

Examen des  
Lois, Politiques et Stratégies  
Relatives aux Adolescents  
et aux Jeunes

de Pays Sélectionnés d'Afrique de l'Ouest





**4**

**Acronymes**

**5**

**Avant-Propos du Directeur Régional**

**6**

**Résumé**

**10**

**Introduction**

**13**

**Vue d'Ensemble des Données**

**16**

**Chapitre 1 : Politiques et lois sur le mariage des enfants**

Politiques et stratégies sur le mariage des enfants

Lois sur l'âge requis pour se marier

**20**

**Chapitre 2 : Politiques et lois sur la santé des adolescents et des jeunes, notamment la santé sexuelle et reproductive**

Politiques et stratégies sur la santé des adolescents et des jeunes

Cadres juridiques concernant la santé des adolescents et des jeunes

**28**

**Chapitre 3 : Autres politiques de la santé qui ont un impact sur la santé des adolescents et des jeunes**

**32**

**Chapitre 4 : Politiques et stratégies d'éducation**

**36**

**Chapitre 5 : Politiques pour les jeunes, y compris l'emploi des jeunes**

**40**

**Key Findings and Recommendations**

**44**

**Annexes**

Annexe I : Tableau des politiques révisées par pays

Annexe II : OMS - Normes mondiales pour des services de santé de qualité pour les adolescents ONUSIDA (UNAIDS Standards for Quality Health Care Services for Adolescents)

# Acronymes

<b>SIDA</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>OBC</b>	Organisation à base communautaire
<b>CCA</b>	Centres Conseils Ado
<b>CDC</b>	Centres de contrôle des maladies
<b>CI</b>	Côte d'Ivoire
<b>IC (avec nombre)</b>	Intervalle de confiance
<b>CNLS</b>	Comité National de Lutte contre le SIDA
<b>EDS</b>	Enquête démographique et de santé (MACRO)
<b>FCUBE</b>	Programme d'enseignement de base gratuit, obligatoire et universel (Ghana)
<b>PF</b>	Planification familiale
<b>GEST</b>	Gender Equality Sector Test
<b>CDV</b>	Service de conseil et de dépistage du VIH
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>CAO</b>	Cadre d'accélération de la réalisation des OMD
<b>SMNI</b>	Santé maternelle, néonatale et infantile
<b>ME</b>	Ministère de l'Éducation
<b>MGEPS</b>	Ministère du Genre, des Enfants et de la Protection sociale
<b>MS</b>	Ministère de la Santé (et des Affaires sociales, uniquement au Sénégal)
<b>MJ</b>	Ministère de la Justice
<b>MJ</b>	Ministère de la Jeunesse
<b>MJS</b>	Ministère de la Jeunesse et des Sports
<b>MAS</b>	Ministère des Affaires sociales
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>SNSJ</b>	Stratégie nationale de santé des jeunes (Burkina Faso)
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>SSR</b>	Santé sexuelle et reproductive
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la population
<b>USAID</b>	Agence des États-Unis pour le développement international
<b>AOC</b>	Afrique de l'Ouest et du Centre

# Avant-propos du Directeur Régional

L'UNFPA reconnaît l'importance capitale d'investir auprès des adolescents et des jeunes pour tirer parti du dividende démographique en Afrique de l'Ouest et du Centre. L'Agenda pour le développement durable de 2030 souligne l'importance de réaliser le dividende démographique. La Position commune africaine sur l'Agenda de développement post 2015 et l'Agenda de l'union africaine 2063 sur « l'Afrique que nous voulons » reconnaissent également cette nécessité. « Investir dans la jeunesse comme dividende démographique » est également le thème de l'Union africaine pour 2017 et il s'agira aussi du sujet principal des délibérations des Sommets des Chefs d'État et du gouvernement.

Cependant, nous ne parviendrons pas à atteindre le dividende démographique si nous ne prenons pas les actions nécessaires dès maintenant pour donner la priorité aux jeunes et investir dans leur santé, leur éducation, leur emploi et leur autonomisation. Pour ce faire, nous devons complètement changer notre façon de travailler, et plus important encore, notre façon de coopérer avec les jeunes et de les habiliter.

Il n'est possible d'opérer ce changement que s'il existe un contexte juridique et politique d'habilitation qui autonomise les jeunes (surtout les jeunes filles) et leur permet d'être protégés du mariage des enfants, d'accéder aux services de santé, d'être instruits et d'avoir un travail décent.

Le bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO) de l'UNFPA a commandé cet examen politique et juridique pour clarifier l'ensemble complexe des politiques et législations qui régissent la santé, l'éducation, la protection et le bien-être des adolescents et des jeunes dans cinq pays de la région.

Cet examen a révélé que même s'il existait des cas de politiques et de lois d'habilitation et de soutien, dans la plupart des pays, l'ensemble des lois, politiques et stratégies relatives aux adolescents et aux jeunes était complexe, et souvent contradictoire. Ce manque de clarté pourrait représenter, pour les adolescents, un obstacle significatif à l'accès et au recours aux services de santé, à l'éducation et à l'emploi. Cette situation pourrait les rendre plus vulnérables et donc plus susceptibles d'être victimes du mariage des enfants.

Cet examen propose différentes recommandations pour développer et appliquer des politiques et lois d'habilitation. UNFPA WCARO exhorte les partenaires gouvernementaux, les agences de l'ONU, les réseaux de jeunes et les OSC de faire le point sur les résultats et les recommandations de cet examen. WCARO s'engage à aider les gouvernements et autres partenaires à créer ce contexte politique et législatif et à garantir que tous les jeunes puissent exploiter pleinement leur potentiel afin de tirer parti du dividende démographique.

# Résumé

## Introduction

La santé et le développement des adolescents sont des facteurs clés du développement économique et de la stabilité politique d'un pays. Les résultats en matière de santé des adolescents sont étroitement liés au développement futur des adultes, à la mortalité infantile et post-infantile, à la mortalité et à la morbidité maternelle et même au développement économique à long terme.

Les adolescents et les jeunes de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) font face à des problèmes considérables en matière de santé, d'éducation, d'emploi et d'habilitation. Les adolescentes sont particulièrement vulnérables. Cette région présente l'un des taux de mariage des enfants les plus élevés au monde et deux filles sur cinq sont mariées avant l'âge de 18 ans. Il s'agit également de la région qui présente le plus grand pourcentage (28 pour cent) de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant signalé une naissance avant l'âge de 18 ans, ainsi que le plus grand pourcentage (6 pour cent) de naissances signalées avant l'âge de 15 ans.<sup>1</sup>

Le contexte politique et juridique de la région dans laquelle les adolescents vivent les affecte de manière significative. Les politiques et les lois peuvent constituer une aide ou, au contraire, une entrave significative à la protection, la santé, l'éducation et l'emploi des jeunes. Ce rapport examine les cadres juridiques et politiques qui touchent les adolescents et les jeunes dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest.

## Méthodes

Cet examen s'inscrit dans le cadre du Programme mondial visant à accélérer la lutte contre le mariage des enfants. En AOC, ce programme couvre cinq pays : Burkina Faso, Ghana, Niger, Nigéria et Sierra Leone. Cet examen porte sur les politiques et les lois de ces cinq pays. Son objectif principal est de clarifier les contextes juridiques et politiques qui régissent la vie des adolescents (en particulier des adolescentes) et de définir l'impact de ces lois et

politiques sur la santé, l'éducation ainsi que les opportunités de travail et de développement des adolescents.

Cet examen avait pour objectif :

- d'identifier les lois, politiques et stratégies principales qui touchent les adolescents et les jeunes, y compris celles liées au mariage, à la santé, à l'éducation et au travail des enfants, ainsi qu'au développement des jeunes ;
- d'identifier les principales questions juridiques, politiques et stratégiques qui affectent la vie des adolescents et des jeunes ;
- d'émettre des recommandations sur les prochaines étapes.

La méthodologie consistait à effectuer un examen documentaire des cadres juridiques (lois, code pénal, lois relatives aux droits de l'enfant), ainsi que des politiques et stratégies de niveau ministériel (politiques nationales ou stratégies nationales). L'étude a évalué la façon dont la loi et les politiques traitent les adolescents en ce qui concerne la protection contre le mariage précoce, l'accès aux services de SSR, l'éducation et la création d'opportunités d'emploi. Elle a également examiné les contradictions juridiques et politiques liées à ces sujets. Les politiques nationales ont également été évaluées par rapport à l'inclusion de stratégies de santé et d'éducation spécifiques liées à la santé sexuelle et reproductive (SSR), y compris le VIH et le mariage des enfants. L'Annexe I présente l'ensemble complet des lois et des politiques révisées, par pays.

Cette étude est limitée en raison de la nature de la méthodologie qui consiste en un examen documentaire. Elle a pour objectif de donner une vue d'ensemble des lois et politiques des différents pays et de les comparer, afin d'identifier des exemples prometteurs de la création d'un environnement favorable au développement des adolescents et des jeunes, et afin de connaître les obstacles politiques et juridiques qui s'y opposent.

<sup>1</sup> La mère-enfant : Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente. État de la population mondiale 2013.

Puisqu'il s'agit d'un examen documentaire, cette étude ne constitue pas une analyse exhaustive des politiques et des lois, et de leur application dans les pays cibles. Cette étude peut servir de base à un examen et à une analyse contextuelle plus complets qui évaluent dans quelle mesure ces cadres juridiques et politiques affectent l'exécution des programmes sur le mariage des enfants, la santé et l'éducation des adolescents et des jeunes, ainsi que sur les programmes d'emploi des jeunes.

## Résultats principaux

Ce rapport comprend un examen des politiques et stratégies relatives au mariage des enfants, à la santé des adolescents et à la santé sexuelle (y compris des stratégies relatives à la grossesse à l'adolescence, qui englobent souvent des aspects du mariage des enfants). En outre, il étudie d'autres politiques et stratégies de santé qui ont un impact sur les adolescents et les jeunes (comme les politiques de santé reproductive) et des politiques sur l'éducation et la jeunesse, axées sur l'emploi des jeunes. En outre, ce rapport comprend une analyse juridique des lois concernant l'âge légal du mariage, ainsi que des lois affectant l'accès des adolescents aux services de SSR. Il s'agit par exemple des restrictions au niveau de l'âge minimum requis pour accéder aux services de contraception et aux services de conseil et de dépistage du VIH, ainsi que des lois sur le consentement sexuel.

Cet examen a révélé que, même s'il existait des cas de politiques et de lois d'habilitation et de soutien, dans la plupart des pays, l'ensemble des lois, politiques et stratégies relatives aux adolescents et aux jeunes était complexe, et souvent contradictoire. Ce manque de clarté pourrait représenter, pour les adolescents, un obstacle significatif à l'accès et au recours aux services de santé, à l'éducation et à l'emploi. Cette situation pourrait les rendre plus vulnérables et donc plus susceptibles d'être victimes du mariage des enfants. Les résultats sont les suivants :

- **Mariage des enfants** : Le mariage des enfants est un problème que l'on observe dans tous les pays examinés. Cependant, la prévalence varie considérablement, le Niger ayant le taux de prévalence le plus élevé au monde (76,3 pour cent) contre un taux de prévalence relativement bas (20,7 pour cent) au Ghana. Parmi les cinq pays étudiés dans le cadre de cet examen, seul le Burkina Faso dispose d'une stratégie nationale sur le mariage des enfants. Le Ghana et le Nigéria, quant à eux, sont en train de développer des stratégies et des politiques nationales à ce sujet<sup>2</sup>. Dans une certaine mesure, le Niger et la Sierra Leone abordent la question du mariage des enfants dans leurs politiques nationales relatives à la grossesse à l'adolescence. Cependant, le contexte juridique des cinq pays concernant le mariage des enfants est bien moins prometteur. Selon les conventions internationales et régionales relatives aux droits des enfants et des adolescents, la loi devrait fixer l'âge du mariage à 18 ans minimum pour les garçons et les filles. La législation du Ghana est la seule à être sans équivoque. Elle indique que l'âge légal pour se marier est de 18 ans pour les filles et les garçons, sans exception. Dans les autres pays, soit l'âge minimum requis pour se marier est inférieur à 18 ans, soit les moins de 18 ans peuvent déroger à la règle et se marier avec le consentement parental, en raison de vides juridiques. Plusieurs mouvements de défense visant à augmenter l'âge minimum pour se marier et à pallier les vides juridiques gagnent du terrain dans ces pays.
- **Santé sexuelle et reproductive des adolescents** : Tous les pays disposent d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action en matière de santé des adolescents qui couvre également la SSR des adolescents. La plupart de ces politiques comportent des mesures concernant la grossesse à l'adolescence. Bien que plusieurs politiques encouragent l'accès des adolescents aux services de SSR, souvent, elles ne comportent pas de dispositions précises sur l'accessibilité et la qualité de ces services ou sur la formation des professionnels de la santé. Dans de nombreux cas, les ambiguïtés juridiques concernant l'âge

<sup>2</sup> Ces deux stratégies/politiques nationales ne relèvent pas de la portée de cet examen

requis pour avoir accès aux contraceptifs et aux autres services de SSR impliquent que les décisions finales peuvent reposer dans les mains des professionnels de la santé. Cette situation introduit donc un facteur de subjectivité quant à la prestation de ces services. Cet examen comprenait une analyse juridique des lois relatives au consentement sexuel. Ces lois sont principalement protectrices par nature. Néanmoins, dans certains cas où l'âge légal du consentement sexuel est très élevé (18 ans et plus), elles peuvent représenter un obstacle pour les adolescents qui souhaitent avoir recours aux services de SSR. Par exemple, en Sierra Leone et au Nigéria, où l'âge du consentement sexuel est de 18 ans (selon la loi fédérale ; les lois des États au Nigéria peuvent être différentes), les adolescents de moins de 18 ans peuvent être réticents à utiliser ces services ou ne pas être autorisés à les utiliser par le professionnel de la santé, en vertu de cette loi.

