'assurer que toutes les filles terminent avec succès l'école fondamentale.

2. Elaborer et mettre en œuvre des stratégies de sensibilisation et d'information sur la SSR adaptées au contexte de crise humanitaire et post crise

La sensibilisation et l'information sur la SSR sont difficiles dans le contexte de crise. Particulièrement, à cause de l'hostilité des groupes terroristes à la PF.

Il est essentiel de développer des programmes de sensibilisation au niveau des médias (radio, télévision et journaux, réseaux sociaux et Internet) en langues locales. Ces campagnes de sensibilisation et d'information contre la stigmatisation sociale des jeunes femmes et adolescentes célibataires à la recherche de planification familiale doivent être développées à tous les niveaux, y compris au niveau des populations déplacées et dans les zones d'insécurité.

Les parties prenantes doivent être sensibilisées aux problèmes de SSR, et plus spécifiquement au cycle menstruel, aux IST et à la contraception, ce qui implique la prise de mesures pour dissiper les préjugés et les fausses suppositions.

Il est important que les prestataires des structures de santé contribuent à sensibiliser et à fournir les informations complètes aux adolescents et jeunes. Les capacités des prestataires de services de SSR doivent aussi être régulièrement renforcées en stratégies de sensibilisation.

La sensibilisation et l'information doivent être portées par les adolescents et jeunes, les leaders religieux et coutumiers.

Pour la majorité des adolescents et des jeunes qui ont participé à cette étude, leur source préférée pour obtenir les informations sur la contraception est la mère. Cela démontre clairement que les interventions doivent impliquer les mères en tant que sources précieuses d'informations fiables en matière de SSR pour les adolescents et les jeunes.

Il convient de mettre en œuvre des stratégies de renforcement des capacités, en matière de SSRAJ, destinées aux mères pour échanger ouvertement avec leurs enfants sur les questions liées à la SSRAJ.

Compte tenu de la méconnaissance des textes, il est essentiel de disséminer les engagements de l'Etat sur la SSRAJ au niveau de tous les acteurs. En particulier, il faudra diffuser et vulgariser les textes au niveau des écoles et instituts de formation judiciaire, paramédicale et médicale.

La sensibilisation doit aussi être faite, afin que l'Etat élabore et signe le décret d'application de la loi sur la santé de la reproduction, en tenant compte des besoins prioritaires des adolescents et des jeunes dans les zones de crise humanitaire. Les textes discriminatoires à l'égard des filles devront être abrogés.

Il faudra aussi encourager les communautés à discuter des normes sociales qui influent sur leurs décisions. Cela passe par le développement de stratégies de collaboration avec les leaders religieux pour leur implication dans la promotion de la SSRAJ et la promotion du dialogue intergénérationnel pour la promotion des droits reproductifs des ados et jeunes.

Il est essentiel d'impulser la participation active des jeunes, à travers la mise en œuvre des initiatives de promotion de la SSRAJ et développer des stratégies d'intervention adaptées à la crise sécuritaire permettant d'assurer la continuité de l'offre de services SR/PF et VBG.

3. Construire des services de santé dans toutes les localités et les doter de matériels appropriés, particulièrement en services et produits de SSRAJ

Il a été établi dans cette étude que la crise humanitaire a eu pour effet un accès limité aux services de SSR de base dans toutes les régions concernées. Des structures sanitaires ont été détruites ou ne sont pas fonctionnelles. La situation précaire des services de santé dans les zones d'insécurité entraîne l'inaccessibilité aux soins prénatals et postnatals de qualité. Les fournitures de santé, y compris les médicaments et les équipements, sont très insuffisantes.

Il faudra donc investir dans la construction de services de santé et réhabiliter les structures détruites. Il faudra également les doter en matériels et en médicament. Les centres doivent avoir des services dédiés aux adolescents et aux jeunes, particulièrement en zones rurales. Des efforts doivent être consentis pour la disponibilité des contraceptifs et d'autres produits de SSRAJ. Les lieux des services doivent être proches des lieux de résidence des adolescents et des jeunes.

Il convient également de mettre en place des services adaptés aux besoins spécifiques des adolescentes et jeunes enceintes/mariées, compte tenu des mariages d'enfants fréquents dans les régions couvertes par cette étude.

Les compétences des prestataires des centres de santé doivent être renforcés, particulièrement en matière de SSRAJ, afin de combattre les préjugés, et les rendre plus aptes à donner des conseils, à mieux orienter, à garantir l'intimité et à mieux répondre aux besoins des adolescents et des jeunes.

Il faudra également renforcer les capacités des agents de santé communautaires et les maternités rurales sur la SSRAJ et développer des stratégies d'autonomisation financière des jeunes, afin d'accéder facilement aux services SR/PF sans contrainte.

Des mesures doivent être prises pour que les produits de la contraception soient gratuits. Les adolescents et les jeunes des zones de crise humanitaire ont très peu de moyens pour se les procurer ces produits.

4. Promouvoir l'éducation à la santé de la reproduction en milieu scolaire et communautaire

Il faudra une éducation à la santé de la reproduction en milieu scolaire et communautaire pour enseigner aux adolescents et jeunes (filles et garçons) comment se connaître et protéger leur santé et contrer les informations erronées. Cela passe par le développement des programmes scolaires sur la SSR, le renforcement des capacités des enseignants et des parents. Il faudra également assurer le suivi des initiatives de promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes.⁸

5. Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de lutte contre les VBG, adoptée au contexte de crise humanitaire et post crise

Les entretiens avec les acteurs lors de cette étude ont indiqué que les cas de VBG s'aggravent avec la crise humanitaire.

Il faudra garantir des milieux éducatifs sûrs et favorables aux filles. Il faudra veiller à ce que les élèves enceintes, mères ou mariées puissent poursuivre leurs études sans entraves. Les politiques du système éducatif malien doivent mettre en place un cycle complet de l'enseignement fondamental dans toutes les localités, afin d'éviter les changements de localité qui sont préjudiciables aux filles et qui constituent des motifs d'abandon scolaire et de VBG.

Les adolescents et les jeunes doivent être sensibilisés aux services de prise en charge des survivants de VBG et leur accès à ces services doit être facilité.

6. Octroyer un financement adéquat aux services de SSRAJ

Il faudra accroître le financement en vue d'assurer la prestation de services de qualité. Le financement doit aussi concerner l'aide humanitaire de manière à répondre aux besoins des adolescentes et des jeunes dans les localités d'insécurité.

