

AÏSSA DIARRA, N'KOUÉ EMMANUEL SAMBIENI & NASSIROU  
IBRAHIM

DES SOLUTIONS ENDOGÈNES POUR  
AMÉLIORER L'ACCÈS DES JEUNES AUX  
SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET  
REPRODUCTIVE EN AFRIQUE DE L'OUEST :  
BÉNIN, BURKINA FASO, GUINÉE, NIGER,  
SÉNÉGAL ET TOGO



## TABLE DES MATIÈRES

RESUME.....	5
SIGLES.....	7
INTRODUCTION.....	9
CADRE THEORIQUE ET PRATIQUE.....	13
POLITIQUES, LOIS, PROGRAMMES ET DEFIS.....	19
SOLUTIONS ENDOGENES DOCUMENTEES.....	25
CONCLUSION.....	35
Bibliographie.....	36
Recommandations.....	39



## Résumé

Cette recherche multi-pays, de type qualitatif, a été menée dans six pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Guinée, Niger, Sénégal et Togo). Elle avait pour objectif d'identifier et de documenter des solutions endogènes (SE) visant à améliorer l'accès des adolescents et des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR).

Si une dynamique régionale en faveur de la SSR des adolescents et jeunes est bien à l'œuvre grâce à divers acteurs nationaux et locaux, elle reste confrontée à plusieurs défis majeurs : faible appropriation communautaire ; résistances sociales et religieuses aux principes d'égalité de genre, d'information sexuelle, et d'accès à la contraception ; adéquation insuffisante des offres de services aux réalités locales ; et lacunes dans la coordination institutionnelle. Dans ces contextes, la recherche a mis en lumière des pratiques d'ajustement, de créativité et de contournement d'obstacles, portées par une diversité d'acteurs : professionnels de santé, personnels du système éducatif, adolescent.e.s et jeunes eux/elles-mêmes, et membres des communautés locales.

Les résultats révèlent une richesse et une diversité de SE, enracinées dans les réalités locales et répondant de manière pragmatique aux défis rencontrés. Ces initiatives, bien que peu spectaculaires et le plus souvent individuelles, traduisent une capacité d'innovation sociale fondée sur l'observation, l'expérimentation et des formes d'intelligence pratique ignorées par les cadres politiques nationaux comme par les partenaires techniques et financiers (PTF).

L'approche comparative a mis en évidence des caractéristiques communes et des particularités entre les pays dans leurs positions par rapport aux politiques internationales, leurs appropriations nationales et la place des PTF et de la société civile. Certains contextes se sont révélés plus fertiles que d'autres pour l'émergence et la documentation des SE. Elles ont été analysées, comparées, puis soumises à un processus de sélection rigoureux en collaboration avec les directions nationales en charge de la santé et de l'éducation dans la perspective de leur expérimentation future.

Ce travail apporte une contribution à la promotion d'une approche originale d'interventions fondées sur la recherche qualitative et l'écoute du terrain, la valorisation des pratiques locales et la co-construction de leur dissémination avec les autorités publiques. Il alimente une réflexion en cours sur les leviers possibles pour améliorer de manière concrète la qualité des services publics et le fonctionnement des systèmes de santé et d'éducation, en s'appuyant sur des dynamiques d'innovation déjà présentes au sein des sites ouest-africains étudiés.

Des recommandations sont formulées à la fin du document à l'attention des acteurs du développement.