- **Politiques et stratégies d'éducation :** Tous les pays de cet examen disposent d'une politique ou d'une stratégie d'éducation qui stipule que l'enseignement de base est obligatoire et gratuit. Cependant, la plupart des pays ne couvrent pas les coûts supplémentaires associés à la scolarité, comme l'achat des uniformes et des manuels scolaires, qui peuvent constituer un obstacle significatif à l'accès à l'éducation, en particulier dans les communautés les plus pauvres. Il convient de noter que le Burkina Faso a une stratégie spécifique pour faire progresser l'éducation des filles. Cette analyse a également déterminé si les politiques d'éducation comprenaient ou non des dispositions sur l'éducation sexuelle ou, ou plus généralement, sur l'éducation à la santé. Les politiques de tous les pays mentionnaient l'éducation à la santé, en mettant l'accent sur la santé sexuelle, la santé de la famille ou le VIH.

- **Politiques sur les jeunes, y compris politiques sur l'emploi des jeunes :** Aucun des pays n'avait de politique ou de stratégie spécifique sur l'emploi des jeunes. Néanmoins, ils avaient tous une politique, une stratégie ou un plan d'action sur les jeunes qui traitait de l'emploi des jeunes en détails, avec une attention particulière portée sur la création d'emplois, la formation des jeunes et les solutions intersectorielles pour résoudre le problème du chômage chez les jeunes.

## Recommandations

La population de l'Afrique de l'Ouest et du Centre est majoritairement jeune. Plus de 64 pour cent des habitants ont moins de 24 ans. Les jeunes représentent une ressource incroyable pour la région, mais uniquement si on accorde les financements nécessaires à leur éducation, leur santé, leur acquisition de compétences et leur habilitation pour être des acteurs du développement.

Pour garantir que les jeunes exploitent pleinement leur potentiel, il est important de créer un contexte politique et juridique d'habilitation qui protège et promeut la santé, le bien-être, l'éducation et l'emploi des jeunes, et en particulier des adolescentes. C'est pourquoi, les politiques doivent viser à habiliter et à responsabiliser les jeunes et à s'appuyer sur la législation qui défend leurs droits. Même s'il existe différentes pratiques prometteuses sur lesquelles les pays peuvent s'appuyer, cet examen a révélé que l'ensemble des politiques et des lois est complexe, et souvent contradictoire, dans les cinq pays couverts par cette étude. Les recommandations pour résoudre ce problème sont les suivantes :

- Les politiques relatives au mariage des enfants doivent inclure un ensemble d'approches politiques complet pour accélérer la mise en place de mesures visant à mettre fin au mariage des enfants, ainsi que pour protéger les adolescentes exposées au mariage et les adolescentes qui sont déjà mariées.



- Il faut garantir que les lois sur le mariage des enfants sont alignées sur les normes internationales, telles qu'inscrites dans la Convention relative aux droits de l'enfant ainsi que dans la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. Cela signifie que l'âge minimum requis pour se marier est fixé à 18 ans pour les deux sexes, sans exception, même avec le consentement du parent ou du tuteur.
- Les gouvernements doivent développer des politiques, ou réviser celles qui existent, et promulguer des lois qui protègent le droit des jeunes de jouir du meilleur état de santé possible. Les services de SSR doivent s'aligner sur les normes des services adaptés aux jeunes et aux adolescents tels que définis par l'OMS (voir Annexe II). Les politiques et les lois doivent autoriser l'accès des adolescents aux services de SSR et relatifs au VIH, y compris les services de contraception et les services de conseil et de dépistage du VIH. Tous les pays figurant dans cet examen sont signataires de la Convention relative aux droits de l'enfant (CNUDE). La CNUDE demande aux gouvernements de reconnaître la capacité croissante des adolescents à prendre des décisions indépendantes en ce qui concerne leur santé. Pour ce faire, il est nécessaire d'examiner et de réviser les politiques et les lois qui ne permettent pas aux adolescents d'avoir accès aux services de SSR sans le consentement de leurs parents ou tuteurs.
- Les lois régissant l'âge du consentement aux relations sexuelles et l'âge du consentement aux services de SSR doivent être harmonisées. L'âge du consentement aux relations sexuelles doit être fixé à un âge qui reconnaisse que de nombreux jeunes commencent à être sexuellement actifs durant l'adolescence.
- Les politiques d'éducation doivent couvrir l'enseignement primaire et secondaire, en portant une attention particulière à l'éducation des filles. En outre, elles doivent combattre les obstacles à l'éducation grâce à la suppression des frais de scolarité, en subventionnant les uniformes et manuels scolaires et, si possible, en fournissant des repas scolaires. Elles doivent également inclure des dispositions concernant les programmes d'éducation sexuelle dans les écoles.
- Les pays doivent développer des politiques relatives à l'emploi des jeunes qui comprennent des directives claires et des mesures concrètes sur les méthodes employées pour : préparer les jeunes au marché en leur offrant éducation, apprentissage de compétences et formation ; réduire le chômage et le sous-emploi des jeunes, et enfin améliorer la qualité des emplois des jeunes.
- Il faut calculer le coût des politiques et stratégies et leur attribuer le financement nécessaire pour soutenir leur mise en œuvre. Les lois doivent être appliquées grâce au soutien des systèmes judiciaires appropriés.

# Introduction

La santé et le développement des adolescents font partie des fondements essentiels du développement économique et de la stabilité politique d'un pays. Les résultats en matière de santé des adolescents sont étroitement liés au développement futur des adultes, à la mortalité infantile et post-infantile, à la mortalité et à la morbidité maternelle et même au développement économique à long terme.

Le contexte juridique et politique dans lequel les adolescents et les jeunes vivent les affecte de manière prépondérante. Les cadres juridiques et politiques qui soutiennent leurs droits à la santé, à l'éducation, à l'emploi et à l'habilitation sont souvent contradictoires dans une même législation et d'une législation nationale à l'autre. Parfois, ils vont même à l'encontre des conventions régionales et internationales signées par le pays. Ce manque de cohérence limite le développement des adolescents et des jeunes.

## Méthodologie

L'objectif de cette étude était d'évaluer la situation actuelle en matière de lois et politiques relatives aux adolescents de cinq pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre : Burkina Faso, Niger, Nigéria, Ghana et Sierra Leone. Ces pays étaient la cible du Programme commun du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) sur le mariage des enfants dans la région de l'AOC.

La méthodologie suivie consistait en un examen documentaire :

- des cadres juridiques (lois, code pénal, lois sur les droits des enfants) ;
- des stratégies des politiques ministérielles (politique nationale ou stratégies nationales).

Cette étude a évalué la façon dont les lois et politiques traitaient les adolescents, a examiné les contradictions juridiques et politiques et a émis des recommandations pour s'appuyer sur les bonnes pratiques et combler les lacunes. Les politiques nationales ont également été évaluées par rapport à l'inclusion de stratégies de santé et d'éducation spécifiques liées au mariage des enfants, à l'accès aux services de SSR, notamment aux services liés au VIH, à l'éducation, à l'emploi et à la participation des adolescents.

Les résultats sont limités en raison de la nature de la méthodologie qui consiste en un examen documentaire. Cette étude a pour objectif de fournir une vue d'ensemble et une comparaison des lois et politiques spécifiques de plusieurs pays. Cependant, il ne s'agit pas d'un examen exhaustif et elle n'évalue pas la mise en œuvre des politiques ou lois abordées. Cette étude peut servir de base à un examen et à une analyse contextuelle plus complets qui évaluent dans quelle mesure ces cadres juridiques et politiques affectent la mise en œuvre des programmes sur la prévention du mariage des enfants, la santé, l'éducation et l'emploi des adolescents et des jeunes.

Les résultats par pays, ainsi que des tableaux comparatifs généraux et des tableaux fondés sur les données, sont présentés dans la rubrique « résultats » de ce rapport.

Les **politiques et stratégies** nationales spécifiques examinées ont été identifiées comme étant<sup>3</sup>:

- des politiques/stratégies sur le mariage des enfants ;
- des politiques/stratégies sur la santé des adolescents, y compris la SSR des adolescents ;
- d'autres politiques sur la santé ayant un impact sur les adolescents et les jeunes ;
- des politiques/stratégies d'éducation ;
- des politiques/stratégies pour les jeunes, y compris l'emploi des jeunes.

<sup>3</sup> L'examen ne comprend pas les politiques/stratégies infranationales ou les politiques nationales qui étaient en cours de développement au moment de la rédaction.

L'analyse juridique aborde les lois mentionnées ci-dessous et la façon dont leur interprétation peut protéger les adolescents et les jeunes, ou au contraire, représenter des obstacles :

- âge du mariage ;
- âge minimum requis (ou autres restrictions) pour avoir accès aux services de contraception ;
- âge minimum requis (ou autres restrictions) pour avoir accès aux services relatifs aux conseils et dépistage du VIH ;
- âge du consentement sexuel.

Selon les précédents et selon la définition du terme « adolescents » des Nations Unies, cette étude porte sur les jeunes et les adolescents de 10 à 24 ans. Pour toutes les politiques, stratégies et lois relatives au mariage des enfants, à l'accès aux services et à l'éducation, le groupe démographique primaire envisagé était composé de jeunes âgés de 10 à 19 ans. En ce qui concerne l'emploi et le développement des jeunes, nous avons gardé le groupe démographique le plus large, composé de jeunes de 10 à 24 ans.

L'examen documentaire a porté sur plus de 30 documents politiques et juridiques par pays, mais certains pays ne disposaient pas de politiques spécifiques concernant tous les sujets décrits ci-dessus. Cependant, nous avons pu obtenir des informations sur le cadre juridique de base qui régit l'approche adoptée par rapport aux adolescents dans le système gouvernemental.

Cette étude couvre les éléments suivants dans son analyse :

**Politique et stratégie :** Nous avons examiné les stratégies et politiques qui existaient dans chaque pays, et les rubriques pertinentes qui avaient des implications pour les adolescents et les jeunes. Il s'agit donc des politiques qui sont directement pertinentes (p. ex., mariage des enfants, santé des adolescents, jeunes, politiques d'éducation) et de celles qui ont un impact indirect, mais souvent tout aussi important, sur les adolescents et les jeunes (p. ex., santé

reproductive et autres politiques sur la santé). Cet examen a également étudié les années de validité de la politique ou de la stratégie, pour déterminer si la politique était toujours en vigueur. Dans toute la région de l'AOC, les stratégies, politiques et plans stratégiques nationaux sont souvent rédigés selon des cycles de cinq ans, même si certains pays ont fixé des objectifs de développement importants selon des cycles de 10 ans.

**Lois :** Cet examen comprenait également une analyse juridique liée en particulier à des stipulations concernant l'âge légal du mariage, du consentement sexuel et de l'accès aux services de la SSR. Même s'il ne s'agit pas d'une analyse juridique complète, elle nous donne une indication de la complexité des lois relatives aux adolescents et aux jeunes. Cet examen présente une analyse juridique des lois nationales par rapport aux conventions et aux engagements internationaux et régionaux, le cas échéant.

- **Lois nationales :** Les lois nationales créent un précédent pour l'application juridique des droits des adolescents et des enfants dans un pays. Dans la plupart des pays étudiés, la structure légale générale décrit le code pénal (criminel) différemment du code civil (un groupe collectif de lois régissant les affaires privées, le commerce et les procès pour négligence). En raison des contradictions présentes dans ces codes au sujet des adolescents, il est difficile de savoir et de comprendre comment la loi est appliquée. Les lois se contredisent, par exemple, lorsque le code civil définit un enfant comme étant toute personne de moins de 18 ans, mais que le code pénal autorise le mariage à 15 ans. Dans ce cas, la situation est complexe, ambiguë, et complique le travail des services et des programmes de santé. Si l'âge légal du mariage est de 15 ans, mais qu'un enfant est défini comme toute personne de moins de 18 ans, et que les enfants de moins de 18 ans ne peuvent passer de test de dépistage du VIH qu'avec le consentement de leur parent ou tuteur, le professionnel de la santé fait face à un dilemme lorsqu'une femme mariée de 17 ans demande à passer un test de dépistage du VIH pendant une grossesse.

- **Cadres et conventions juridiques internationaux :** Les traités et conventions internationaux définissent les normes pour l'approche juridique d'un sujet donné. Les pays signataires des traités internationaux ont consenti, en principe, à la normalisation de leurs lois nationales et de leur application juridique concernant les sujets définis dans l'accord international. Les questions telles que la définition et les paramètres juridiques de la notion d'enfant et donc de la personne qui a le droit d'être protégée du mariage des enfants et d'autres formes d'exploitation des adolescents et le droit d'accéder aux services de santé, ont été définies dans la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CNUDE) [ONU, 1990], le Protocole de Maputo et la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. Tous les pays de cette étude ont signé et ratifié le CNUDE. Cependant, dans tous ces pays, le code pénal, le code civil ou les politiques nationales contredisent au moins un des articles ratifiés de la CNUDE ou de la Charte africaine. En outre, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) couvre des questions telles que le mariage des enfants, la santé et l'éducation des adolescentes et des jeunes femmes en particulier.