Il est important que le gouvernement et ses partenaires investissent davantage de ressources dans la SSRAJ et à prêter explicitement attention aux inégalités entre les sexes et les milieux (rural et urbain) et de tenir compte des zones de crise humanitaire, afin de mettre en place des politiques, programmes et services ciblés requis. Cela impose d'accroître, en quantité et en qualité, les services dans les centres dédiés à la SSRAJ, particulièrement dans les zones de crise humanitaire. Il convient également d'augmenter le nombre de prestataires qualifiés qui offrent des services SSR aux adolescents et aux jeunes.

Le financement doit être adéquat dans toutes les structures impliquées dans la SSRAJ, afin de s'assurer que les politiques, les programmes et les plans atteignent les objectifs fixés. Il faudra une bonne planification et une gestion rigoureuse des ressources allouées à ces structures.

Le Mali devra aussi solliciter ses partenaires dans la recherche de financement pour la mise en œuvre des politiques, des stratégies et programmes relatifs à la SSRAJ.

7. Elargir cette étude sur les besoins prioritaires des adolescents et des jeunes aux autres régions et des cercles du Mali en intégrant les autres problématiques des jeunes (consommation des stupéfiants, avortements clandestins, délinquance sexuelle) et publier les résultats

Cette étude sur la cartographie des besoins prioritaires en matière de SSRAJ dans les zones de crise humanitaire devra s'étendre dans toutes les régions du Mali, particulièrement dans d'autres zones de crise humanitaire telles que Douentza, Bandiagara et Ségou etc.. Cela permettra d'avoir une vue d'ensemble et de mieux planifier les interventions pour la promotion de la SSRAJ au Mali.

Il faudra réaliser l'identification des besoins prioritaires en matière de SSRAJ dans les cercles, en utilisant la méthode d'estimation des petits domaines « small area estimation », dès que toutes les informations du cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) sont validées et disponibles pour tous les cercles du nouveau découpage administratif (voir loi No 2023-006).

Dans les prochaines études, il est important de prendre en compte les autres problématiques des jeunes liées à la SR et la VBG (consommation des stupéfiants, avortements clandestins, la délinquance sexuelle...). Il faudra élaborer et mettre en œuvre une feuille de route de dissémination des résultats de ces études à l'endroit de tous les acteurs aux niveaux régional et local.

Par ailleurs, une étude de ce genre exige un travail de recherche plus approfondi et de longue haleine. Il faudra donc développer des coopérations avec les universités et les centres de recherche et stimuler l'intérêt des scientifiques envers les questions relatives à la SSRAJ.

8. Développer une approche de coordination, de coopération et de bonne volonté entre les acteurs impliqués dans la SSRAJ

Les différents services publics déconcentrés (santé, développement social, population, femme, enfant, famille, éducation, sécurité, justice, jeunesse), les ONG, les OSC, le secteur privé et les PTF impliqués dans la SSRAJ doivent travailler en synergie pour faire face aux besoins prioritaires identifiés dans le cadre de cette étude.

Il convient donc de renforcer les cadres existants de concertation et de mettre en place un dispositif efficace de coordination des actions en faveur de la SSRAJ.

Il faudra aussi un cadre de collecte régulière d'informations, de suivi/supervision de la mise en œuvre des décisions en matière de SSRAJ.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abdramane Assadou MAIGA, Kaoudo Tangara ; Projet Appui Budgétaire Sectoriel en Santé Sexuelle et Reproductive (ABS-SSR), 2019-2021 ; Rapport d’Evaluation Finale ;
2. Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l’UNFPA novembre 2017
3. Bréhima Beridogo; « étude sur les violences faites aux femmes », 2002. MPFEF
4. Bulletin 383. Development Policy & Practice. Réaliser le transfert de compétences dans le domaine de la santé : L’expérience de Koulikoro au Mali. MS/CADD : Mamadou Konaté, Brahim Koné, Idrissa Camara, Soumaïla Keita. DRS Koulikoro : Seïbou Guindo, Mamadou Sory Keita. SNV Mali : Dramane Dao, Boubacar Dicko. Sous la direction d’Elsbet Lodenstein et Thea Hilhorst
5. Décret 2021-0474/PT-RM du 26 juillet 2021 fixant les attributions spécifiques des membres du gouvernement
6. Direction Nationale de la Population (DNP) 2020 ; Étude diagnostique des structures et acteurs producteurs de données sur les Violences Basées sur le Genre (VBG), les Pratiques Traditionnelles Néfastes (PTN) et la Santé Reproductive (SR) dans les zones d’intervention du programme « Initiative SPOTLIGHT »: Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et le District de Bamako.
7. Direction Nationale de la Population (DNP) 2021 ; Etude sur les priorités en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes dans la région de Sikasso
8. Division de la Planification Familiale ; Direction Générale de la Santé et de l’Hygiène Publique ; Sous-Direction de la Santé de la Reproduction du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales ; Plan d’Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali 2019-2023, du Mali 2019.
9. Données démographiques de la DNP
10. Ebenezer International 2022. Cartographie des initiatives de plaidoyer financées dans le domaine des droits à la sante sexuelle et reproductive en Guinée, au Mali, au Niger et au Sénégal
11. Ebenezer International 2022 ; Analyse de l’économie politique du secteur DSSR au Mali
12. Ebenezer International 2022; Cartographie des principaux canaux de financement des DSSR au Mali, en Guinée, au Niger et au Sénégal

13. Formation des parents sur la communication avec les enfants, adolescent(e)s et jeunes en matière de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR). http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/PLAN_DE_COURS.pdf
14. Hipp L., Kohler U. & Leumann, S. (2019). How to Implement Respondent-Driven Sampling in Practice: Insights from Surveying 24-Hour Migrant Home Care Workers. *Survey Methods: Insights from the Field*. Retrieved from <https://surveyinsights.org/?p=12000>
15. Institut National de la Statistique (INSTAT) Bamako, Mali ; Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) Bamako, Mali ; The DHS Program ICF Rockville, Maryland, USA. Enquête Démographique et de Santé. Août 2019
16. Institut national de la statistique (INSTAT) : Rapport d'analyse deuxième passage (avril-juin 2022) de l'enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP) ; Octobre 2022
17. International Centre for Reproductive Health-Kenya (ICRHK) & PMA Agile. Nairobi Youth Respondent-Driven Sampling Survey: Final Report. 2020. Performance Monitoring for Action Technical Report. Baltimore, Maryland, USA: Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health
18. John N, Casey SE, Carino G, McGovern T. Lessons Never Learned: Crisis and gender-based violence. *Dev World Bioeth*. 2020 Jun;20(2):65-68. doi: 10.1111/dewb.12261. Epub 2020 Apr 12. PMID: 32267607; PMCID: PMC7262171.
19. Leçons tirées du premier cycle de l'examen périodique universel. Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction : des engagements à l'action. UNFPA
20. Léon TABAH ; Les Conférences mondiales sur la population ; Bulletin Mensuel d'Information de l'Institut National d'Études Démographiques. Mai 1994 ; Numéro 290. Populations et Sociétés
21. Ministère de l'éducation, SCOFI. Politique Nationale de la Scolarisation des Filles
22. Ministère de l'Urbanisme, de l'Habitat, des Domaines, de l'Aménagement du Territoire et de la Population ; Direction Nationale de l'Aménagement du Territoire : Recueil cartographique des outils de planification spatiale ; 2024.