## Sigles et abréviations

BAQ	Boite à question
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CSI	Centre de santé intégré
DES	Direction de l'Enseignement Secondaire
DRS	Direction Régionale de la Santé
DRSP	Direction régionale de la santé publique
DRSP/P/AS	Direction régionale de la santé publique de la population et des affaires sociales
DS	District Sanitaire
DSAJ	Direction de la Santé des Adolescents et des Jeunes
DSF	Division de la Santé de la Famille
DSME	<i>Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant</i>
DSSR	Droit et Santé Sexuelle et Reproductive
ECRIS	Enquête Collective Rapide d'Identification des conflits et des groupes Stratégiques
EFS	Économie familiale et sociale
ESS	Education à la santé sexuelle
EVF	Éducation à la Vie Familiale
IST	Infection sexuellement transmissible
LASDEL	Laboratoire d'Étude et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local
MGF	Mutilations Génitales Féminines
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nation Unies
OOAS	Organisation Ouest-Africaine de la Santé
PF	Planification Familiale
PFE	Pratiques Familiales Essentielles
PO	Partenariat de Ouagadougou
SDSRAJ	Santé et droits en matière de Santé Sexuelle et de la Reproductive
SE	Solution Endogène
SR	Santé de la Reproduction
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SSRA	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes

SSRPF	Service Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale
SSSR	Soins de Santé Sexuelle et Reproductive
SVT	Science de la vie et de la terre
UCPO	Unité de coordination du Partenariat de Ouagadougou,
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance





# DES SOLUTIONS ENDOGÈNES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS DES JEUNES AUX SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE EN AFRIQUE DE L'OUEST : BÉNIN, BURKINA FASO, GUINÉE, NIGER, SÉNÉGAL ET TOGO

*Aïssa DIARRA, N'Koué Emmanuel SAMBIENI & Nassirou IBRAHIM*

## Introduction<sup>1</sup>

En Afrique subsaharienne, la prévalence contraceptive chez les adolescentes sexuellement actives est en moyenne de seulement 25,4 % (Michael & all., 2024). Ce faible recours aux méthodes contraceptives s'accompagne d'un niveau relativement élevé de besoins non satisfaits, spécifiquement en Afrique de l'Ouest francophone où se trouvent les six pays étudiés (Bénin, Burkina Faso, Guinée, Niger, Sénégal et Togo) : sur les 33 millions de femmes en âge de procréer (15-19ans) désirant éviter une grossesse, 19 millions d'entre elles ont un besoin non satisfait de contraception moderne (Sully et all., 2020). Malgré l'adoption de politiques publiques favorables et les engagements régionaux comme le Partenariat de Ouagadougou, les programmes de santé sexuelle et reproductive peinent à atteindre leurs objectifs. Plusieurs études montrent que cette situation s'explique par des problèmes systémiques observés dans l'organisation des soins ainsi que dans la gestion des ressources humaines, financières et matérielles. Dans les services de santé, ils se manifestent notamment par la banalisation de la petite corruption (Blundo & Olivier de Sardan, 2002), le mépris envers les usagers anonymes,

---

<sup>1</sup> Les équipes de chaque pays étaient composées ainsi : pour le Bénin, Barkissou Yorou, Françoise Kouinmayoa, Aurel Gbaguidi et Agnès Badou Savi (coordinatrice) ; pour le Burkina Faso : Paul-André Somé, Seydou Sawadogo et Kadidiatou Kadio (coordinatrice) ; pour la Guinée : Mariam Bailo Diallo, Thierno Malick Diallo, Fodé Naby Sankhon et Aliou Barry (coordinateur) ; pour le Niger : Hassanatou Issa Namakoulou, Massoudou Ikkachatou, Zara Djingarey et Saidou Oumarou (coordinateur) ; pour le Sénégal : Assia Sara, Malika Ilboudo, et Adama Sadio (coordinateur) ; pour le Togo : Ukoh Djidjom Adjaho, Kossi Peace Alagno, Essi Sitsofe Mana Biakuye et Ayawavi Sitsope Toudeka (coordinateur).

l'absentéisme récurrent des agents, ou encore le refus d'affectations en zones rurales (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003 ; Diarra, 2010). Des travaux récents ont documenté les déterminants structurels de l'offre de services de planification familiale aux adolescent·e·s non marié·e·s en Afrique de l'Ouest, tout en soulignant les contraintes organisationnelles spécifiques qui pèsent sur les interventions, notamment au Niger (Ibrahim & Da Silva, 2022 ; Ibrahim, 2024).