## Vue d'Ensemble des Données

Le tableau ci-dessous reprend les indicateurs épidémiologiques et de développement qui donnent une vue d'ensemble de la santé sexuelle, de l'état matrimonial, de l'éducation et des résultats en matière de santé de la reproduction au Burkina Faso, au Ghana, au Niger, au Nigéria et en Sierra Leone. Les indicateurs de la SSR comprennent l'âge au premier rapport sexuel, la grossesse chez les adolescentes, les taux de fécondité et d'autres points de données. L'état matrimonial est mesuré par l'âge médian des individus au mariage et le pourcentage de femmes mariées avant ou à 18 ans. Les indicateurs de l'éducation comprennent le pourcentage d'adolescents allant à l'école. Les indicateurs du VIH comprennent les taux de prévalence chez les adolescents et le pourcentage de femmes âgées de 15 à 19 ans qui ont une bonne connaissance du VIH/SIDA. Les résultats varient selon les pays et il est évident que certains résultats sont différents en raison du statut socio-économique différent de chaque pays.

Le Ghana et le Nigéria sont considérés comme des pays à revenu moyen, selon la méthode Atlas de la Banque mondiale utilisée en 2013, tandis que le Niger, le Burkina Faso et la Sierra Leone sont considérés comme des pays à revenu faible. Le Niger enregistre les pires résultats au monde en matière de santé des adolescents, selon l'Indice de développement humain du PNUD de 2014. Au cours des cinq dernières années, le Niger, le Nigéria et le Burkina Faso ont connu une instabilité politique, en raison de l'augmentation de l'activité terroriste dans le Sahel et le Nigéria du Nord, et la sécurité y reste précaire. Alors que la Sierra Leone sortait d'une guerre civile destructrice il y a à peine dix ans, elle a été frappée par l'épidémie dévastatrice de l'Ebola et ses conséquences. Le Ghana est le seul pays à avoir évité une catastrophe politique ou sanitaire au cours des dix dernières années et le pays a de bonnes perspectives économiques, même si la corruption et le désenchantement de la population vis-à-vis des partis politiques prédominent toujours.

C'est pourquoi, même si ces indicateurs de santé nous donnent une vue d'ensemble de la situation sanitaire et du niveau d'éducation des adolescents, ils ne donnent pas assez d'informations sur leur qualité de vie véritable. Ils servent simplement de points de discussion qui permettent de comprendre l'importance des politiques examinées.

**Tableau 1. Données de l'EDS et d'une étude épidémiologique+**

	Burkina Faso 2010	Ghana 2015	Niger 2012	Nigéria 2013	Sierra Leone 2013
<b>Sexual and Reproductive Health</b>					
Âge médian au premier rapport sexuel - Femmes	17.7 (25 à 49 ans)**	18.4 (20 à 49 ans)	15.9 (25 à 49 ans)	17.6	16.4
Âge médian au premier rapport sexuel - Hommes	20.7 (25 à 49 ans)	19.9 (20 à 49 ans)	23.6 (25 à 49 ans)	21.1	18.0
Âge médian au mariage Femmes	17.8	20.7	15.7	18.1 (EDS du Nigéria, 2013)	18.0
Âge médian au mariage Hommes	25.5	26.4	24.6	27.2 (EDS du Nigéria, 2013, hommes nigériens âgés de 30 à 49 ans) (EDS du Nigéria, 2013)	25.0
Activité sexuelle chez les filles âgées de 15 à 19 ans*	24.5%	14%	38%	29.1%	33.1%
Grossesse chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans	24.0%	14.2%	40.0%	23% (mères ou enceintes de leur premier enfant) (EDS du Nigéria, 2013)	28% des adolescents de 15 à 19 ans ont commencé à avoir des enfants
Indice synthétique de fécondité (ISF) chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	6.0	4.2	7.6	5.5	4.9
Taux de prévalence contraceptive	14%	27%	8.0%	16%	16%
Prévalence du mariage polygame - Femmes	42%	—	36%	-1/3 (NDHS 2013)	35% (age 15-49 years)
Pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans actuellement mariées	31.5%	6.4%	61%	28.8	18.8%
Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui se sont mariées avant l'âge de 15 ans*	10%	4.9%	28%	17.3%	12.5%
Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui se sont mariées avant l'âge de 18 ans*	52%	20.7%	76.3%	42.8%	38.9%
Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont donné naissance avant l'âge de 15 ans*	2.4%	1.8%	9.9%	5.9%	9.7%
Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont donné naissance avant l'âge de 18 ans*	28.2%	16.9%	48.2%	29.1%	36.4%
Utilisation de contraceptifs modernes chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans	6.2%	16.7%	5.9%	1.2%	20.7%

	Burkina Faso 2010	Ghana 2015	Niger 2012	Nigéria 2013	Sierra Leone 2013
<b>VIH</b>					
Prévalence du VIH chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans	>0.07% ^	Femmes : 1,5 Hommes : 0,2	>0.01%	15 à 19 ans : 2,9 % (NARHS 2012)	Femmes : 1,5 Hommes : 0,7
Pourcentage de femmes âgées de 15 à 19 ans qui ont une bonne connaissance du VIH/SIDA*	29%	28.7%	11.2%	26.5%	28.8%
<b>Education</b>					
N'ont pas bénéficié d'une scolarisation formelle : Femmes*	74%	19%	73%	40.4%	51%
N'ont pas bénéficié d'une scolarisation formelle : Hommes*	59%	9%	60%	29.5%	41%
Pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans qui ne vont actuellement pas à l'école*	74%	54.5%	84.8%	51%	42.3%
Pourcentage de garçons âgés de 15 à 19 ans qui ne vont actuellement pas à l'école*	66.9%	47.3%	73%	37.4%	31.9%

+ Toutes les données proviennent des bases de données de l'EDS ou de l'UNFPA. Dans le cas où les données n'étaient pas disponibles, le symbole « - » est indiqué dans la case.

\*\* Toutes les données se basent sur des individus en âge de procréer, âgés de 15 à 49 ans, sauf indiqué autrement.

\* Données obtenues du Tableau de bord des adolescents et des jeunes de l'UNFPA. Toutes les autres données ont été obtenues de l'Enquête démographique et de santé la plus récente du pays concerné.

^ Prévalence indiquée pour les individus âgés de 15 à 24 ans : EDS du Burkina Faso, 2010.

~ Données obtenues de SLDHSBS 2009.





# Chapitre 1 :

# Politiques et lois sur le mariage des enfants

---

## Politiques et stratégies sur le mariage des enfants

Parmi les cinq pays analysés dans cette étude, seul le **Burkina Faso** dispose d'une stratégie nationale spécifique sur le mariage des enfants. Son gouvernement a récemment exposé en détails une stratégie nationale pour la prévention et l'élimination du mariage des enfants dans le pays (2016 à 2025) et un plan d'action pour mettre en œuvre ces plans de 2016 à 2018. Ces efforts s'inscrivent dans le cadre de la stratégie de développement globale du gouvernement pour 2025, qui se base sur la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD), le Code des personnes et de la famille (CPF) et la Politique nationale pour la protection sociale (PNPS). Cette stratégie nationale adopte une approche multisectorielle et requiert le développement d'un plan d'action incluant d'autres ministères, la société civile et des partenaires financiers et techniques.

Le **Ghana** et le **Nigéria** développent actuellement des stratégies ou politiques relatives au mariage des enfants. Au **Ghana**, le processus de développement est facilité par un consultant,

sous la surveillance d'un Groupe de travail de base national, et organisé par le Département sur le mariage des enfants du ministère du Genre, des Enfants et de la Protection sociale (MGEPS). En tant que membres du Groupe de travail de base et du Gender Equality Sector Test (GEST), l'UNICEF et l'UNFPA assurent le financement de ces initiatives et apportent également une aide technique.

Le **Niger** et la **Sierra Leone** n'ont pas de politiques ou de stratégies portant spécifiquement sur le mariage des enfants. Cependant, la Stratégie nationale sur la prévention de la grossesse à l'adolescence du **Niger** vise une réduction du mariage des enfants de 76,3 % en 2012 à 60 % en 2020. En outre, le Niger vise également à augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne chez les adolescents, pour qu'il passe de 5,9 % en 2012 à 15 % en 2020. La stratégie souligne quatre approches :

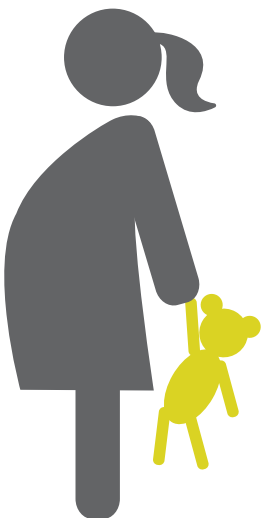
- Promotion de la création d'un contexte juridique et de cadres réglementaires qui sont favorables à la protection des filles ;

# Lois sur l'âge requis pour se marier

- Communication pour changer les comportements et les normes sociales ;
- Renforcement des services de planification familiale proposés aux adolescents ;
- Organisation, surveillance et évaluation.

En outre, il existe d'autres politiques et stratégies au Niger qui portent principalement sur les adolescents, mais qui couvrent également la protection contre le mariage des enfants.

La **Sierra Leone** développe actuellement une politique sur la santé et le développement des adolescents, et met à jour et révisé la Stratégie relative à la santé reproductive, maternelle, néonatale, des enfants et des adolescents (Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Strategy), ainsi que de la Stratégie nationale pour la réduction de la grossesse à l'adolescence (National Strategy for the Reduction of Teenage Pregnancy). Un travail de sensibilisation est en cours pour intégrer le mariage des enfants dans la Stratégie relative à la grossesse à l'adolescence (Teenage Pregnancy Strategy).



Seul le **Ghana** a des lois claires qui interdisent explicitement le mariage des hommes et des femmes de moins de 18 ans. Ces lois sont inscrites dans la Constitution de 1992 ainsi que dans la loi relative à la protection des enfants (Children's Act) de 1998. En **Sierra Leone**, tandis que la Loi relative à la protection des enfants indique 18 ans, la Loi sur le mariage chrétien et le Mariage civil indiquent 21 ans pour les mariages contractés de par les lois sur le mariage civil et chrétien, mais moins de 18 ans si les mariages sont contractés sous le droit coutumier et la loi relative au mariage musulman. La section 2 (2) du registre du mariage coutumier indique que tout enfant de moins de 18 ans peut être marié avec l'approbation de ses parents. Les conditions dans lesquelles un mariage peut être considéré comme légal dans l'acte principal indiquent : si la loi personnelle de l'une ou l'autre partie au mariage envisagé est le droit coutumier, que les conditions suivantes ont été remplies- (i) Que ni l'une ni l'autre des parties est une partie au mariage subsistant ; (ii) si la femme a moins de 18 ans, qu'au moins un de ses parents ou tuteurs légaux ait donné son consentement.

Dans les pays ayant des lois qui autorisent le mariage des filles de moins de 18 ans, comme le **Burkina Faso** et le **Niger**, de fortes activités de sensibilisation promeuvent la révision de ces lois, pour se conformer aux normes internationales.

Par exemple, au **Burkina Faso**, la loi sur le mariage des enfants fixe l'âge légal du mariage à 17 ans pour les filles. Cette règle va directement à l'encontre de la stratégie interministérielle sur le mariage des enfants, qui fixe l'âge requis à 18 ans, et des chartes et conventions internationales, telles que la Charte africaine sur les droits et le bien-être de l'enfant (1990) et la Convention sur les droits des enfants qui définissent l'enfant comme étant toute personne de moins de 18 ans.<sup>4</sup> En outre, la loi autorise le mariage des filles de 15 à 17 ans si elles font appel devant les Tribunaux civils avec leur famille.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Charte africaine sur les droits et le bien-être de l'enfant de 1990 ; <http://www1.umn.edu/humanrts/africa/afchild.htm>

<sup>5</sup> Article 238, Code des personnes et de la famille (civil) de 1989 ; SNPEME 2016.

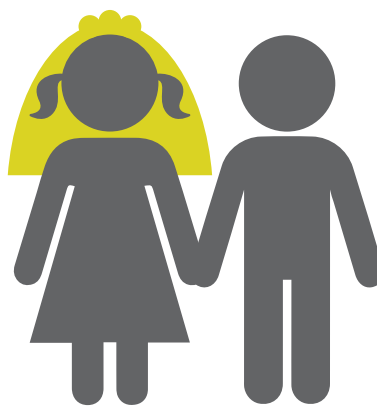
L'environnement juridique relatif au mariage des enfants est aussi complexe et ambigu au **Niger**. L'Article 144 du code civil interdit le mariage aux garçons de moins de 18 ans et aux filles de moins de 15 ans. Ce code a été modifié pour la dernière fois en 1962 et il est toujours en vigueur aujourd'hui. Cependant, il existe également des lois islamiques et de droits coutumiers relatifs au mariage des enfants. Les règles qui définissent l'ordre de priorité des lois ne sont pas cohérentes. L'Article 51 de la Loi sur l'organisation judiciaire indique qu'il faut observer le droit coutumier pour les mariages. Cependant, l'Article 81 de la Constitution de 1999 indique que le droit national doit régir les relations familiales, et non le droit coutumier. Dans tous les cas, en ce qui concerne le mariage des enfants, le droit national et le droit coutumier ne sont pas conformes aux normes internationales.