23. Ministère de la Jeunesse et des Sports 2021. Rapport de l'analyse de la situation de la jeunesse et évaluation de la politique-cadre de développement de la jeunesse (PCDJ) de 2012
24. Ministère de la Santé et du Développement Social ; Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS-SSDSPF)
25. Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique ; Ministre du Travail et des Affaires Sociales et Humanitaire ; Ministre de la Promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant, 2014. Plan Décennal de Développement Sanitaire Social (PDDSS) 2014-2023 du Mali
26. Plan d'action national de planification familiale du Mali 2014-2018. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. République du Mali
27. Plan d'action national de planification familiale du Mali 2014-2018. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. République du Mali
28. Programme National de Lutte pour l'abandon de la pratique de l'excision : Politique et Plan d'Action en faveur de l'abandon de la pratique de l'excision.
29. Rapport du Mali. Mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (1995) et des textes issus de la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale (2000). Dans le contexte du vingtième anniversaire de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes. Et de l'adoption de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing en 2015. Bamako, Juin 2014
30. Rapport statistique GBVIMS-Trimestriel III ; Juillet – Septembre -2023
31. Recueil des instruments juridiques régionaux et internationaux relatifs à l'éducation des filles et des femmes ; mai 2020 ; Union africaine
32. Salganik MJ. Variance estimates, design effects and sample size calculations for respondent-driven sampling. Journal of Urban Health, 2006, 83(Suppl. 7):98–112.
33. Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescent·e·s au Mali. Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA : novembre 2017
34. Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescent·e·s au Mali
35. Sarah Vilpert, « De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas ». Université de Genève. Janvier 2008. Faculté des Sciences Economiques et Sociales. Laboratoire de démographie et d'études familiales. Mémoire de maîtrise

36. WHO (2013) Introduction to HIV/AIDS and sexually transmitted infection surveillance Module 4: Introduction to respondent-driven sampling: Regional Office for the Eastern Mediterranean.
37. Yaya Coulibaly, et al. « Rapport de Quantification des produits de la planification familiale pour la période de 2015 à 2018 »
38. <http://bamada.net/planification-familiale-des-jeunes-une-campagne-pour-mieux-sensibiliser>
39. <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
40. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/116864/EMRPUB_2013_EN_1539.pdf?sequence=1&isAllowed=y
41. https://unctad.org/meetings/fr/SessionalDocuments/ares70d1_fr.pdf
42. <https://www.amnesty.org/download/Documents/96000/ior630052004fr.pdf>
43. <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>

ANNEXES

Annexe 1 : Personnel de l'étude

COORDINATION NATIONALE

Dr Sékou Amadou TRAORE, Directeur national de la Population Sortant

M. Ishaga COULIBALY, Directeur national de la Population

SUPERVISION NATIONALE

Dr. Balkissa YATTARA, Chef de Division Etudes et Recherche, DNP

M. Djanguiné CAMARA, Chef de Section Socio-Démographie et Culture, DNP

Mme TRAORE Aïssata TRAORE, Chef de Section Démo-Economie, DNP

CONSULTANT

Dr Fadoulourahmane Seydou, Consultant

GESTION FINANCIERE

M. Ousmane DEMBELE, Comptable-matière, DNP

MEMBRES DU COMITE TECHNIQUE DE PILOTAGE

1. **Dr Sékou Amadou TRAORE**, DNP ;
2. **M. Ishaga COULIBAY**, DNP ;
3. **M. Ahamadou DIALLO**, INSTAT ;
4. **M. Gaoussou DEMBELE**, DNP ;
5. **Mme DIALLO Aminata T. DIARRA**, UNFPA ;
6. **Mme Koura COULIBALY**, ONDD ;
7. **Mme KEITA Ramata MARIKO**, ONASR ;
8. **M. Kalilou DIAWARA**, Projet jeunes ;
9. **Dr SYLLA Balkissa YATTARA**, DNP ;
10. **M. Djanguiné CAMARA**, DNP ;
11. **Mme TRAORE Aïssata TRAORE**, DNP ;
12. **M. Souleymane DIALLO**, DNJ.

Annexe 2 : Termes de référence

Contexte et Justification

Les questions relatives à la santé en général et celles relatives à la santé de la reproduction sont au cœur des enjeux de développement. Cette situation est liée au potentiel de développement que représente les adolescents et les jeunes. Ces derniers représentent plus de la moitié de la population des pays en développement situés en Afrique subsaharienne. Toutefois, cette frange importante de la population évolue dans une situation de vulnérabilité.

La santé des adolescents et jeunes reste marquée par la nécessité de l'affirmation d'une gouvernance orientée sur leurs spécificités. Ils font face à des contraintes sociales et économiques importantes pour accéder à l'information et aux services de SR. Ceci implique souvent un niveau élevé de besoins non satisfaits en matière de contraception, et des conséquences graves telles que la mortalité maternelle, la morbidité, l'incidence du VIH/Sida et des IST.

En dépit des progrès enregistrés, certaines composantes de la santé de la reproduction attirent l'attention. En effet, selon le rapport de l'EDSM VI, 15 % des femmes âgées de 15-49 ans utilisaient une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête. Cette faible utilisation des services de PF est due à différents facteurs dont les plus importants sont le dysfonctionnement de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des produits contraceptifs et la faible qualité, disponibilité et accès aux services et produits de PF, en particulier pour les adolescents, les jeunes et les populations défavorisées du milieu rural. La proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale s'élève à 24 %, besoins orientés dans la majorité des cas vers l'espacement des naissances (17 %). Parmi les naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 5 années ayant précédé l'enquête, 67 % ont eu lieu dans un établissement de santé. À l'opposé, 33 % ont eu lieu à la maison. Dans l'ensemble, 36 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde : 30 % ont eu au moins un enfant et 6 % sont enceintes du premier enfant. Selon l'ONUSIDA, en 2012, les jeunes de 15 à 24 ans représentaient 39 % de l'ensemble des nouveaux cas d'infection par le VIH parmi les personnes adultes).