Ces défaillances structurelles affectent la qualité de la prise en charge en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ), laquelle est en outre fragilisée par le poids des normes sociales relatives aux rapports sexuels et à la fécondité. Cela conduit souvent à une stigmatisation des adolescent.e.s dans leur quête d'information ou d'accès aux moyens contraceptifs. En outre, l'expérience des effets secondaires liés aux contraceptifs modernes, souvent minimisée dans les dispositifs de planification familiale, contribue à la méfiance des usagères et à l'abandon des méthodes contraceptives, notamment au Bénin (Badou, 2022).

Par ailleurs, des obstacles importants se posent en termes de communication. Aborder la contraception avec des adolescents revient, pour nombre d'agents de santé, à évoquer la sexualité, un sujet souvent gênant. Ces difficultés communicationnelles se retrouvent aussi du côté des jeunes eux-mêmes qui peinent à formuler leurs besoins, à choisir les mots justes, ou à adopter une attitude appropriée face à des adultes perçus comme juges ou figures d'autorité.

Enfin, des difficultés analogues sont observées dans le secteur de l'éducation, lui aussi marqué par ses propres dysfonctionnements institutionnels. Malgré l'existence de programmes d'éducation à la sexualité inscrits dans les curriculums scolaires, leur mise en œuvre effective reste très limitée : ils peinent à s'adapter aux réalités vécues par les élèves.

Ces constats traduisent un décalage récurrent entre les intentions affichées dans les programmes de développement et les modalités concrètes de leur mise en œuvre sur le terrain. Ils révèlent également les limites des protocoles standardisés (« modèles voyageurs ») diffusés par les institutions internationales et les ministères, souvent conçus sans prise en compte suffisante des contraintes locales, des dynamiques sociales et des contextes spécifiques d'intervention (Olivier de Sardan & all, 2017).

En conséquence, certains acteurs locaux développent des solutions endogènes (SE) fondées sur leur créativité, leur débrouillardise et leur souci de bien faire, dans ces contextes de contraintes multi-dimensionnelles.

À notre connaissance, peu d'études en socio-anthropologie de la santé se sont intéressées aux écarts positifs aux normes officielles dans le contexte africain. Parmi les études pionnières en Afrique de l'Ouest, nous avons celles réalisées en Côte d'Ivoire sur les « petits arrangements » (ou « inventions ») que les agents de santé entretiennent avec les protocoles de prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (Gobatto & Lafaye, 2005), au Burkina Faso sur les bricolages et les capacités créatives des professionnels de la santé confrontés aux contraintes structurelles du système de santé (Gobatto, 1999), et au Niger sur les agents réformateurs en santé maternelle et infantile (Souley Issoufou & Caremel, 2024). Récemment, un colloque organisé au Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL), au Niger, a réuni des travaux originaux sur les solutions endogènes élaborées par des acteurs publics afin d'améliorer la qualité de l'offre aux points de service (LASDEL, 2024).

Nos récentes recherches sur les SE dans le domaine de la santé maternelle et reproductive ont montré les capacités d'ajustement et d'adaptation de ces agents innovants (Diarra & all, 2023). Certes minoritaires et méconnus, confrontés à la lourde tâche de la mise en œuvre de programmes sanitaires élaborés loin du terrain, ils cherchent à les adapter aux réalités des contextes locaux, à surmonter ou contourner certaines normes sociales et à trouver des solutions « bricolées » pour assurer la continuité et la qualité des soins dans les routines organisationnelles des structures sanitaires. Face à la multitude de protocoles qui accompagnent tout nouveau programme de santé et qui sont souvent difficiles à respecter à la lettre, ils tentent de créer des manières de faire plus appropriées et compatibles avec les conditions d'exercice de leurs métiers. Ces améliorations sont toutes des solutions endogènes.