La **République fédérale du Nigéria** est constituée de 36 États et d'un Territoire de la capitale fédérale (TCF) situé à Abuja. La constitution indique que le Nigéria est un État souverain indivisible, dont les composantes sont réunies par une structure fédérale. Cependant, le Nigéria fonctionne selon un système juridique défini par l'application du droit écrit, du droit coutumier et de la Sharia, ce qui entraîne des contradictions et un manque de cohérence. Le droit existant est composé de :

- la constitution (la loi suprême) et ses dispositions qui ont force obligatoire sur toutes les autorités et personnes dans toute la République fédérale du Nigéria ;
- la législation : chacun des 36 États, ainsi que le TCF, Abuja, a ses propres lois ;
- le droit anglais ;
- le droit coutumier (ethnique, non islamique) qui s'applique aux membres des différents groupes ethniques et qui est particulièrement prédominant dans le domaine des relations personnelles et familiales comme le mariage, le divorce, la tutelle et la garde des enfants, ainsi que la succession ;

- la loi islamique, ou Sharia, qui est considérée comme le droit coutumier au sud, mais qui existe séparément au nord (souvent en version codifiée).

Au **Nigéria**, selon la Loi relative aux droits de l'enfant (Children Rights Act) de 2003, les enfants sont définis comme toute personne de moins de 18 ans. Les enfants ne peuvent ni se marier, ni consentir à des activités sexuelles. Cette loi indique clairement que les fiançailles et le mariage des enfants sont interdits. Cependant, comme le Nigéria fonctionne selon un système juridique pluraliste, le mariage est autorisé aux enfants de moins de 18 ans pour les États qui ne respectent pas le droit fédéral. Certains États du nord du Nigéria respectent la Sharia, ou une version de celle-ci, qui n'interdit pas le mariage des enfants. Cette situation crée une contradiction entre les lois et les principes. Cependant, le gouvernement fédéral intervient rarement. L'application du droit fédéral dans ces États est pratiquement impossible, puisque les États peuvent décider de ratifier ces lois ou non. Dans certains cas, le lobbying fédéral peut influencer l'adoption de politiques, mais c'est rarement le cas.





# Chapitre 2 :

## Politiques et lois sur la santé des adolescents et des jeunes, notamment la santé sexuelle et reproductive

---

### Politiques et stratégies sur la santé des adolescents et des jeunes

Tous les pays ont une politique et/ou une stratégie spécifiquement relative à la santé des adolescents et des jeunes. En 2015, le Burkina Faso a mis en œuvre la Stratégie nationale sur la santé des jeunes (SNSJ) sur cinq ans, qui intègre la santé reproductive, y compris la santé maternelle et de l'enfant. La SNSJ indique également que de nombreuses autres stratégies nationales, y

compris les stratégies de lutte contre la malaria, la cécité, le VIH et pour la santé orale, tiennent compte des adolescents. Dans la SNSJ, les jeunes sont définis comme les jeunes personnes âgées de 15 à 24 ans, et les adolescents sont définis comme les personnes appartenant à la tranche d'âge de 15 à 19 ans. Cette stratégie inclut également les jeunes enfants, à partir de six ans.

Selon la stratégie, les principaux problèmes de SSR qui touchent les adolescents et les jeunes comprennent :

- la grossesse non désirée et les avortements clandestins ;
- les relations sexuelles non protégées et précoces ;
- la consommation d'alcool et de drogues ;
- le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- la violence.

Il convient de noter que l'utilisation et la promotion limitées des contraceptifs modernes dans les services de santé destinés aux jeunes et aux adolescents provoquent des conséquences négatives sur la santé reproductive.

Selon la SNSJ, 10 ministères, y compris les ministères de la Jeunesse et de l'Emploi, de l'Éducation et de l'Alphabétisation et de l'Enseignement secondaire, sont impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie. Le système scolaire public est un moyen important d'offrir des services de santé aux adolescents au Burkina. Les écoles publiques offrent des services de santé (santé scolaire et universitaire), qui sont gérés par des fonctionnaires de la santé publique, selon des normes de soins portant sur les problèmes identifiés par la SNSJ et mentionnés ci-dessus.

Au **Ghana**, une politique sur la santé des adolescents (2000)<sup>6</sup> est actuellement en cours d'examen. Elle comprend des services tels que la planification familiale comme facteur clé de la croissance de la population et du développement national. Ces services sont décrits dans la Stratégie de croissance partagée et de développement II du Ghana (Ghana Shared Growth and Development Agenda II, GSGDA II) : 2014-2017 (NDPC

2014). Les documents directeurs de la mise en œuvre du Programme national de planification familiale (National Family Planning Programme) comprennent la Politique nationale de population (National Population Policy) ; la Politique et les normes sur le service de santé reproductive (Reproductive Health Service Policy and Standard) ; la Politique sur la santé reproductive des adolescents (Adolescent Reproductive Health Policy) de 2000 ; la Stratégie sur la sécurité des produits de santé reproductive (Reproductive Health Commodity Security Strategy) de 2011 à 2016 ; l'Ébauche de la stratégie nationale sur les préservatifs et les lubrifiants (Draft National Condom and Lubricant Strategy) et l'Analyse des segments du marché pour la planification familiale (Market Segmentation Analysis for Family Planning), entre autres (MS, 2011) (EDS, 2014).

Pour atteindre ces objectifs, la Politique sur la santé reproductive des adolescents (SRA) (Adolescent reproductive health, ARH) a été promulguée en 2000 et est actuellement en cours d'examen au niveau national. La nouvelle politique s'intitule « Politique sur la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes » (Sexual and Reproductive Health Policy for young people) et s'étale sur 2016 à 2034. L'examen de la Politique démographique (Population Policy) est à la traîne par rapport à l'examen de la politique SRA, mais elle continue de progresser. Elle aussi est orientée vers 2034.

Comme indiqué dans la Stratégie nationale pour la prévention de la grossesse à l'adolescence du **Niger**, le faible statut socio-économique des femmes contribue à de faibles niveaux d'éducation (73 % des femmes au Niger n'ont pas bénéficié d'une scolarisation formelle) et à une faible alphabétisation. Cette situation entraîne un risque plus élevé d'une augmentation des grossesses chez les adolescentes, de grossesses précoces ou de grossesses étroitement espacées en raison d'un manque d'éducation à la santé.<sup>7</sup> Le Plan national stratégique pour la prévention de la grossesse

<sup>6</sup> Veuillez noter que le Ghana a émis une nouvelle Politique sur la santé reproductive des adolescents (Adolescent Reproductive Health Policy) en 2016, mais elle ne cadre pas avec la portée de cet examen.

<sup>7</sup> Plan national stratégique pour la prévention de la grossesse à l'adolescence, Niger, 2015

à l'adolescence (National Strategic Plan for the Prevention of Adolescent Pregnancy, NSPAP) a reconnu la cause de la grossesse précoce comme n'étant pas spécialement un problème de santé, mais un problème multisectoriel qui couvre l'éducation, les traditions, les pratiques religieuses, les normes de santé et de genre. Le NSPAP couvre la période allant de 2015 à 2020, conformément aux objectifs de développement du gouvernement et aux nouveaux Objectifs de développement durable.

En **Sierra Leone**, de 2013 à 2015, le MS a mis en œuvre une Stratégie nationale pour la réduction de la grossesse à l'adolescence (National Strategy for the Reduction of Teenage Pregnancy). On compte, parmi les résultats de la stratégie : une politique améliorée et un environnement juridique pour protéger les droits des adolescents et des jeunes ; un accès amélioré à des services de SSR de qualité ; et des informations et un enseignement complets qui s'adressent aux adolescents et qui sont adaptés à leur âge. En outre, la Stratégie relative à la santé reproductive, néonatale et des enfants (Reproductive, Newborn and Child Health Strategy) de la Sierra Leone (2011 à 2015) a identifié les obstacles majeurs à l'utilisation de services de SSR par les adolescents.

Selon ces résultats, le premier objectif de la stratégie était d'assurer l'offre de services de santé sexuelle reproductive complets, adaptés aux adolescents.

Les stratégies employées pour atteindre cet objectif étaient :

- d'assurer la mise en œuvre d'un plan stratégique sur la santé et le développement des adolescents et des jeunes ;
- de garantir que des services de santé adaptés aux adolescents/jeunes (SSAAJ) soient offerts ;

- de sensibiliser la communauté aux problèmes de santé liés à la reproduction chez les adolescents ;
- d'approfondir les recherches sur les questions qui touchent les adolescents et les jeunes.

En avril 2015, le ministère de l'Éducation a publié un document de prise de position indiquant que les filles qui sont visiblement enceintes ne sont pas autorisées à aller à l'école. Cependant, le gouvernement de la Sierra Leone a fait part de son engagement à gérer les besoins particuliers des adolescentes qui ont débuté une grossesse pendant la crise de l'Ébola et a appelé à répondre de façon appropriée. Le ministère de l'Éducation a officiellement déclaré l'obligation d'offrir les services suivants aux écolières enceintes pendant leur grossesse :

- Des modalités spéciales pour qu'elles continuent à recevoir un enseignement pour les matières principales, afin de pouvoir reprendre l'enseignement formel après la grossesse ;
- L'apport d'informations de santé et l'octroi de l'accès aux services de santé maternels et néonataux, aux services relatifs à la violence de genre (VG) et d'un soutien psychosocial.<sup>8</sup>

Même si les problèmes de la grossesse chez les adolescentes, du faible taux de contraception, du taux élevé de mariage des enfants et du manque d'éducation n'étaient pas nouveaux en Sierra Leone, les initiatives existantes (p. ex., Secrétariat national pour la réduction de la grossesse chez les adolescentes [National Secretariat for the Reduction of Teenage Pregnancy, NRSTP]) avaient commencé à perdre leur efficacité depuis 2013 et la crise de l'Ébola. Le virus Ebola (EVD) a eu des conséquences négatives sur les services éducationnels en matière de santé sexuelle génésique prodigués aux adolescents du Sierra Leone. Les écoles ont été fermées au niveau national de juillet 2014 à avril 2015. Le manque d'accès à une éducation officielle et aux

<sup>8</sup> A Rapid Assessment of Pregnant Adolescent Girls (Évaluation rapide de la grossesse chez les adolescentes), 2015 (en attente de publication).

services de santé sexuelle génésiques (ASRH) dans un contexte persistant de violence sexuelle et sexiste a contribué à l'augmentation des grossesses, particulièrement chez les adolescentes. Récemment, l'intérêt a été à nouveau porté sur la prévention de la grossesse chez les adolescentes, des décrochages scolaires et des mariages des enfants.

Le **Nigéria** disposait également d'une stratégie sur la grossesse chez les adolescentes (2013 à 2015) décrite dans la Stratégie nationale sur la santé reproductive et sexuelle des jeunes (National Youth Sexual and Reproductive Health) sur la période allant de 2011 à 2015. Nous ne connaissons pas le statut actuel de cette stratégie. La Politique nationale sur la santé (National Health Policy) comporte une Politique nationale sur la santé des adolescents (National Adolescent Health Policy), publiée en 1995, ce qui ouvre le secteur de la santé aux programmes destinés aux adolescents, y compris des sujets tels que le comportement sexuel et la santé reproductive (National Adolescent Health Policy 1995).

Même si la question du consentement n'est pas abordée, la politique indique : « [i] Au vu des problèmes croissants associés à la sexualité des adolescents et à la grossesse des adolescentes au Nigéria, on estime qu'il convient que les adolescents sexuellement actifs qui souhaitent avoir recours à des services de contraception soient conseillés et reçoivent les produits nécessaires, le cas échéant. » Il faut entendre par là que les adolescents sexuellement actifs n'ont pas besoin de consentement parental (Directives politiques nationales et Normes pratiques sur la Planification familiale/Santé reproductive [National Family Planning/Reproductive Health Policy Guidelines and Standards of Practice]). La décision de fournir ou non ces services aux adolescents et aux jeunes revient aux professionnels de la santé. Le caractère subjectif de cette décision peut empêcher les jeunes d'avoir accès aux soins de santé.

Même si les politiques stipulent que les conditions d'accès aux contraceptifs doivent être les mêmes pour tous les adolescents, il existe en réalité des barrières culturelles à l'accès facile aux contraceptifs, ce qui signifie que la décision de fournir des contraceptifs aux adolescents sexuellement actifs ou non revient au professionnel de la santé. De nombreux professionnels de la santé imposent des restrictions de consentement parental, selon leurs préférences.<sup>9</sup> En outre, la politique sur la santé des adolescents de 2007 inclut des services de santé adaptés aux adolescents. Cependant, la disponibilité et l'accessibilité aux services de santé adaptés aux jeunes restent très limitées.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Ezihe Loretta Ahanonu, Attitudes of Healthcare Providers towards Providing Contraceptives for Unmarried Adolescents in Ibadan, Nigeria (Attitudes des professionnels de la santé envers la fourniture de contraceptifs aux adolescents non mariés à Ibadan, Nigéria), *Journal of Family & Reproductive Health* 8.1 (2014): 33-40.

<sup>10</sup> USAID Deliver Project, *Contraceptive Security in Nigeria: Assessing Strengths and Weaknesses* (Sécurité contraceptive au Nigéria : évaluation des points forts et des points faibles), septembre 2009.