Les jeunes ne constituent pas un groupe homogène. Certains groupes de jeunes, tels que les adolescents mariés, les jeunes vivant avec le VIH et les jeunes populations clés affectées peuvent affronter des défis distincts. En outre, les besoins des jeunes varient par âge et milieu ; ils peuvent vivre dans des environnements urbains ou ruraux, être à l'école ou pas, vivre dans la rue ou dans des zones affectées par la crise humanitaire.

Le Mali a participé à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994. C'est à cette conférence que les causes des jeunes et adolescentes ont bénéficié d'un regain d'attention ; cette attention découle de la nature spécifique des jeunes et adolescents qui consacre généralement l'initiation à l'activité sexuelle et la vie reproductive d'une part et de nombreux risques et conséquences associés à cette entrée d'autre part.

Après la CIPD, le Mali, à travers le Ministère de la Santé a révisé les Politiques, Normes et Procédures en Santé de la Reproduction (SR) pour tenir compte des nouveaux éléments en matière de SR issus de ladite conférence. Les questions relatives à la santé reproductive sont souvent méconnues du public. Par ailleurs, les sensibilités culturelles et les tabous qui entourent les questions de santé de la reproduction des jeunes et adolescents empêchent souvent à ces couches de s'informer sur la question ; rendant difficile pour les gouvernements de traiter ces questions. Pourtant, la non satisfaction des besoins des jeunes en matière de santé de la reproduction a un

impact considérable sur le développement économique et social du pays. D'énormes efforts ont été consentis par les plus hautes autorités du pays incluant l'élaboration de la nouvelle version de la Politique Nationale de Population et son plan d'actions 2018-2022 par la Direction Nationale de la Population (DNP) en collaboration avec les autres départements impliqués dans les questions de population. Dans cette politique, un accent particulier a été mis sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes conformément aux recommandations de la CIPD en vue d'accélérer la transition démographique pour capturer le dividende démographique ; contribuer à l'atteinte des ODD et ceux de l'agenda 2063 de l'UA.

Depuis 2012, le Mali et plus particulièrement les régions du centre et du Nord (dont Mopti, Tombouctou et Gao) font face à une crise multiforme sans précédent. La poursuite des hostilités dans cette partie du pays a sérieusement éprouvé la population civile, en particulier les femmes et les filles, victimes de la multiplication des formes de violence. Avec comme implications les déplacements massifs de populations et la détérioration des conditions d'existence, cette crise n'est pas sans conséquences directes ou indirectes sur les adolescents et jeunes ; toute chose susceptible de contribuer éventuellement à la dégradation du niveau de certains indicateurs sociodémographiques ; en l'occurrence les questions de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes. L'insécurité persistante dans le nord et le centre du pays continue de poser de sérieux risques de protection pour les civils, de limiter l'accès des populations aux services sociaux de base mais aussi l'accès des humanitaires à ces populations.

Selon l'EDSM, 2018, les régions de Tombouctou, Mopti et Gao, en proie à la situation de crise humanitaire, présentent les plus forts taux de fécondité au Mali (respectivement 7,3, 7,2 et 6,5 enfants par femme en moyenne) et font partie des régions avec les proportions les plus élevées d'adolescents ayant déjà commencé leur vie procréative (respectivement 46%, 30% et 38%).

Ces différents indicateurs cachent de grandes disparités d'une zone à une autre. Il sera difficile de résoudre tous les problèmes de Santé de Reproduction en même temps. Il s'avère donc nécessaire d'identifier les besoins prioritaires par zone, tranches d'âge et par sexe pour orienter la prise de décision basée sur des évidences.

C'est pourquoi, la Direction Nationale de la Population, en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la Population entend réaliser une étude sur la cartographie des priorités en SSR des jeunes et adolescents dans les zones de crise humanitaire (régions de Mopti, Tombouctou et Gao). Le choix des régions de Mopti, Tombouctou et Gao se justifie principalement par leur situation de crise sécuritaire et humanitaire. Ce choix est en outre Guidé par le poids démographique et le niveau des indicateurs de SSRAJ dans ces zones selon les résultats récents (EDS VI, 2018).

Sur le plan démographique, la population des régions de Mopti, de Tombouctou et de Gao, selon l'ancien découpage, s'élevait respectivement à 2.036.209, 674.793 et 542.304 habitants (RGPH 2009). Selon les Projections Démographiques 2010-2035 de la Direction Nationale de la Population, les effectifs de population de ces trois régions se sont multipliés par 1,5 en 14 ans et sont estimés respectivement à 3.124.445 et 1.035.431 et 832.134 habitants en 2023. Les adolescents et jeunes de 15-24 ans représentent 20,5% de la population, et en veillant à ce qu'ils développent des compétences nécessaires pour mener une vie saine, ceci peut avoir un impact majeur sur le développement économique et social mondial.

Il est important de signaler qu'une initiative similaire a été conduite à Sikasso en 2021 (avec l'appui de UNFPA) et une autre est en cours dans les régions de Kayes et Koulikoro dans le cadre du projet SWEDD. La présente étude qui concerne les zones humanitaires s'inscrit dans le cadre du projet humanitaire Danois et sera un outil d'aide à la décision pour identifier les problèmes qui freinent la prise en charge efficiente des besoins des jeunes et adolescents en matière de SSRAJ et mieux orienter les interventions pour une bonne planification du développement dans les zones ciblées.

II. Objectif Général de la consultation :

Cartographier les priorités des adolescents et des jeunes (particulièrement les jeunes filles) en matière de santé sexuelle et reproductive dans les zones de crise humanitaire et particulièrement dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao afin de fournir des informations aidant à une meilleure planification des interventions en faveur de l'amélioration de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes dans les zones de crise humanitaire.

➤ Objectifs spécifiques :

1. Faire un état des lieux des besoins en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes par zone ;
2. Prioriser les besoins en matière de SSR des adolescents et des jeunes par zone, par tranche d'âges et par sexe ;
3. Réaliser une cartographie des interventions et des intervenants en matière de SSRAJ dans les zones couvertes par l'étude ;
4. Faire ressortir les gaps non seulement dans les priorités mais également dans la couverture géographique par les partenaires en lien avec la situation de crise que traverse le Mali ;
5. Procéder à une analyse croisée des différents besoins des jeunes et adolescents par zone de crise humanitaire ; tout en faisant ressortir les spécificités zonales ;
6. Formuler des recommandations pour une meilleure prise en compte des besoins prioritaires des adolescents et jeunes dans les différentes zones des régions d'étude tout en proposant des mesures de cohérence et de complémentarité pour une plus grande efficacité des interventions.