La présente recherche a été élaborée dans la continuité de cette perspective. Que peut-on dire sur l'application des programmes d'éducation sexuelle et d'amélioration de l'accès à la contraception pour les adolescents et les jeunes « dans la vie réelle » des services publics ? Comment sont gérées les valeurs et normes socio-culturelles et économiques locales défavorables à l'offre et au recours aux services de SSR ? Quelles sont les SE, produites au quotidien par les acteurs de l'offre ? Comment ces SE arrivent-elles à améliorer l'accès aux services d'information sexuelle et à la contraception pour les adolescents et les jeunes ? Ces questions ont orienté tout le processus des investigations dans les secteurs de la santé et de l'éducation secondaire.

Le but de la recherche était d'identifier, dans le domaine de la SSR des adolescents et des jeunes, des solutions endogènes à bas coût, ancrées dans les réalités locales pour une meilleure qualité des services pour les adolescents et jeunes, à partir de modifications réalistes dans les pratiques et l'organisation autour des dispositifs de l'offre. L'adéquation aux contextes réels dans la mise en œuvre des programmes « top down » est un facteur déterminant de l'amélioration durable de la qualité de l'offre et de l'accès des adolescents et des jeunes (célibataires) à la contraception. En outre, dans la mesure où la question de l'efficience fait l'objet d'une attention renouvelée et où les budgets alloués aux services sociaux de base sont mis sous pression par la montée des investissements dans les enjeux de sécurité, notre recherche propose une nouvelle voie d'appui à bas coûts pertinente pour améliorer l'accès et la qualité des services.

## Cadre théorique et pratique

Cette recherche sur les SE dans le domaine de la SSR des jeunes et adolescents s'inscrit aux frontières de la socio-anthropologie des politiques et pratiques de santé et de la sociologie de l'innovation.

Il nous faut préciser ce que nous entendons par *solution endogène* : une *solution endogène*<sup>2</sup> est toute pratique régulière élaborée et mise en œuvre par les acteurs locaux (experts de leurs contextes de vie et d'activité professionnelle) et qui vise à résoudre les problèmes qui compromettent une délivrance des services de santé de qualité et accessibles à tous. Ces SE sont le plus souvent élaborées par les acteurs de l'offre, mais aussi parfois par les bénéficiaires eux-mêmes (adolescents et jeunes célibataires) et leurs entourages alliés<sup>3</sup>.

La notion d'endogénéité ne renvoie pas essentiellement à la tradition comme c'est souvent le cas, ni à un ancrage culturel figé ou passéiste. Elle désigne plutôt la capacité des acteurs locaux à produire des réponses issues de leur propre contexte, en mobilisant leurs savoirs, leurs pratiques, leurs expériences. Autrement dit, elle doit se comprendre ici comme une dynamique locale, où les solutions émergent à partir d'acteurs de terrain, souvent en marge des protocoles officiels et en réponse à des contraintes spécifiques, par opposition aux réformes d'en haut habituelles (gouvernement et PTF), le plus souvent standardisées et peu ou pas adaptées aux contextes locaux.

Les SE prennent racine dans l'existant, dans l'enchevêtrement de diverses normes, d'ordre politique, socio-culturel, ou économique, liées aux systèmes sanitaires<sup>4</sup> et éducatifs<sup>5</sup>, etc. Elles mobilisent *in situ*, au niveau micro de l'offre et de l'utilisation des services, des stratégies d'ajustements, de bricolage et de saisie d'opportunités. Elles sont souvent discrètes, invisibles,

<sup>2</sup> *Gennân* en grec signifie « engendrer », « qui naît de l'intérieur ».

<sup>3</sup> Il convient de souligner le choix délibéré du terme de « solutions endogènes » plutôt que d'« innovation », ce dernier étant souvent compris comme lié à la technologie, à l'économie des industries, à la robotique, à la mécanique, au développement de l'IA (intelligence artificielle), etc. « Innovation » renvoie fréquemment à l'idée de ruptures majeures, c'est-à-dire à des changements radicaux et soudains qui viennent supplanter les pratiques existantes. Le choix du terme « solution endogène » constitue donc simplement une précaution sémantique visant à éviter des connotations technicistes. Nous utilisons parfois cette formulation de manière interchangeable avec le terme « innovation ».

<sup>4</sup> Programmes de santé, protocoles et actes de soins, règles organisationnelles, etc.