# Cadres juridiques concernant la santé des adolescents et des jeunes

- Même s'il existe plusieurs lois nationales et cadres juridiques régissant l'accès des adolescents et des jeunes aux services de santé, y compris les services de SSR, la constatation générale est que chaque pays a un cadre juridique complexe et souvent contradictoire en ce qui concerne les SSR. Dans ce contexte, les adolescents sont réticents à se diriger vers ces services ou on leur refuse d'y accéder. Cette rubrique couvre deux types principaux de législation qui affectent la SSR des adolescents et des jeunes :
- Les lois régissant l'accès des adolescents aux services de SSR, y compris les services liés au VIH ;
- Les lois relatives au consentement sexuel ;

## Lois sur l'accès des adolescents à la SSR, notamment les services liés au VIH

Dans tous les pays, à l'exception du Ghana, aucune législation claire ne clarifie l'âge auquel un adolescent peut avoir accès aux services de planification familiale. Aucun des pays n'a de cadres spécifiques définissant quels sont les services qu'un adolescent peut recevoir sans que le consentement soit nécessaire. La décision revient donc au professionnel de la santé. Dans ces circonstances, un professionnel de la santé peut fournir les soins et interventions nécessaires, dans le meilleur intérêt de l'adolescent, mais la subjectivité individuelle peut entrer en jeu, ou il pourrait se tromper, par excès de prudence, et les services pourraient être refusés.

La politique et les normes nationales de 2014 sur la santé génésique au **Ghana** indiquent que les adolescents peuvent accéder à des services de planning familial, bien qu'aucun âge spécifique ne soit mentionné. Le **Burkina Faso** dispose d'une loi sur la santé reproductive (n° 2005-049/AN) qui garantit le droit à la santé reproductive, y compris pour les adolescents et les enfants, sans discrimination (Article 8). Le gouvernement du **Niger** a promulgué la Loi sur la santé reproductive en 2006, qui garantissait le droit de chaque être humain aux soins de santé reproductifs et

généraux. Cette loi autorisait l'utilisation des contraceptifs dans le pays (Article 15), avec la remarque importante que les contraceptifs peuvent uniquement être fournis aux couples « légalement mariés ».

Au **Nigéria**, l'âge minimum du consentement requis pour avoir accès aux services de SSR n'est pas clairement défini. Les lois officielles telles que la Loi sur le droit de l'enfant (Child Right Act) et la Loi sur les infractions sexuelles (Sexual Offenses Act) indiquent que l'âge du consentement national est de 18 ans et qu'aucune restriction au niveau de l'âge ou de la parité ne limitent officiellement l'accès aux contraceptifs. De la même façon, en **Sierra Leone**, l'âge du consentement pour avoir accès aux services de planification familiale et de contraception n'est pas défini clairement et il n'existe aucune politique qui garantisse de façon explicite l'accès sans réserve des adolescents à ces services.

En ce qui concerne la législation relative au VIH, les contextes juridiques de tous les pays sont complexes, car les lois pénales et les stratégies politiques de la santé sont souvent contradictoires. Selon l'ONUSIDA, les normes internationales reconnaissent le fait de demander le consentement parental pour avoir accès aux services de conseils et de dépistage du VIH contraire aux bonnes pratiques pour la politique de santé en matière de VIH chez les adolescents. Malgré cela, dans des pays comme le **Burkina Faso**, le **Ghana**, le **Nigéria** et la **Sierra Leone**, des lois indiquent que les adolescents de moins de 18 ans ne peuvent pas avoir accès aux services de conseils et de dépistage du VIH sans le consentement d'un parent ou d'un tuteur. Trois de ces pays fournissent des « exceptions » légales à cet âge minimum.

Au **Ghana**, une loi sur le VIH (plus connue sous le nom de loi sur la Commission du VIH du Ghana [Ghana AIDS Commission Act]) fournit un cadre juridique pour la prestation de services relatifs au VIH dans le pays. Les politiques générées à partir de ces lois indiquent que, même s'il est nécessaire d'obtenir le consentement médical d'un tuteur légal, d'un parent, d'un partenaire ou d'un parent proche pour un enfant (c.-à-d., une personne de moins de 18 ans), dans certaines circonstances,

le consentement n'est pas requis lorsque l'enfant a entre 16 et 18 ans. Ces politiques décrivent ces circonstances comme une situation dans laquelle « l'obtention du consentement est impraticable ou non souhaitable », mais elles ne précisent pas les circonstances spécifiques. La décision repose donc sur le professionnel de la santé. Cette situation est similaire au cas du Nigéria où la loi prévoit des exceptions pour le dépistage des moins de 18 ans dans les situations où les adolescents semblent matures et paraissent comprendre le processus et les conséquences potentielles. Cela signifie, une fois de plus, que la décision revient au professionnel de la santé et que la loi peut être interprétée de façon subjective. En Sierra Leone, les adolescentes enceintes, les adolescents mariés (ou les adolescents qui sont déjà parents) peuvent avoir accès aux services de conseils et de dépistage du VIH sans le consentement parental.

Le Niger a voté une loi sur le VIH qui inclut la protection des personnes vivant avec le VIH et le droit fondamental de l'homme d'avoir accès au dépistage et au traitement du VIH en 2007. Cependant, la loi indique que les résultats des tests d'un mineur doivent être transmis à un parent ou un tuteur. Cette situation est compliquée davantage par le fait qu'il n'existe pas de définition fixe du mineur au Niger. Les mineurs sont considérés par le droit pénal comme toute personne de moins de 21 ans et de moins de 18 ans par la Convention relative aux droits de l'enfant signée (ONU et Union africaine).

## Lois sur le consentement sexuel

Les lois sur le consentement sexuel fixent l'âge minimum auquel les adolescents peuvent consentir à avoir des relations sexuelles. Même si la loi a pour objectif principal de protéger les jeunes et est généralement indiquée dans les lois relatives au viol ou à la violence sexuelle, elle peut avoir un impact majeur sur la capacité ou le désir des jeunes à demander l'aide auprès du service de SSR. En outre, les lois sur le consentement sexuel qui fixent l'âge du consentement à un âge élevé comme en **Sierra Leone** (18 ans) et au **Nigéria** (18 ans selon la loi fédérale) peuvent dissuader les jeunes de moins de 18 ans de consulter ces services, ou inciter les professionnels de la santé à refuser de fournir ces services, en vertu de la loi.

Le système fédéral du **Nigéria** crée un environnement juridique complexe en matière de consentement sexuel. Dans les États qui ont adopté la Loi relative aux droits de l'enfant (Child Rights Act) ou la Loi sur les infractions sexuelles (Sexual Offenses Act), l'âge du consentement sexuel pour les hommes et les femmes est de 18 ans. Dans le nord du Nigéria, l'âge du consentement sexuel varie en fonction de l'État et de la religion prédominante. L'âge peut être celui de la « puberté », 15 ans, 18 ans ou l'âge au mariage pour les femmes. Il n'y a pas d'âge du consentement pour les hommes. Dans les États du sud du Nigéria, l'âge du consentement est de 16 ans pour les femmes et de 14 ans pour les hommes. Dans le TCF d'Abuja, l'âge du consentement sexuel est de 14 ans pour les hommes et les femmes.<sup>11</sup> Selon le code pénal et la Loi relative aux droits de l'enfant (Child Rights Act), les relations sexuelles avec un enfant en-dessous de l'âge du consentement constituent une infraction pénale. Cependant, les ambiguïtés de la loi peuvent créer des vides juridiques dans le système judiciaire. Le chapitre 21 du code criminel du Nigéria stipule qu'avoir des relations sexuelles avec une fille de moins de 13 ans est un acte criminel, mais qu'avoir des relations sexuelles avec une fille âgée de 13 à 16 ans est un écart de conduite, que l'autre partenaire soit un adolescent ou non.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> Lois sur les droits sexuels et reproductifs au Nigéria

<sup>12</sup> [http://www.nigeria-law.org/Criminal%20Code%20Act-PartIII-IV.htm#Chapter 21](http://www.nigeria-law.org/Criminal%20Code%20Act-PartIII-IV.htm#Chapter%2021)

Au **Burkina Faso**, les enfants de moins de 15 ans ne peuvent pas consentir à avoir des rapports sexuels et tout acte sexuel est considéré comme un attentat à la pudeur, même si l'autre enfant a aussi moins de 15 ans. Au Ghana, l'âge sexuel du consentement est de 16 ans, selon la Loi des enfants (Children's Act) de 1998.

Des cinq pays, c'est le **Niger** qui fixe l'âge du consentement sexuel au plus bas, à 13 ans (Code pénal, Article 278). Malgré cela, il est extrêmement difficile d'obtenir des données précises concernant la vie sexuelle des adolescents de moins de 15 ans, puisque la plupart des recherches effectuées et des données recueillies se concentrent sur la SSR des personnes de 15 ans et plus. C'est pourquoi, la précocité de l'âge du consentement sexuel au Niger entraîne un manque de données qui empêche les professionnels de la santé et des politiques de comprendre la santé sexuelle globale des adolescents, l'accès approprié aux services de santé et les besoins éducatifs des adolescents sexuellement actifs dans le pays. Les recherches menées auprès des adolescents sont aussi un sujet complexe. En outre, sans consentement parental, il est très difficile d'obtenir l'approbation éthique au niveau national ou auprès de comités d'éthique internationaux pour les enfants de moins de 18 ans.





# Chapitre 3 :

## Autres politiques de la santé qui ont un impact sur la santé des adolescents et des jeunes

---

Dans chaque pays, plusieurs autres politiques et stratégies liées à la santé, y compris la SSR et le VIH, couvrent les populations générales, mais présentent également des rubriques ou dispositions spécifiques relatives aux adolescents et aux jeunes.

Au **Burkina Faso**, en plus de la politique sur la santé des adolescents, deux autres politiques de la santé majeures couvrent les adolescents et les jeunes. Il s'agit de la Stratégie nationale pour la santé reproductive (2010) et de la Politique de Planification familiale (terminée en 2015 et actuellement en cours de révision).

Au **Ghana**, le ministère de la Santé (MS) promeut et élabore une politique nationale de santé, et est responsable de la surveillance et de l'évaluation des progrès par rapport aux résultats visés. Le Service de santé du Ghana (GHS) est un organisme gouvernemental autonome, allié au MS et qui joue le rôle de bras technique et est responsable de la prestation des services (Plan stratégique sur la santé reproductive [Reproductive Health Strategic Plan] de GHS). En 2007, le Service de santé du Ghana et le MS ont développé une orientation stratégique nationale (National Strategic Direction) visant à améliorer la santé reproductive et néonatale au Ghana pour la période allant de 2007 à 2011.

Le Ghana a également développé une Politique nationale de santé intitulée *Engendrer de la richesse grâce à la santé (Creating Wealth through Health)* en 2007. L'une des mesures de cette politique consiste à développer des programmes spécifiques pour améliorer la prestation des services de santé et des soins de santé dans différents sous-groupes de la population, y compris les adolescents (Creating Wealth through Health, 2007). Le ministère de la Jeunesse et des Sports (MJS) doit mener des campagnes importantes en lien avec son ministère pour promouvoir l'abstinence et les pratiques sexuelles sûres. Actuellement, l'Autorité nationale de la jeunesse (National Youth Authority), dépendante du MJS, met en œuvre des interventions de SSR à petite échelle, principalement avec le soutien de l'UNFPA.

L'objectif 4.3.7 de la Politique démographique nationale (National Population Policy) de 1994 vise à éduquer les jeunes sur des questions de population qui les touchent directement, comme les relations sexuelles, la régulation de la fécondité, la santé des adolescents, le mariage et la maternité, afin de les aider à être des parents responsables et à avoir de petites familles (Politique sur la

santé reproductive des adolescents [Adolescent Reproductive Health Policy], 2000). Cette politique est en cours d'examen.

En 2001, le **Nigéria** a publié une Politique nationale de la santé reproductive (National Reproductive Health Policy), qui est actuellement en cours de révision. Son objectif global est de créer un environnement favorable à la prise de mesures appropriées et de donner aux initiatives nationales et locales l'impulsion et l'aide dont elles ont besoin. La stratégie a fixé des objectifs de 2001 à 2006. En théorie, cette stratégie aurait dû être mise à jour tous les cinq ans. Cependant, des versions plus récentes n'étaient pas disponibles pour cette analyse. Le Nigéria avait également une Politique nationale de la santé reproductive et sexuelle de 2011 à 2015. On ignore si cette politique existe toujours aujourd'hui.

Au **Niger**, l'environnement politique global concernant la SSR des adolescents est couvert dans le Plan de développement économique et social du pays. Ce plan illustre clairement l'engagement du gouvernement à :

- améliorer la santé de toutes les personnes, en particulier des groupes vulnérables ;
- réduire les inégalités au niveau de l'accès aux services de santé et aux services sociaux ;
- protéger les jeunes contre différents risques pour la santé.

La Déclaration de la Politique Générale du gouvernement de 2011 ouvre la voie à l'accès universel aux services sociaux, particulièrement pour les pauvres, dont la plupart sont des adolescents.

En 2002, la **Sierra Leone** a revu sa Politique nationale de santé (National Health Policy) datant de 1993 (EDS 2013). En 2010, la Sierra Leone a publié son premier Plan stratégique national du secteur de la santé (National Health Sector Strategic Plan, NHSSP) portant sur les années 2010 à 2015. Ce plan a été conçu pour servir de structure et aider le ministère de la Santé et de l'Assainissement (MSA) et ses partenaires

à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement. Les points clés à renforcer selon ce plan comprennent<sup>13</sup>:

- l'accès aux services de santé ;
- la qualité des services de santé ;
- l'équité des services de santé ;
- l'efficacité des prestations de services ;
- le caractère inclusif des services.