III. Résultats attendus :

A la fin de cette étude il est attendu de la mission du consultant un rapport contenant :

- l'analyse des besoins prioritaires des adolescents et des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive par zone de crise humanitaire ;



- une cartographie des besoins, incluant les intervenants et les interventions en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes par zone (Mopti, Tombouctou et Gao) ;
- des recommandations pour une meilleure prise en compte des besoins prioritaires des adolescents et jeunes vivants dans les zones de crise humanitaire tout en proposant des mesures de cohérence et de complémentarité pour une plus grande efficacité des interventions.

IV. METHODOLOGIE :

Un appel à candidature sera lancé pour le recrutement d'un consultant national pour la réalisation de l'étude. Le consultant retenu élaborera son offre technique qui va retracer la manière dont il compte réaliser l'étude, le chronogramme de travail et une proposition d'offres technique et financière qui seront validés par la DNP. Une approche mixte sera privilégiée avec des volets quantitatif et qualitatif dans la réalisation de l'étude. Le volet quantitatif s'appuiera principalement sur la technique d'estimation sur les petits domaines (Small Area Estimation). Il sera ainsi procédé à une collecte de données pour renseigner les indicateurs de SSRAJ à l'échelle des régions concernées. Les niveaux des indicateurs seront ensuite estimés pour les différents cercles. Le volet qualitatif sera accentué sur la cartographie des interventions et des intervenants, les entretiens semi-structurés et les focus group discussion. Egalement, une analyse documentaire sera effectuée, pour faire un état des lieux de la situation dans les différentes zones. Ainsi, recours sera fait aux données fournies par les enquêtes nationales récentes (EDS, SIS, MICS, EMOP...)

Le consultant recruté élaborera la méthodologie (échantillonnage, cibles, méthodes de collecte...) et les outils de collecte qui seront validés par un comité technique mis en place à cet égard pour statuer sur l'ensemble des documents produits par le consultant. Le comité inclut la DNP, l'UNFPA et d'autres structures et acteurs impliqués dans la gestion des questions de SSRAJ (ONASR, INSTAT, ONDD, DNPFEF, DGS ,...). Il est chargé de valider les différentes phases de mise en œuvre de l'étude et les rapports soumis à son appréciation par le consultant.

Le travail sur le terrain se fera en collaboration avec les DRPSIAP des régions de Mopti, Tombouctou et Gao ; qui assureront le contrôle sur le terrain. L'équipe de la Direction Nationale de la Population assurera la supervision pour une meilleure réussite de la collecte des données sur le terrain.

Un atelier de restitution et de validation des résultats de l'étude sera organisé dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao avec les différents acteurs régionaux et locaux afin de recueillir leurs observations pour finaliser le rapport et disposer d'un document consensuel partagé de tous.

Les participants à l'atelier de restitution et de validation dans les trois (03) régions sont :

Gouvernorats, Préfectures, DRS, DRPFEF, DRPSIAP, CSREF, SLPSIAP, SLPFEF, leaders des jeunes, les services techniques de l'éducation (CAP et Académie, UNFPA et la DNP 6

V. Zones de l'étude

L'étude couvre les zones de crise humanitaire (régions de Mopti, Tombouctou et Gao)

VI- Profil et qualification du consultant

Le consultant doit :

- Avoir un Diplôme de niveau Master /DEA au minimum dans l'un des domaines ci-après : Statistique, Démographie, Santé Publique ; Epidémiologie, Economie sociologie.
- Avoir une expertise avérée (minimum 5 ans) en matière d'études et de recherche dans le domaine Population et Développement (Statistique/Démographie, Santé Publique, Analyste des données quantitatives ou domaine connexe pertinent).
- Justifier de la capacité à appliquer la méthode d'estimation sur les petits domaines « Small area estimation ».
- Avoir réalisé au moins deux études de nature et de complexité similaires.
- Disposer de capacités rédactionnelles en français prouvées par la production scientifiques et ou d'élaboration des documents de politiques, de stratégies etc.
- Avoir une bonne connaissance des logiciels de traitement et d'analyse des données qualitatives et quantitatives

VII. Mandat du Consultant

La mission du consultant devra permettre à la DNP de disposer d'outils probants de planification pour orienter les décideurs dans la prise de décisions.

A cet effet les prestations suivantes sont attendues :

Elaboration et validation de la note méthodologique et des outils de collecte avec le comité technique de pilotage de l'étude mis en place ;

- Faire un état des lieux des documents sur la SRAJ des différentes localités (Mopti, Tombouctou et Gao) ;
- Identifier les besoins en Santé Sexuelle et Reproductive des jeunes et adolescents dans les zones de crise humanitaire ;
- Faire une cartographie des interventions et des intervenants dans les différentes zones de l'étude (y compris par cercle)
- Faire une analyse approfondie des besoins répertoriés par zone, tranche d'âge et par sexe ;
- Prioriser les besoins des adolescents (es) et jeunes selon leur degré d'importance par zone ;
- Cartographier l'ensemble des besoins prioritaires par zone ;
- Proposer des pistes de recommandations pour la satisfaction des besoins exprimés par les jeunes et adolescents des différentes zones de crise humanitaire ;

- Présenter le premier draft du rapport au comité technique de pilotage de l'étude mis en place par la Direction Nationale de la Population ;
- Prendre en compte les observations et recommandations du comité technique de pilotage de l'étude ;
- Présenter les résultats de l'étude à l'atelier de restitution et de validation nationale de l'étude ;
- Présenter les résultats de l'étude aux ateliers de restitution et de validation de l'étude dans les régions de Mopti, Tombouctou et Gao ;
- Prise en compte des observations recommandations formulées par les acteurs régionaux et locaux lors des ateliers de restitution et de validation ;
- Produire le rapport définitif tenant compte des observations faites sur le rapport provisoire qui sera déposé deux semaines après la notification des observations. Le rapport définitif sera soumis en un (01) exemplaire (document physique) et en support électronique.

VIII. Responsable de l'étude

L'ensemble du processus sera sous la responsabilité de la DNP en collaboration avec l'UNFPA.

IX. Zone de l'étude :

Régions de Mopti, Tombouctou et Gao

X. Durée de l'étude :

Deux mois.

XI. Financement :

L'étude sera financée par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA).