<sup>5</sup> Programmes d'éducation sexuelle.

mais efficaces dans leur cadre d'action, ce sont des « normes pratiques » palliatives ou amélioratives (Olivier de Sardan, 2021 : 121)<sup>6</sup>.

Enfin, elles n'émergent pas de manière linéaire, mais dans des va-et-vient entre idées initiales, contraintes du terrain, négociations locales implicites et reformulations successives. Le processus inclut un mécanisme par lequel la solution en expérimentation interagit avec son contexte : elle peut être acceptée, contestée, récupérée, renforcée ou au contraire rejetée par les autres (la hiérarchie, les pairs, les familles, les bénéficiaires, à savoir les jeunes/adolescents). Ces interactions obligent les porteurs de solution à des réajustements en conséquence. C'est ce mouvement d'ajustement continu entre solution initiale et réponse du contexte qui constitue la boucle de rétroaction. On peut soutenir qu'il s'agit de formes particulières d'innovation, des innovations endogènes.

La littérature issue de divers champs disciplinaires (sociologie de l'innovation, économie de l'innovation, anthropologie des pratiques, anthropologie du développement et des politiques publiques) s'accorde sur le caractère processuel de l'innovation, entendue non comme un événement ponctuel, mais comme un processus évolutif, où l'invention initiale se transforme en solution stabilisée (mais toujours susceptible de modifications) par l'appropriation et l'usage. Parmi les approches mobilisables dans cette perspective, plusieurs dimensions sont particulièrement éclairantes (Ben Yacoub, 2020).

Tout d'abord, la notion d'« innovation incrémentale » renvoie à une logique d'amélioration continue des conditions de travail, à travers des ajustements modestes, discrets, mais efficaces, visant à rendre les pratiques plus simples, moins coûteuses ou plus accessibles. Ces formes d'innovation sont particulièrement pertinentes dans les contextes contraints, où les acteurs doivent composer avec des ressources limitées. Comme le souligne Drucker (1985, cité par Ben Yacoub, 2020 *op cit*), les innovations les plus efficaces sont souvent les plus simples. Leur succès repose sur leur lisibilité, leur capacité à résoudre un problème concret, et leur potentiel à susciter l'adhésion des utilisateurs. Une innovation commence souvent « petit », avec des moyens limités, un périmètre restreint et une intention claire. C'est l'évidence apparente d'une innovation qui fait sa force.

---

<sup>6</sup> Les « normes pratiques » sont « les diverses régulations implicites (informelles, de facto, tacites, latentes), qui sous-tendent les pratiques des acteurs ayant un écart avec les normes explicites (normes officielles ou normes sociales) » (Olivier de Sardan, 2021 : 121)

Ensuite, l'« innovation par recombinaison de savoirs » (Haudeville & Le Bas, 2016), quant à elle, valorise la capacité à utiliser des éléments préexistants pour construire des solutions nouvelles, mieux adaptées aux besoins spécifiques des usagers et des praticiens. Elle met en avant la logique du *local search*, c'est-à-dire la recherche d'améliorations à partir de ce qui est immédiatement disponible, sans nécessiter d'investissement massif ou de rupture technologique<sup>7</sup>. La recombinaison peut allier des éléments locaux/internes aux contextes nationaux et à des éléments exogènes. Dans le domaine de la technologie (bien que n'étant pas notre propos dans cette recherche), ceci fait écho à certaines modalités de transfert des pays développés vers les pays en voie de développement.

*« L'enjeu du transfert pour le récepteur s'enrichit et consiste à combiner des éléments technologiques locaux et étrangers dans le but de développer des capacités propres du pays et de les rendre plus efficaces. Le pays récepteur acquiert ainsi un avantage concurrentiel qui lui permet de s'engager dans une nouvelle trajectoire technologique. Le transfert ne se résume plus à l'assimilation d'une technologie extérieure par l'imitation, mais il doit déboucher sur la constitution d'une nouvelle technologie et de nouvelles capacités » (Hendrickx, 1996 : 3)*

Par ailleurs, l'analyse de l'innovation ne peut faire abstraction de l'interaction entre les acteurs et les objets, entendue ici au sens de la théorie de l'acteur-réseau (Latour, 1994), où les objets techniques ou organisationnels participent activement à la transformation des pratiques sociales et inversement : l'innovation ne consiste pas seulement à modifier son environnement, mais aussi à être transformé par lui.