Conformément à l'Agenda pour le changement (Agenda for change) et au Plan stratégique du secteur de la santé (Health Sector Strategic Plan) du gouvernement, l'Initiative de soins de santé gratuits (Free Healthcare Initiative, FHI) a été lancée en 2010 pour offrir des services de santé gratuits aux femmes enceintes, aux mères qui allaitent et aux enfants de moins de 5 ans. Le FHI porte principalement sur l'offre d'un ensemble de services de soins de santé fondamentaux gratuits pour assurer une amélioration significative de la santé maternelle et de l'enfant (EDS 2013). Le FHI n'indique pas l'âge minimum du consentement et ne mentionne pas les adolescents de façon spécifique, mais il est probable que cette initiative soit une très bonne ressource pour les adolescentes enceintes.

La Stratégie sur la santé reproductive, néonatale et de l'enfant (Reproductive, Newborn and Child Health, RNCH) portant sur les années 2011 à 2015 avait pour objectif de promouvoir l'offre de services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes (SSAAJ). Cependant, elle ne répond pas aux besoins en SSR particuliers des adolescents et le MSA ne propose actuellement pas de formation ou d'activités destinées à répondre aux besoins de santé spécifiques des adolescents (RNCH 2011 à 2015).

<sup>13</sup> DHS 2013







# Chapitre 4 :

# Politiques et stratégies d'éducation

---

Tous les pays ont des stratégies et des politiques nationales en matière d'éducation. La plupart de celles-ci promeuvent l'éducation de base obligatoire et certaines comprennent également des dispositions sur les subsides de l'État pour les uniformes, les manuels scolaires et les autres frais associés à la scolarisation. Cet examen comprend des informations visant à déterminer si ces politiques couvrent également l'éducation à la santé, particulièrement l'éducation sexuelle et/ou l'éducation relative au VIH, et si elles comportent des clauses spécifiques sur la réintégration des filles enceintes ou des mères adolescentes dans les écoles. Le Burkina Faso est le seul pays à avoir développé une stratégie spécifique pour l'éducation des filles.

Le **Burkina Faso** dispose d'une Stratégie nationale pour l'accélération de l'éducation des filles (2012 à 2021), développée en 2012 par le ministère de l'Éducation et de l'Alphabétisation, avec le soutien de l'UNICEF et d'autres acteurs internationaux. Ce plan comprend des objectifs précis visant à la création d'environnements favorables dans le secteur de l'éducation afin de maintenir les filles à l'école et de promouvoir leur scolarisation.

Il s'agit d'une stratégie complète qui comprend une formation destinée aux professeurs et une formation administrative, l'élimination des obstacles auxquels les jeunes filles (mariées ou non) font face pour aller à l'école et des interventions éducatives au niveau de la communauté pour former les parents, la communauté et les chefs religieux. On ignore si la réintégration des filles enceintes est comprise dans cette stratégie. Néanmoins, elle est recommandée en tant que meilleure pratique pour l'éducation des filles et les programmes de prévention du mariage des enfants. L'objectif est d'éliminer les inégalités de genre dans le système éducatif. Cette stratégie est financée par le gouvernement du Burkina Faso et d'autres acteurs internationaux.<sup>14</sup>

Au **Ghana**, l'article 38(2) de la constitution stipule que le gouvernement doit offrir un Programme d'enseignement de base gratuit, obligatoire et universel (Free Compulsory Universal Basic Education, FCUBE), par le biais du ministère de l'Éducation (ME). De la même façon, le ME a lancé le FCUBE en septembre 1995, l'objectif principal de la politique étant d'offrir à tous les enfants en âge d'aller à l'école au Ghana la

---

<sup>14</sup> Rapport annuel de l'UNICEF, Burkina Faso, 2012

chance de recevoir un enseignement de base de qualité. En outre, dans le cadre du FCUBE, le gouvernement fournit gratuitement des manuels et d'autres fournitures scolaires, y compris des livres d'exercices, des uniformes et des repas scolaires, à toutes les écoles publiques d'enseignement de base. Les écoles secondaires du deuxième cycle doivent également fournir des manuels scolaires. Cependant, à partir de ce niveau d'enseignement, aller à l'école coûte cher, puisque les élèves doivent acheter leurs uniformes et leurs fournitures scolaires eux-mêmes.

Les objectifs de la politique du Plan stratégique sur l'éducation (Education Strategic Plan) de 2010 à 2020 sont :

- d'améliorer l'accès ;
- d'améliorer la qualité ;
- d'améliorer et de développer l'enseignement et la formation techniques et professionnels (EFTP) ;
- de promouvoir la santé/l'assainissement dans les établissements ;
- d'améliorer le planning et la gestion ;
- de développer l'éducation scientifique et technologique ;
- d'améliorer la qualité académique et la recherche ;
- de développer l'éducation préscolaire ;
- de promouvoir des programmes pour prévenir le VIH et le SIDA ;
- d'assurer l'égalité des chances pour les filles.

Le Plan stratégique sur l'éducation (Education Strategic Plan, ESP) de 2010 à 2020 a présenté une vue d'ensemble des dépenses nationales pour l'ESP des années précédentes. Il convient de noter un résultat prometteur : les dépenses nationales pour l'éducation ont atteint 10 pourcent des dépenses publiques en termes de pourcentage du PIB du pays.

Même si les dépenses totales peuvent ne pas suffire pour répondre à tous les besoins dans le pays, ces statistiques sont encourageantes. En effet, elles démontrent que les dépenses ont augmenté au fil du temps et qu'un pourcentage important du PIB total du pays est réinvesti dans l'éducation des jeunes.

Des discussions se poursuivent au Ghana à propos de l'harmonisation des programmes d'éducation sexuelle, selon des directives nationales élaborées récemment. L'ESP précédent (2003 à 2015) comprenait uniquement un programme spécifique au VIH, tandis que le nouveau comprend une éducation sur des questions de SSR plus larges, y compris le VIH.

Le **Niger** dispose d'une Politique nationale du secteur de l'éducation garantissant l'enseignement gratuit et stipulant que l'enseignement est obligatoire jusqu'à 16 ans. Le Niger dispose également d'une Politique nationale du secteur de l'éducation sur le VIH/SIDA. Néanmoins, la Stratégie du secteur de l'éducation sur le VIH/SIDA et le Plan d'action qui y est lié font partie de sa Stratégie nationale de lutte contre le SIDA.

L'éducation à la santé sexuelle dans le cadre de l'éducation formelle figure dans le programme standard du ministère de l'Éducation au Niger. L'éducation à la santé sexuelle a commencé à être enseignée récemment et étant donné le taux d'éducation extrêmement bas dans le pays, en particulier pour les filles (environ 73 pour cent des filles ne bénéficient pas d'une éducation formelle), on peut soutenir que cet enseignement formel ne couvre qu'une partie limitée des adolescents du Niger.

La Politique Nationale sur l'Éducation (National Policy on Education) du **Nigéria** a été publiée en 1977. La politique la plus récente date de 2004 et a ensuite été révisée en 2013. Cette politique constitue la directive pour l'administration et l'application efficaces de l'éducation aux trois niveaux de pouvoirs (Fédéral, État et Gouvernements locaux).

La Loi sur l'éducation de base obligatoire et gratuite a été promulguée en 2004 et stipule que les enfants sont légalement obligés d'aller à l'école primaire et secondaire et que chaque gouvernement du Nigéria doit assurer une éducation de base obligatoire et gratuite (Compulsory Free Basic Education Act 2004). Le gouvernement du Nigéria a établi le Programme d'éducation de base universelle (Universal Basic Education, UBE), un programme d'éducation de base obligatoire de neuf ans, composé de six ans d'enseignement primaire et de trois ans d'enseignement secondaire de premier cycle. Ce programme est gratuit mais les familles doivent tout de même payer les uniformes et les manuels scolaires. La loi relative aux droits de l'enfant (Child Rights Act) de 2003, qui protège le droit à l'éducation, a été adoptée dans 23 États du Nigéria.

En 2000, le Nigéria a adopté le Programme national d'éducation sexuelle (National Sexuality Education Curriculum), ou Éducation à la santé familiale (Family Life Health Education), qui stipule que l'éducation sexuelle, notamment le VIH, doit être enseignée dans l'enseignement primaire supérieur (du CM1 à la 6e) et l'enseignement secondaire inférieur (de la 5e à la 3e). Cependant, l'application des règles dépend de leur adoption par les États. Par conséquent, l'application n'est ni constante, ni uniforme : certains sujets sont supprimés tandis que d'autres sont modifiés et perdent souvent leur sens premier. On rapporte que le programme national interdit les informations sur les préservatifs et la contraception et que les sujets abordés portent uniquement sur la prévention des maladies/du VIH et se fondent sur la pratique de l'abstinence. Il est évident que donner aux États la liberté de choisir s'ils veulent adopter le programme ou non entraîne un manque de cohérence de l'éducation sexuelle au niveau national (UNFPA 2014).

La **Sierra Leone** a fondé la Commission nationale pour l'éducation de base (National Commission for Basic Education) en 1993. Deux ans plus tard, elle a créé une nouvelle Politique d'éducation pour la Sierra Leone. Cette politique est en cours d'examen. En 1997, la Sierra Leone a élaboré le Plan directeur de l'éducation (Education Master Plan) (Banque mondiale, 2007).

Selon la Loi sur l'éducation (Education Act) de 2004, l'éducation de base est obligatoire en Sierra Leone pour tous les enfants et est composée de six ans d'enseignement primaire et de trois ans d'enseignement secondaire de premier cycle. Cette loi stipulait également que l'éducation obligatoire devait être gratuite pour tous les enfants au niveau primaire et secondaire de premier cycle pour les filles dans les zones du nord et de l'est du pays (Education Act 2004). Mais, encore une fois, bien que le gouvernement ait aboli les frais de scolarité, l'éducation reste trop coûteuse pour de nombreuses personnes puisque les écoles imposent différents frais aux élèves, comme l'achat de manuels, l'obligation de porter l'uniforme et d'autres frais administratifs.



# Chapitre 5 :

## Politiques pour les jeunes, y compris l'emploi des jeunes

---

Aucun des pays étudiés dans cet examen ne dispose de stratégie ou de politique spécifique sur l'emploi des jeunes. Cependant, ils disposent tous d'une politique ou d'un plan d'action liés aux adolescents et aux jeunes qui couvre l'emploi, en plus de l'éducation et d'autres aspects du développement des adolescents et des jeunes. Cette rubrique aborde les politiques pour les jeunes dans chaque pays, en portant une attention particulière à l'emploi des jeunes.

Au **Burkina Faso**, une nouvelle politique nationale pour les jeunes portant sur les années 2015 à 2024 a été adoptée. Elle couvre la santé, l'emploi, le civisme et le développement de la capacité des jeunes dans le dialogue politique. Elle a été rédigée sous la direction du ministère de la Jeunesse à l'issue d'un vaste processus participatif de longue durée qui a inclus plusieurs autres ministères, des ONG nationales et internationales, des organisations de la société civile, des organisations dirigées par des jeunes et de nombreuses autres parties prenantes.

La Politique nationale pour les jeunes crée un cadre politique pour l'emploi des jeunes et le développement culturel. C'est aussi la structure qu'utilise le ministère de l'Autonomisation des Jeunes (MEJ) pour engager le dialogue avec les jeunes et travailler avec d'autres ministères, surtout les ministères de l'Éducation et de la Santé, pour

créer des environnements adaptés aux jeunes et autonomiser les jeunes dans la société du Burkina Faso. Le ministère de la Jeunesse et de l'Emploi du Burkina Faso est chargé de créer un environnement favorable à l'emploi et au développement culturel des jeunes, ainsi qu'aux associations de jeunes. Les jeunes visés par cette politique sont âgés de 15 à 35 ans.

La promotion de l'emploi et la création d'emplois au **Ghana** sont des objectifs importants de la Stratégie de croissance partagée et de développement II (Shared Growth and Development Agenda, GSGDA II) pour les années 2014 à 2017 qui aborde « l'exploitation des ressources naturelles du Ghana, le potentiel de l'agriculture et la base des ressources humaines pour l'accélération de la croissance économique et la création d'emplois grâce à la valeur ajoutée, en particulier au niveau de la fabrication » (Politique nationale sur l'emploi [National Employment Policy 2014]).

Le ministère de la Jeunesse et des Sports (MJS) a publié une Politique nationale de la jeunesse (National Youth Policy) en 2010 ayant pour thème Pour une jeunesse autonomisée, ayant un impact positif sur le développement national (*Towards an Empowered Youth, Impacting Positively on National Development*). Les domaines de priorité comprennent, sans s'y limiter, l'éducation et la formation aux compétences, l'emploi, l'égalité des chances, la santé de genre et le VIH/SIDA.

La Politique nationale de l'emploi (National Employment Policy, NEP) du Ghana de 2014 vise les jeunes âgés de 15 à 35 ans. La NEP adopte une approche intersectorielle et intégrée visant à promouvoir l'emploi et la création d'emplois, ce qui crée un environnement favorable non seulement pour les publics visés, mais aussi pour les Ghanéens en général.

Les recherches qui façonnent la politique ont identifié des pourcentages élevés de chômage et de sous-emploi des jeunes. La politique avait pour objectif de mettre en place une structure pour améliorer le statut économique, qui comprenait la promotion d'un système national d'apprentissage. Ce système visait principalement à préparer davantage les jeunes et les personnes qui arrêtent l'école prématurément, pour qu'ils acquièrent de l'expérience dans de nombreux domaines de compétences, dans de nombreux secteurs et de savoir-faire (NEP, 2014).