Annexe 2 : Guide pour la collecte des informations sur la cartographie des interventions et des intervenants en matière de SSRAJ

Collecte d'informations pour l'étude sur la cartographie des priorités en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes dans les zones de crise humanitaire (Mopti, Tombouctou et Gao)

N°	Intervenants	Date de création	Domaines d' interventions¹⁸	Cercle	Années d' intervention	Communes d' intervention	Cibles	Partenaires	Effets de la crise humanitaire sur les interventions	Informations supplémentaires
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

¹⁸ Voir les domaines suivants : a) Mariage d'enfants ; b) Accès aux services de santé ; c) Grossesse précoce ; d) Accès à l'information/ ; e) Accès à la contraception ; f) Violence basée sur le genre ; g) Soins prénatals ; h) Grossesse non désirée/ ; i) Mariage forcé ; j) VIH/IST ; j) Autre, à préciser

Annexe 3 : Guide d'entretien pour les discussions en « focus group »

Guide d'entretiens pour les discussions en « focus group » pour l'étude sur la cartographie des priorités en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes dans les zones de crise humanitaire (Mopti, Tombouctou et Gao)

- Région.....
- Cercle.....
- Commune.....
- Enquêteur
- Date.....

Membres du groupe

Prénom et Nom	Age	Sexe	Niveau d'instruction	Religion	Ethnie	Situation matrimoniale

Questions

Thème 1 : Connaissances, attitudes et comportements des adolescents et jeunes

1. Comment obtenez-vous les informations sur la santé sexuelle et reproductive ?
2. Quels sont les services pour la prise en charge des victimes de VBG que vous connaissez ?
3. Avez-vous déjà fréquenté des centres pour avoir les informations sur la SR, la PF et les maladies sexuellement transmissibles ? Lesquels ?
4. Avez-vous déjà fréquenté des centres pour avoir les informations sur les VBG ? lesquels ?
5. Selon vous, en moyenne, à quel âge les adolescents et les jeunes garçons (10-24 ans) commencent les rapports sexuels ?
6. A quel âge ont-ils le premier enfant ?
7. A quel âge se marient-ils ?
8. Quel est l'âge moyen des partenaires ?

Thème 2 : Planification familiale

9. Quels sont les moyens utilisés par les adolescents et jeunes garçons pour que leurs partenaires ne soient pas en grossesse ?
10. Quels sont les moyens utilisés par les adolescentes et jeunes femmes pour ne pas être en grossesse ?
11. Quelles sont les influences qui peuvent conduire les adolescentes et les jeunes filles de la communauté à tomber enceintes ?
12. Quelles sont les méthodes de contraception que vous connaissez ?
13. Quelles sont les méthodes de contraception utilisées par les adolescents et les jeunes ?
14. Quels sont les effets de la crise humanitaire sur l'accès aux produits et aux services de la SR/PF ?
15. Que pense la société de l'utilisation de contraception par les jeunes filles ?

Thème 3 : IST/VIH SIDA

16. Connaissez-vous des infections sexuelles transmissibles ? Lesquelles ?
17. Avez-vous entendu parler du VIH/SIDA ? Y croyez-vous ? Que peut-on faire pour ne pas être infecté ?
18. Que savez-vous sur les préservatifs ? sont-ils mis à la disposition des adolescents et jeunes ? où peut-on les avoir ? les jeunes les utilisent-ils ? Quel est l'impact de la crise sur l'accès aux préservatifs ?
19. Pensez-vous que l'utilisation des préservatifs réduit le plaisir lors des rapports sexuels ?
20. Quel est l'effet de la crise humanitaire sur les cas de VIH-SIDA et des IST ?

Thème 4 : Besoins prioritaires en SSR/PF/VBG

21. Si une fille est victime d'une violence basée sur le genre, comme le viol, que doit-elle faire ? Y a-t-il des services appropriés de prise en charge ?

22. Que doit faire une fille qui a une grossesse non désirée ? Y a-t-il des services appropriés de prise en charge ?
23. Les services sont-ils accessibles en matière de contraception, de soins prénatals, d'accouchement et d'IST ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
24. Les services sont-ils accessibles en matière de VBG ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
25. Les services sont-ils de bonne qualité en matière de contraception, de soins prénatals, d'accouchement, de VBG et d'IST ?
26. Quel est l'effet de la crise humanitaire sur les cas de VBG ?
27. Quels sont les besoins prioritaires en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes dans la région ?
28. Veuillez formuler des propositions pour une meilleure amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes ; ainsi que la lutte contre les VBG dans votre région.

Annexe 4 : Questionnaire Individuel

Questionnaire Individuel

Numéro de fiche /__ / __/ __ /

Date de l'enquête :

Enquêteur :

Région :

Cercle :

Commune :

Type de commune : 1. Urbain __/, 2. Rural __/

A. Identification

A1 : Age : __/

A2. : Statut matrimonial (Veuillez crocher une réponse) :

1	2	3	4	7
Célibataire	Marié (e)	Divorcé(e)	Veuf/Veuve	Autre : A spécifier

Si marié(e), Monogamie __/ ; Polygamie __/

A3 : Niveau d'instruction (Veuillez crocher une réponse) :

1	2	3	4	5
Non alphabétisé	1 ^{er} cycle fond	2 ^e cycle fondamental	Secondaire	Supérieur
6	7	8		
Alphabétisé	Coranique/Medersa	Autre : A spécifier		

A4 : Religion/Culte (Veuillez crocher une réponse) :

1	2	3	4
Islam	Christianisme	Animisme	Autre : A spécifier

A5 : Ethnie (Veuillez crocher une réponse) :

1	2	3	4	5	6	7
Peulh	Bambara	Songhay	Dogon	Bozo	Touareg	Autre : A spécifier

A6 : Profession (Veuillez crocher une réponse) :

1	2	3	4	5	6
Elève/étudiant	Fonctionnaire	Secteur privé	Ménagère	Agriculteur/Éleveur	Autre : A spécifier

A7 : Sexe

M__ / F__

A8 : Nombre d'enfants : /__ /

A9 : Personne vivant avec handicap Oui__ / Non__/. Si Oui, quel type de handicap ?