Enfin, toute recherche sur les SE implique nécessairement une analyse fine des stratégies déployées par les acteurs locaux, lesquels ne peuvent être considérés comme de simples exécutants passifs des politiques publiques. Loin d'appliquer mécaniquement les directives officielles, ces acteurs développent des normes pratiques, façonnées par les contraintes du terrain, les ressources disponibles, et leurs perceptions des enjeux.

Les motivations et les profils de ces acteurs porteurs de solutions constituent un autre levier analytique important. Les innovateurs/innovatrices (solutionneurs/solutionneuses) agissent souvent à partir de motivations intrinsèques : le désir de résoudre un problème, de simplifier leur travail, de partager une astuce, ou encore de s'engager dans une dynamique collective. Ils ne possèdent pas nécessairement des compétences extraordinaires, mais se caractérisent par

---

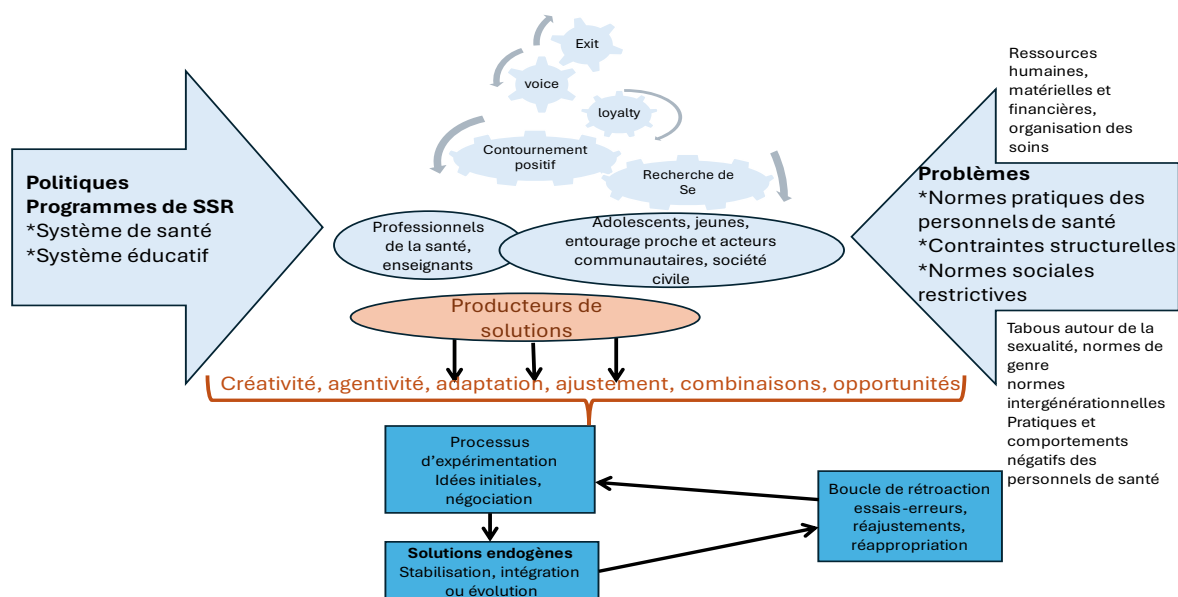
<sup>7</sup> On parle parfois d'« innovation frugale »  
ETUDES ET TRAVAUX DU LASDEL N°144

leur capacité à naviguer entre différents univers sociaux (professionnels, familiaux, communautaires, militants, *etc.*) (Gaglio, 2012).