En 2015, le ministère de la Jeunesse du **Niger** a développé une politique nationale de la jeunesse (PNJ) qui requiert la création d'un programme pour créer un environnement favorable à l'emploi des jeunes, à l'apprentissage continu et au développement des compétences, aux opportunités économiques et à l'intégration des perspectives des jeunes dans le discours public. Dans cette politique, le ministère considère les jeunes comme les personnes âgées de 15 à 34 ans. Cette politique crée un environnement favorable et comprend plusieurs meilleures pratiques importantes, comme les ressources éducatives ; l'apprentissage continu et l'éducation relative aux compétences, le budget pour des activités générant des revenus et des activités de protection de la jeunesse. Les activités de protection comprennent l'amélioration de l'accès aux services de santé, le renforcement du système de santé pour la prestation de services de SSR destinés aux adolescents et d'autres sujets relatifs à l'accès aux services et à l'éducation à la santé.

Au Niger, la Politique nationale de la jeunesse expose les stratégies pour assurer que les jeunes sont mieux intégrés dans la société, bénéficient d'opportunités économiques, sont politiquement engagés et peuvent participer pleinement au développement du pays. Voici les objectifs principaux :

- Les jeunes filles et garçons ont accès aux opportunités d'apprentissage et de développement pour acquérir des compétences spécifiques, sans discrimination ;
- Renforcement de l'engagement et de la participation des jeunes à la promotion de la citoyenneté, à la citoyenneté et à l'exercice démocratique du leadership social et politique à tous les niveaux ;
- Meilleure intégration des jeunes dans l'économie ;
- Meilleure protection des jeunes pour leur permettre de mener une vie saine ;
- Les jeunes sont intégrés dans la conception, la mise en œuvre et le contrôle des stratégies de développement sectoriel et global et jouent un rôle dans la planification du développement au niveau régional et municipal ;
- Renforcement des compétences de coordination sectorielle et direction de la mise en œuvre du NPC.

Il existe également un Plan d'action pour les adolescents qui couvre les années 2015 à 2018. Ce plan est fondé sur plusieurs stratégies interconnectées :

- Promotion des normes comportementales et sociales qui permettent le plein épanouissement de l'adolescent ;
- Meilleur accès des adolescents aux services afin de réduire leur vulnérabilité ;
- Amélioration des services sociaux afin qu'ils puissent répondre de façon efficace aux besoins des jeunes ;
- Création d'un contexte politique et législatif favorable pour protéger et renforcer les droits des adolescents ;
- Amélioration de la production et de l'utilisation de données sur les adolescents.

Au **Nigéria**, la Politique nationale de la jeunesse (National Youth Policy) en est actuellement à sa deuxième édition. Il s'agit de la politique directrice concernant les questions de santé et de développement des jeunes et elle identifie les priorités, directives et le soutien pratique que le gouvernement doit fournir pour le développement des jeunes hommes et femmes (âgés de 18 à 35 ans), même si elle fait également référence au groupe d'âge de la pré jeunesse. Elle identifie 14 catégories de jeunes comme étant les bénéficiaires visés :

- Élèves des établissements secondaire et tertiaire ;
- Jeunes qui ne vont pas à l'école ;
- Jeunes au chômage et sous-employés ;
- Jeunes handicapés ;
- Jeunes impliqués dans la criminalité et la délinquance ;
- Jeunes femmes ;
- Jeunes talentueux ;
- Jeunes vivant en milieu rural ;
- Jeunes vivant dans la rue ;
- Jeunes femmes et hommes atteints du VIH/SIDA ;
- Jeunes participant à et touchés par des situations de conflit armé ;
- Jeunes analphabètes ;
- Travailleurs du sexe ;
- Jeunes dans la diaspora.

Elle est accompagnée d'un plan d'action. Les défis de la politique actuelle comprennent une mauvaise diffusion de son contenu aux niveaux infranationaux et une mauvaise mise en œuvre de la politique dans des activités concrètes. Il est prévu de réviser

la politique pour l'aligner davantage sur la réalité actuelle des jeunes (y compris le ciblage spécifique des jeunes dans les contextes humanitaires) et pour la rendre plus facile à utiliser. Au moment de la rédaction du présent document, cette révision devait avoir lieu en septembre 2016.

Le **Sierra Leone** s'est doté d'une Politique nationale pour l'Emploi en 2014 et d'un Programme national pour la Jeunesse pour 2014-2018. Avant cela, le gouvernement dépendait largement de politiques dépassées datant des années 60. En 2003, le gouvernement de la Sierra Leone a lancé une Politique nationale de jeunesse (National Youth Policy, NYP) révisée et a fondé une Commission de la jeunesse pour promouvoir les opportunités de développement pour les jeunes. Elle a été à nouveau révisée en 2014. La NYP a le potentiel d'améliorer significativement le secteur de la jeunesse en renforçant la collaboration entre les organisations de jeunes et les agences au service des jeunes, les ONG internationales et locales, et tous les ministères pertinents qui mènent des activités liées aux jeunes. La politique définit les jeunes comme tout Sierra-Léonais (femme et homme) appartenant à la tranche d'âge de 15 à 35 ans (NYP 2003).

La Loi nationale sur les services à la jeunesse (National Youth Service Act) de 2016 a également été promulguée pour créer des opportunités de travail pour les jeunes. De nombreux jeunes ne bénéficient pas d'une éducation formelle ou n'ont pas de réelles compétences en grande partie à cause de la guerre. Seuls 20 pourcent des jeunes âgés de 15 à 35 ans ont terminé l'école primaire.

Le taux de chômage des jeunes vivant dans des zones urbaines est très élevé. Selon le rapport du PNUD de 2012, le taux de chômage chez les jeunes (de 15 à 35 ans) était de 60 pour cent<sup>15</sup>, ce qui signifie que la Sierra Leone a le taux de chômage des jeunes le plus élevé de l'Afrique de l'Ouest. Il existe moins d'opportunités d'emploi officiel chez les jeunes dans le pays et les jeunes femmes sont encore plus désavantagées en raison des disparités de genre et ont moins accès à des emplois payés et à des emplois formels.<sup>16</sup>

<sup>15</sup> [http://www.sl.undp.org/content/dam/sierraleone/docs/projectdocuments/povreduction/sl\\_status\\_ofthe\\_youth\\_report2012FINAL.pdf](http://www.sl.undp.org/content/dam/sierraleone/docs/projectdocuments/povreduction/sl_status_ofthe_youth_report2012FINAL.pdf)

<sup>16</sup> <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/sr171/sr171.pdf> (EDS, 2008)





# Résultats et recommandations principaux

---

La population de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) est majoritairement jeune. Plus de 64 pour cent des habitants ont moins de 24 ans. Les jeunes représentent une ressource incroyable pour la région, mais uniquement si on accorde les financements nécessaires à leur éducation, leur santé, leur acquisition de compétences et leur habilitation.

Pour garantir que les jeunes exploitent pleinement leur potentiel, il est important de créer un contexte politique et juridique d'habilitation qui protège et promeut la santé, le bien-être, l'éducation et l'emploi des jeunes, et en particulier des adolescentes. C'est pourquoi, les politiques doivent essayer d'habiliter et de responsabiliser les jeunes et s'appuyer sur la législation qui défend leurs droits.

## Résultats principaux

Cet examen couvre : les cadres politiques et juridiques relatifs au mariage des enfants et à la SSR des adolescents, les politiques et stratégies de santé plus larges qui comprennent des dispositions ou des rubriques relatives aux adolescents et à la jeunesse, des politiques d'éducation et des politiques sur la jeunesse et l'emploi des jeunes. Cette analyse juridique a révisé les lois relatives au mariage des enfants (âge requis pour se marier, y compris les exceptions au consentement parental), à l'accès des adolescents aux services de SSR, y compris aux services de conseils sur la contraception et aux services de conseil et de

dépistage du VIH, ainsi que les lois sur le consentement sexuel.

Cet examen a révélé que, même s'il existait des cas de politiques et de lois d'habilitation et de soutien, dans la plupart des pays, l'ensemble des lois, politiques et stratégies relatives aux adolescents et aux jeunes était complexe, et souvent contradictoire. Ce manque de clarté pourrait représenter, pour les adolescents et les jeunes, un obstacle significatif à l'accès et au recours aux services de santé, à l'éducation et à l'emploi.

Cette situation pourrait les rendre plus vulnérables et donc plus susceptibles d'être victimes du mariage des enfants. Les résultats sont les suivants :

- **Mariage des enfants :** Le mariage des enfants est un problème que l'on observe dans tous les pays examinés. Cependant, la prévalence varie considérablement, le Niger ayant le taux de prévalence le plus élevé au monde (76,3 %) contre un taux de prévalence relativement bas (20,7 %) au Ghana. Parmi les cinq pays étudiés dans le cadre de cet examen, seul le Burkina Faso dispose d'une stratégie nationale de lutte contre le mariage des enfants. Le Ghana et le Nigéria, quant à eux, sont en train de développer des stratégies/politiques nationales à ce sujet. Dans une certaine mesure, le Niger et la Sierra Leone abordent la question du mariage des enfants dans leurs politiques nationales relatives à la grossesse à l'adolescence. Cependant, le contexte juridique des cinq pays concernant le mariage des enfants est bien moins prometteur. La législation du Ghana est la seule à être sans équivoque. Elle indique que l'âge légal pour se marier est de 18 ans pour les filles et les garçons, sans exception. Dans les autres pays, soit l'âge minimum requis pour se marier est inférieur à 18 ans, soit les moins de 18 ans peuvent déroger à la règle et se marier avec le consentement parental, en raison de vides juridiques. Plusieurs mouvements de défense visant à augmenter l'âge minimum pour se marier et à pallier les vides juridiques gagnent du terrain dans ces pays.
- **Santé sexuelle et reproductive des adolescents :** Tous les pays disposent d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action en matière de santé des adolescents qui couvre également la SSR des adolescents. La plupart de ces politiques comportent des mesures pour lutter contre les taux élevés de grossesses des adolescentes. Bien que plusieurs politiques encouragent l'accès des adolescents aux services de SSR, souvent, elles ne comportent pas de dispositions précises sur l'accessibilité et la qualité de ces services ou sur la formation des professionnels de la santé. Dans de nombreux cas, les ambiguïtés juridiques concernant l'âge requis pour avoir accès aux contraceptifs et aux autres services de SSR impliquent que les décisions finales peuvent reposer dans les mains des professionnels de la santé. Cette situation introduit donc un facteur de subjectivité quant à la prestation de ces services. Cet examen comprenait une analyse juridique des lois relatives au consentement sexuel. Ces lois sont principalement protectrices par nature. Néanmoins, dans certains cas où l'âge légal du consentement sexuel est très élevé (18 ans et plus), elles peuvent représenter un obstacle pour les adolescents qui souhaitent avoir recours aux services de SSR. En Sierra Leone et au Nigéria (où l'âge du consentement sexuel est de 18 ans), les adolescents de moins de 18 ans sont réticents à utiliser ces services ou ne sont pas autorisés à les utiliser par les professionnels de la santé, en vertu de cette loi.
- **Politiques et stratégies d'éducation :** Tous les pays étudiés dans le cadre de cet examen disposent d'une politique ou d'une stratégie d'éducation qui stipule que l'enseignement de base est obligatoire et gratuit. Cependant, dans la plupart des pays, les coûts supplémentaires associés à la scolarité, comme l'achat des uniformes et des manuels scolaires, peuvent constituer un obstacle significatif à l'accès à l'éducation, en particulier dans les communautés les plus pauvres. Cette situation affecte souvent les filles de façon disproportionnée. Il convient de noter que le Burkina Faso a une stratégie spécifique pour faire progresser l'éducation des filles. Cette analyse a également déterminé si les politiques d'éducation comprenaient ou non des dispositions sur l'éducation sexuelle ou, ou plus généralement, sur l'éducation à la santé. Les politiques de tous les pays mentionnaient l'éducation à la santé, en mettant l'accent sur la santé sexuelle, la santé de la famille ou le VIH.
- **Politiques pour les jeunes, y compris Politiques sur l'emploi des jeunes :** Aucun des pays n'avait de politique ou de stratégie spécifique sur l'emploi des jeunes. Néanmoins, ils avaient tous une politique, une stratégie ou un plan d'action sur les jeunes qui traitait de l'emploi des jeunes en détails, avec une attention particulière portée sur la création d'emplois, la formation des jeunes et les solutions intersectorielles pour résoudre ce problème.