1. Physique__ / ; 2. Visuel__ / ; 3. Auditif__ / ; 4. Autre, spécifiez__ /

B. Activités sexuelles, mariage et maternité

B1 : 1) A quel âge les jeunes garçons et les adolescents commencent les rapports sexuels ? ____/
Quel est, en général, l'âge des partenaires filles ? ____/

B2 : A quel âge les jeunes filles et les adolescentes commencent les rapports sexuels ? ____/ Quel
est, en général, l'âge des partenaires garçons ? ____/

B3 : Et vous, à quel âge, vous avez eu votre premier rapport sexuel ? Oui, Age /____/ Non, pas
encore eu des rapports sexuels____/

B4 : Votre partenaire avait quel âge ? /____/

B5 : Votre premier rapport sexuel était-il protégé ? Oui____/ Non____/ Ne souhaite pas
répondre____/

B6 : Si vous avez au moins un enfant, à quel âge vous avez eu votre premier enfant : /____/

B7 : Etes-vous, maintenant, dans une relation sexuelle ? Oui____/ Non____/

Si oui,

- a) Vous avez combien de partenaires ? ____/
- b) Vos rapports sexuels sont : 1. Toujours protégés____/ 2. Souvent protégés____/ 3. Jamais
protégés ____/
- c) Quel est l'âge de votre partenaire ? /____/

B8 : Si vous êtes (avez été) marié(e), avez-vous eu des rapports sexuels avant le mariage ?? Oui____/
Non____/ Ne souhaite pas répondre____/

B9 : Pour les femmes, avez-vous été une fois enceinte ? Pour les hommes, votre partenaire a été une
fois en grossesse ? Oui____/ Non____/ Ne souhaite pas répondre ____/

Si oui, combien de fois ? Une fois____/ ; Deux fois____/ ; Trois fois ____/ ; Plus de trois fois____/

Pour la première grossesse :

- a) Vous aviez quel âge ? ____/
- b) La grossesse était-elle désirée ? Oui____/ Non____/
- c) Y a-t-il eu des complications ? Oui____/ Non____/ Quel genre ? ____/
- d) Y a-t-il eu de l'accompagnement des services de santé lors de la grossesse ? Oui____/
Non____/
- e) Les soins prénataux étaient de quelle qualité ? 1. Bonne____/ ; 2. Passable____/ ; 3. Pas bonne
____/

Pour la deuxième grossesse :

- a) Vous aviez quel âge ? ____/
- b) La grossesse était-elle désirée ? Oui____/ Non____/
- c) Y a-t-il eu des complications ? Oui____/ Non____/ Quel genre ? ____/
- d) Y a-t-il eu de l'accompagnement des services de santé lors de la grossesse ? Oui____/
Non____/
- e) Les soins prénataux étaient de quelle qualité ? 1. Bonne____/ ; 2. Passable____/ ; 3. Pas bonne
____/

Pour la troisième grossesse :

- a) Vous aviez quel âge ? ____/

- b) La grossesse était-elle désirée ? Oui___/ Non___/
- c) Y a-t-il eu des complications ? Oui___/ Non___/ Quel genre ? _____/
- d) Y a-t-il eu de l'accompagnement des services de santé lors de la grossesse ? Oui___/ Non___/
- e) Les soins prénataux étaient de quelle qualité ? 1. Bonne___/ ; 2. Passable___/ ; 3. Pas bonne___/

C. Connaissance, utilisation et services de la contraception

C1 : Connaissez-vous le cycle menstruel ? Oui___/ Non___/

C2 : Connaissez-vous les méthodes contraceptives ? Oui___/ Non___/

Si Oui, quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez (vous pouvez crocher plus d'une case) ?

- a. Les Contraceptifs oraux /___/ ;
- b. Les contraceptifs injectables /___/ ;
- c. Les implants /___/ ;
- d. Le dispositif intra-utérin (DIU) /___/ ;
- e. Les préservatifs masculins /___/ ;
- f. Les préservatifs féminins /___/ ;
- g. Le collier /___/ ;
- h. Autre à spécifier /_____/

C3 : Avez-vous une fois utilisé une méthode contraceptive ? Oui___/ Non___/

- a) Si oui, laquelle
 - ✓ Les Contraceptifs oraux /___/ ;
 - ✓ Les contraceptifs injectables /___/ ;
 - ✓ Les implants /___/ ;
 - ✓ Le dispositif intra-utérin (DIU) /___/ ;
 - ✓ Les préservatifs masculins /___/ ;
 - ✓ Les préservatifs féminins /___/ ;
 - ✓ Le collier /___/ ;
 - ✓ Autre à spécifier /_____/
- b) Si non, pourquoi ? 1. Pas de raison /___/ ; 2. Contraire à la culture /___/ ; 3. Ça donne une mauvaise image /___/ ; 4. Autre raison, à spécifier :

C4 : Avez-vous accès aux informations sur la contraception ? Oui___/ Non___/

Si non pourquoi ? Sujet tabou___/, Pesanteur sociale___/ Autre ___/

Si oui, à travers quel canal (vous pouvez crocher plus d'une case) ?

- a) Mère___/ ;
- b) Père___/ ;
- c) Frère___/ ;
- d) Sœur___/ ;
- e) Partenaire___/ ;
- f) TV___/ ;
- g) Radio___/ ;
- h) Centre de santé___/ ;
- i) Pharmacie___/ ;
- j) Réseaux sociaux___/ ;
- k) Ecole___/ ;
- l) Ami(e)___/ ;

- m) ONG ___/ ;
n) Autre, à spécifier _____/

C5 : Avez-vous connaissance des lieux pour obtenir la contraception ? Oui___/ Non___/

Si oui, lesquels (vous pouvez crocher plus d'une case) ?

- a) Centre de santé communautaire ___/ ;
b) Hôpital___/ ;
c) Pharmacie___/ ;
d) Boutique___/ ;
e) ONG___/ ;
f) Autre, à préciser _____/

C6 : Par quels canaux souhaitez-vous avoir des informations sur la contraception ?

- a) Mère___/ ;
b) Père___/ ;
c) Frère___/ ;
d) Sœur___/ ;
e) Partenaire___/ ;
f) TV___/ ;
g) Radio___/ ;
h) Centre de santé___/ ;
i) Pharmacie___/ ;
j) Réseaux sociaux___/ ;
k) Ecole___/ ;
l) Ami(e) ___/ ;
m) Autre, à spécifier _____/

C7 : Connaissez-vous les infections sexuellement transmissibles ? Oui___/ Non___/

C8 : Connaissez-vous le VIH ? Oui___/ Non___/

C9 : Utilisez-vous les préservatifs pour vous protéger du VIH et d'autres infections sexuelles transmissibles ?

1. Toujours ___/ ; 2. Parfois___/ ; 3. Jamais ___/.

C10 : Etes-vous au courant de l'existence de services adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes ?
Oui___/ Non___/

Si oui, combien de fois avez-vous fréquenté ces services ? ___/ Quels services ? ___/

C11 : Quel est l'impact de la crise humanitaire sur l'accès aux services de la contraception ?

1. Pas d'impact___/ 2. Accès plus difficile___ 3. Accès plus facile___/ 4. Ne sait pas ___/

C12 : Quel est l'impact de la crise humanitaire sur l'accès aux produits de la contraception ?

1. Pas d'impact___/ 2. Accès plus difficile___ 3. Accès plus facile___/ 4. Ne sait pas ___/

D. Violence basée sur le genre (VBG)

D1 : Pour les femmes, êtes-vous excisée ? Oui___/ Non___/ Si oui, à quel âge ? ___/

D2 : Avez-vous été victime de violence ? Oui___/ Non___/

Si oui, quel type de violence ? (vous pouvez crocher plus d'une case)

- a) Viol___/ ;

- b) Agression sexuelle___/ ;
- c) Agression physique___/ ;
- d) Mariage forcé___/ ;
- e) Violences psychologiques / émotionnelles ___/ ;
- f) Dénier de ressources, d'opportunités ou de services ___/ ;
- g) Autre, à préciser___/

D3 : Les victimes de violence basée sur le genre sont-elles prises en charge ? Oui___/ Non___/
Si oui, comment, par quels services ? 1. One Stop Center ___// 2. Hôpital ___/3. Centre de santé ___/4. Autre ___/

D4 : Quel est l'impact de la crise humanitaire sur les VBG ?
Plus d'impact (augmentation) ___/ ; Peu d'impact ___/ ; Pas d'impact ___/
Justifier/explique votre réponse___/

E. Conclusion

E1 : Quels sont les cinq (05) besoins prioritaires en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes dans la région ?

- a. Prévention et lutte contre le mariage d'enfant___/ ;
- b. Education sexuelle___/ ;
- c. Accès aux services de santé ___/ ;
- d. Prévention et lutte contre les grossesses précoces___/ ;
- e. Accès à l'information et aux conseils___/ ;
- f. Accès à la contraception___/ ;
- g. Prévention et lutte contre le viol et les autres violences basées sur le genre (VBG)___/ ;
- h. Accès aux soins prénatals___/ ;
- i. Prévention et lutte contre les grossesses non désirées___/ ;
- j. Prévention et lutte contre le mariage forcé___/ ;
- k. Diagnostic et prise en charge des VIH/IST___/ ;
- l. Autre, à préciser___/

E2 : Veuillez formuler des propositions pour une meilleure amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes, ainsi que la lutte contre les VBG dans votre région.

Annexe 5 : Guide d'entretien individuel destiné aux personnes ressources

Guide d'entretien destiné aux personnes ressources et aux structures¹⁹

Région.....
Cercle
Commune
Structure/acteur.....
Prénom et nom (optionnel).....
Titre/qualité du Répondant.....
Date de l'enquête.....

Questions :

1. Quelles sont les problématiques relatives à la santé des adolescents et jeunes (SSRAJ) sur les quelles votre structure travaille ?
2. Quelles sont les structures partenaires (publiques, privées, société civile, ONG) avec lesquelles votre structure travaille sur la SSRAJ ?
3. Quelles sont les autres structures dans la région qui sont dans le domaine de la SSRAJ ?
4. Quels sont les principales opportunités et les principaux défis de vos activités sur la SSRAJ ?
5. Quels sont les canaux ou espaces d'information mis en place dans la région en matière de SSRAJ ?
6. Les jeunes et adolescents ont -ils une bonne connaissance des méthodes contraceptives ? Utilisent-ils les méthodes modernes ou traditionnelles ?
7. Pensez-vous que les jeunes et adolescents ont accès aux services de planification familiale dans votre région ?
 - a. Si oui, comment ?
 - b. Si non, pourquoi ?
8. Pensez-vous que les jeunes et adolescents de votre région font souvent recours à l'interruption de grossesse ? Si oui c'est fait traditionnellement ou de façon moderne ?
9. Pensez-vous que les jeunes et adolescents ont accès aux services de santé pour des soins prénatals, d'accouchement ou de grossesse non désirée ?
 - a. Si oui, comment ?
 - b. Si non, pourquoi ?
10. Pensez-vous que les jeunes et adolescents de votre région prennent les précautions pour la prévention des IST et du VIH ?
11. Bénéficient-ils de soins appropriés sur les IST et le VIH ?
 - a. Si oui, comment ?

¹⁹ Il s'agit ici des leaders jeunes, femmes et traditionnels ; des structures nationales et leur représentation régionale et locale, telles que : la Direction Nationale de la Population (DNP), le FNUAP, OCHA, le Projet SWEDD, le Projet Jeunes, les hôpitaux régionaux, les directions régionales de la santé, les Centres de santé, l'Office National de la Santé de la Reproduction (ONASR), l'Observatoire National du Dividende Démographique, l'INSTAT, les services publics de jeunesse, les Académies d'Enseignement (AE), les Centres d'Animation Pédagogique (CAP), les services de justice et de sécurité, les services des affaires sociales, les services de femmes et enfants, les organisations de jeunesse, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), les organisations de la Société Civile (OSC), les organisations Non Gouvernementales (ONG), le secteur privé.

b. Si non pourquoi ?

12. Selon vous, à quel âge les jeunes et adolescents (filles et garçons) de votre région ont généralement leur premier enfant ? A quel âge se marient-ils ? A quel âge ils commencent les rapports sexuels ?
13. Quelles sont les méthodes de prévention des grossesses précoces généralement utilisées ?
14. Les cas de complication des grossesses précoces sont-ils fréquents ? Quels sont les types de complication ?
15. Quelles sont les pesanteurs sociales qui entravent le développement de la SSRAJ ?
16. Les jeunes et adolescents sont-ils victimes de violence basée sur le genre (VBG) ? Quels types de violences ? Qui sont les présumés auteurs ? Quels sont les problèmes relatifs à la dénonciation des VBG et des auteurs ?
17. Y a-t-il des procédures de prise en charge des victimes de VBG dans la région ? Sont-elles satisfaisantes ?
18. Quel a été l'effet de la crise sécuritaire sur les cas des VBG ?
19. Quelle est la particularité la prise en charge des cas de VBG dans le contexte de crise humanitaire ?
20. Quel a été l'impact de la crise sécuritaire sur l'accès aux produits et services de la SR/PF ?
21. Quel a été l'impact de la crise sécuritaire sur les interventions et les intervenants en matière de SSRAJ
22. Quel a été l'impact de la pandémie COVID 19 sur les interventions et les intervenants en matière de SSRAJ ?
23. Quels sont les besoins prioritaires en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes dans la région ?
24. Veuillez formuler des propositions pour une meilleure amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes dans votre région.