# Recommandations

Même s'il existe différentes pratiques prometteuses sur lesquelles les pays peuvent s'appuyer, cet examen a révélé que l'ensemble des politiques et des lois est complexe, et souvent contradictoire, dans les cinq pays couverts par cette étude. Les recommandations pour résoudre ce problème sont les suivantes :

- Les politiques relatives au mariage des enfants doivent inclure un ensemble d'approches politiques complet pour accélérer la mise en place de mesures visant à mettre fin au mariage des enfants, ainsi que pour protéger les adolescentes qui sont déjà mariées.
- Il faut garantir que les lois sur le mariage des enfants sont alignées sur les normes internationales, telles qu'inscrites dans la Convention relative aux droits de l'enfant ainsi que dans la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. Cela signifie que l'âge minimum requis pour se marier est fixé à 18 ans pour les deux sexes, sans exception, même avec le consentement du parent ou du tuteur.
- Les gouvernements doivent développer des politiques, ou réviser celles qui existent, et promulguer des lois qui protègent le droit des jeunes de jouir du meilleur état de santé possible. Les services de SSR doivent s'aligner sur les normes des services adaptés aux jeunes et aux adolescents tels que définis par l'OMS (voir Annexe II). Les politiques et les lois doivent autoriser l'accès des adolescents aux services de SSR et relatifs au VIH, y compris les services de contraception et les services de conseil et de dépistage du VIH. Tous les pays figurant dans cet examen sont signataires de la Convention relative aux droits de l'enfant (CNUDE). La CNUDE demande aux gouvernements de reconnaître la capacité croissante des adolescents à prendre des décisions indépendantes en ce qui concerne leur santé. Pour ce faire, il est nécessaire d'examiner et de réviser les politiques et les lois qui ne permettent pas aux adolescents d'avoir accès aux services de SSR sans le consentement de leurs parents ou tuteurs.
- Les lois régissant l'âge du consentement aux relations sexuelles et l'âge du consentement aux services de SSR doivent être harmonisées. L'âge du consentement aux relations sexuelles doit être fixé à un âge qui reconnaisse que de nombreux jeunes commencent à être sexuellement actifs durant l'adolescence.
- Les politiques éducatives doivent couvrir l'enseignement primaire et secondaire, en portant une attention particulière à l'éducation des filles. En outre, elles doivent combattre les obstacles à l'éducation grâce à la suppression des frais de scolarité, en subventionnant les uniformes et manuels scolaires et, si possible, en fournissant des repas scolaires. Elles doivent également inclure des dispositions concernant les programmes d'éducation sexuelle dans les écoles.
- Les pays doivent développer des politiques relatives à l'emploi des jeunes qui comprennent des directives claires et des mesures concrètes sur les méthodes employées pour : préparer les jeunes au marché en leur offrant éducation, apprentissage de compétences et formation, réduire le chômage et le sous-emploi des jeunes, et enfin améliorer la qualité des emplois des jeunes.
- Il faut calculer le coût des politiques et stratégies et leur attribuer le financement nécessaire pour soutenir leur mise en œuvre. Les lois doivent être appliquées grâce au soutien des systèmes judiciaires appropriés.



# Annexe I :

## Tableau des politiques révisées par pays

BURKINA FASO		
Politiques, stratégies et documents révisés		Date
Documents de référence	Enquête démographique et de santé	2010
	Action humanitaire pour les enfants 2011 de l'UNICEF ; Renforcer la résilience	2011
	Rapport annuel de l'UNICEF sur le Burkina Faso de 2012, WCARO	2012
	Analyse de la situation de la pauvreté et de la vulnérabilité des enfants et des femmes au Burkina Faso	Décembre 2010
Domaine juridique	Code pénal	1996
	Code des personnes et de la famille	1989
	Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant	1990
	Convention relative aux droits de l'enfant (ONU)	1990
	Loi sur le VIH	2008
Santé	Politique nationale de santé	
	Politique et normes nationales en matière de santé de la reproduction	Mai 2010
	Stratégie nationale sur la santé des jeunes	2015 à 2020
	Stratégie nationale de prévention et d'élimination du mariage des enfants	2016 à 2025
	Plan d'action pour la Stratégie nationale de prévention et d'élimination du mariage des enfants au Burkina Faso de trois ans	2016 à 2019
	Politique nationale sur le VIH	2008
	Plan national de relance de la planification familiale	2013 à 2015
Jeunes et emploi des jeunes	Politique nationale de la jeunesse	Septembre 2008
	Politique nationale de la jeunesse (comprend les sujets de l'emploi et de l'éducation)	2015
Éducation	Stratégie nationale pour l'accélération de l'éducation des filles	2012 à 2021

## GHANA

Politiques, stratégies et documents révisés		Date
Documents de référence	Enquête démographique et de santé	2014
Domaine juridique	Code pénal	1960
	Constitution de la République du Ghana	1992
	Loi sur la justice des mineurs (Juvenile Justice Act)	2003
	Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant	1990
	Convention relative aux droits de l'enfant, ONU	1990
	Loi sur les enfants (Children's Act)	1998
Santé	Politique de santé nationale (National Health Policy) : Engendrer de la richesse grâce à la santé (Creating Wealth through Health)	2007 (En cours d'examen)
	Politique sur la santé reproductive des adolescents	2000 (En cours d'examen)
	Politique nationale sur le VIH/SIDA et les IST	2013 (Aux derniers stades de la révision)
	Plan stratégique sur la santé de la reproduction (Reproductive Health Strategic Plan) ÉBAUCHE	2012
	Plan stratégique sur les services de santé de la reproduction au Ghana (Ghana Health Service Reproductive Health Strategic Plan)	2007 à 2011 (Remplacé par CAO)
	Cadre d'accélération de la réalisation des OMD (CAO)	2011 à 2015 (Bientôt en cours d'examen)
Jeunesse	Politique nationale de la jeunesse (National Youth Policy)	2010
Éducation	Plan stratégique d'éducation (Education Strategic Plan)	2010 à 2020
Emploi	Politique nationale de l'emploi (National Employment Policy)	2014
Genre	Loi sur la violence domestique (Domestic Violence Act)	2007
Genre	Cadre stratégique national sur la lutte contre le mariage des enfants (National Strategic Framework on ending Child Marriage)	En cours de développement

**NIGER**

<b>Politiques, stratégies et documents révisés</b>		<b>Date</b>
Documents de référence	Enquête démographique et de santé	2013
	Action humanitaire pour les enfants 2011 de l'UNICEF ; Renforcer la résilience	2011
	Le cadre de la protection de l'enfant	2010
	La politique de protection judiciaire juvénile	n/a
	La politique nationale d'état civil	n/a
	La Politique Nationale de Protection Sociale	2013 à 2015
	Initiative 3N pour le développement agricole durable	2012
Domaine juridique	Code pénal	1961 ; mis à jour en 2004
	Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant	1990
	Convention relative aux droits de l'enfant (ONU)	1990
Santé	Politique nationale sur la prévention de la grossesse à l'adolescence	2015 à 2020
	Politique nationale de genre	2008
Jeunes et emploi des jeunes	Politique nationale de la jeunesse	2015

## NIGÉRIA

Politiques, stratégies et documents révisés		Date
Documents de référence	Enquête démographique et de santé	2013
Domaine juridique	Code pénal	1960
	Fiche d'informations sur la Loi relative aux droits de l'enfant (Child Rights Act) de 2003	2007
	Programme d'enseignement de base obligatoire et universel (Universal Basic Education Act)	2004
	Loi sur le code pénal (Criminal Code Act)	1990
Santé	Politique nationale sur le VIH/SIDA (National Policy on HIV/AIDS)	2009
	Stratégie nationale sur le VIH pour les adolescents et les jeunes (National HIV Strategy for Adolescents and Young People)	2016 à 2020
	Politique et stratégie nationales en matière de santé de la reproduction (National Reproductive Health Policy and Strategy)	2001
	Politique nationale de santé (National Health Policy) révisée	2004
	Politique nationale de santé des adolescents (National Adolescent Health Policy)	1995
	Politique nationale de santé et de développement des adolescents et des jeunes au Nigéria (National Policy on the Health and Development of Adolescents and Young People in Nigeria)	2007
	Cadre stratégique national sur la santé de la reproduction (National Reproductive Health Strategic Framework)	2002 à 2006
	Cadre stratégique national sur la santé et le développement des adolescents et des jeunes au Nigéria (National Strategic Framework on the Health & Development of Adolescents & Young People in Nigeria)	2007 à 2011
	Stratégie nationale en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes (National Youth Sexual and Reproductive Health Strategy)	2011 à 2015
	Directives politiques nationales et Normes pratiques sur la Planification familiale/Santé reproductive (National Family Planning/ Reproductive Health Policy Guidelines and Standards of Practice)	2005
Protocole national des services cliniques de SR/PF (National RH/FP Clinical Service Protocol)	Révisé, 2015	
Emploi	Politique nationale de l'emploi (National Employment Policy)	Inconnu



## SIERRA LEONE

Politiques, stratégies et documents révisés		Date
Documents de référence	Enquête démographique et de santé	2013
Domaine juridique	Code pénal	1965
	Loi relative aux droits de l'enfant (Child Rights Act)	2007
	Loi sur l'éducation (Education Act)	2004
	Loi nationale sur la Commission du VIH et du SIDA (The National HIV and AIDS Commission Act)	2011
Santé	Stratégie relative à la santé reproductive, néonatale et des enfants (Reproductive, Newborn and Child Health Strategy) (en cours de révision pour devenir la Stratégie de santé reproductive, maternelle, néonatale, des enfants et des adolescents)	2011 à 2015
	Plan national stratégique sur le VIH/SIDA (The National Strategic Plan on HIV/AIDS)	2016 à 2020
	Stratégie nationale pour la réduction de la grossesse des adolescentes (National Strategy for the Reduction of Teen Pregnancy) (en cours d'examen)	2013 à 2015
	Plan stratégique national du secteur de la santé (National Health Sector Strategic Plan)	2010 à 2015
Jeunesse	Politique nationale de la jeunesse (National Youth Policy)	2003

# Annexe II :

## OMS – Normes mondiales pour des services de santé de qualité pour les adolescents

### ONUSIDA (UNAIDS Standards for Quality Health Care Services for Adolescents)

<p><b>1ère norme.</b> Connaissances des adolescents sur la santé</p>	<p>L'établissement de santé met en place des systèmes pour garantir que les adolescents ont de bonnes connaissances sur leur propre santé et savent quand et comment avoir accès à des services de santé.</p>
<p><b>2e norme.</b> Soutien communautaire</p>	<p>L'établissement de santé met en place des systèmes pour garantir que les parents, les tuteurs et les autres membres de la communauté, ainsi que les organisations communautaires reconnaissent la valeur de la prestation de services de santé aux adolescents et du soutien d'une telle prestation et de l'utilisation de ces services par les adolescents.</p>
<p><b>3e norme.</b> Ensemble de services approprié</p>	<p>L'établissement de santé fournit un ensemble de services d'informations, de conseils, de diagnostic, de traitement et de soins qui répond aux besoins de tous les adolescents. Les services sont fournis dans l'établissement, en référant le patient à un autre établissement, ou encore via les services itinérants.</p>
<p><b>4e norme.</b> Compétences du professionnel de la santé</p>	<p>Les professionnels de la santé font preuve des compétences techniques nécessaires pour fournir des soins de santé efficaces aux adolescents. Les professionnels de la santé et le personnel de soutien respectent, protègent et appliquent les droits des adolescents à l'information, à la vie privée, à la confidentialité, à la non-discrimination, à une approche non moralisatrice et au respect.</p>
<p><b>5e norme.</b> Caractéristiques de l'établissement</p>	<p>L'établissement de santé a des heures d'ouverture pratiques, un environnement accueillant et propre et respecte la vie privée et la confidentialité. Il dispose du matériel, des médicaments, des fournitures et de la technologie nécessaires pour assurer une prestation efficace des services aux adolescents.</p>
<p><b>6e norme.</b> Équité et non-discrimination</p>	<p>L'établissement de santé offre des services de qualité à tous les adolescents, quels que soient leurs capacités de payer, leur âge, leur genre, leur état civil, leur niveau d'éducation, leur origine ethnique, leur orientation sexuelle et autres caractéristiques.</p>
<p><b>7e norme.</b> Amélioration des données et de la qualité</p>	<p>L'établissement de santé recueille, analyse et utilise les données sur l'utilisation des services et la qualité des soins, ventilées par âge et genre, pour soutenir l'amélioration des données. On soutient la participation du personnel de l'établissement de santé à une amélioration continue de la qualité.</p>
<p><b>8e norme.</b> Participation des adolescents</p>	<p>Les adolescents sont impliqués dans la planification, le contrôle et l'évaluation des services de santé et dans les décisions concernant les soins qu'ils reçoivent, ainsi que dans certains aspects appropriés de la prestation des services.</p>

## Remerciements

Le bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (West and Central Africa Regional Office, WCARO) de l'UNFPA a commandé cet examen dans le cadre du Programme commun UNFPA-UNICEF sur le mariage des enfants. Il a été rédigé par Erin Papworth et Nicolle Nelson de Avery Franklin Consulting. Anandita Philipose, spécialiste des adolescents et des jeunes chez WCARO, a contribué à la coordination générale du projet et a fourni des conseils techniques pour la conceptualisation et le développement du document. Le Chef de l'équipe du service Adolescents et Jeunes et les cadres supérieurs de WCARO ont fourni des conseils généraux.

Une équipe centrale de collaborateurs des Bureaux de pays de l'UNFPA a étayé et organisé les informations apportées individuellement par chaque pays. Il s'agit notamment de Nene Barry, d'Edith Ouedraogo, de Julien Ouedraogo et d'Ivan Ovando-Lacroux du Bureau de pays au Burkina Faso ; de Robert Mensah, de Selina Owusu et d'Adjoa Yenyi du Bureau de pays au Ghana ; de Nora Le Jean et d'Issa Sadou du Bureau de pays au Niger ; de Zubaida Abubakar et de Sabrina Pestilli du Bureau de pays au Nigéria ; et de Betty Alpha, Sonia Gilroy et Fiona Kaikai du Bureau de pays en Sierra Leone. Les collaborateurs suivants de WCARO nous ont également transmis des analyses et informations supplémentaires : Habibatou Gologo, Meike Keldenich, Nelson Muffuh, Beatrice Mutali et Fatou Sarr.

**Auteurs:** Erin Papworth et Nicolle Nelson,  
Avery Franklin Consulting



Réaliser un monde où  
chaque grossesse est désirée  
chaque accouchement est  
sans danger et le potentiel de  
chaque jeune est accompli

**Fonds des Nations Unies pour la population**

Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

UNFPA BRAOC

Immeuble Wolle Ndiaye, Almadies

BP: 21090 Dakar-Ponty SENEGAL

[wcaro.unfpa.org](http://wcaro.unfpa.org)