Les analyses d'Albert Hirschman (1970) constituent un cadre théorique intéressant pour décrypter ces stratégies. Il montre que trois choix possibles sont offerts aux acteurs dans leur confrontation avec les contraintes institutionnelles : *exit*, *voice* et *loyalty*. Ces trois voies permettent d'appréhender les diverses rationalités à l'œuvre dans les engagements des acteurs face au fonctionnement d'une autorité ou d'un programme. La première possibilité, *exit*, la sortie, traduit soit une indifférence au projet, soit son rejet : on préfère la défection. La seconde, *voice*, la protestation, conduit à émettre des critiques, au risque d'entrer en conflit avec le projet, de plusieurs manières, en utilisant les moyens de communication disponibles ou en passant par des institutions existantes. Enfin, la troisième possibilité, *loyalty*, la loyauté, amène à adhérer passivement ou activement au projet.

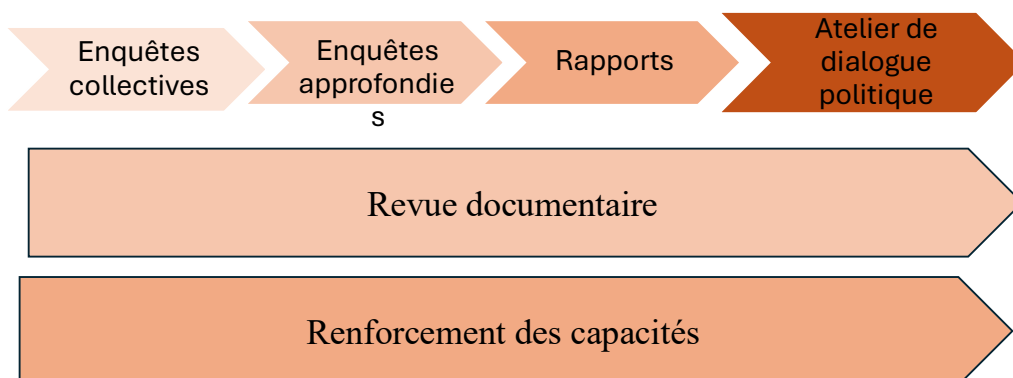
On peut envisager une quatrième option, qui permet d'élargir l'analyse des marges de manœuvre des acteurs, et qui est très fréquente dans le monde du développement, à savoir le « contournement » (Olivier de Sardan, 2021) : face à des conditionnalités de projets de développement qui ne leur conviennent pas ou à des injonctions auxquelles ils n'adhèrent pas, les acteurs locaux démembrer les programmes, prennent ce qui les arrange, et refusent ce qu'ils réprouvent ou avec quoi ils sont en désaccord. On peut même envisager une cinquième option : la recherche de solutions locales. Ces cinq options ne doivent pas être appréhendées de façon linéaire ou exclusive, elles peuvent se combiner, et constituer un cadre d'analyse pragmatique des régimes d'engagement/appropriation des acteurs. Par exemple, le loyalisme, qui suppose une conformité aux règles, peut en fait être sous contrainte. Une adhésion de façade peut poursuivre des intérêts cachés autres que ceux du projet et aboutir à un contournement. Tout comme on peut observer une prise de parole temporaire qui peut conduire à une défection. La recherche de solutions locales peut se combiner avec une adhésion, comme avec un contournement. On peut rallonger la liste des configurations possibles lorsqu'on mobilise des variables telles que le pouvoir/influence, la hiérarchie, le sexe, l'âge, le statut social ou économique, l'éducation, l'information. Ou encore lorsqu'on prend en compte le jeu des acteurs entre alliances et compromis. Un tel cadre conceptuel est donc particulièrement pertinent dans le domaine de la santé pour appréhender la construction individuelle et collective du *care* (*prendre soin*) et du *cure* (*soigner*) au prisme des logiques d'acteurs et de leur agentivité, face aux normes politiques, économiques, techniques et socio-culturelles.





**Figure 1 : cadre théorique sur les solutions endogènes pour l'accès des adolescents et jeunes aux services de SSR**

La présente recherche a reposé sur une collaboration multi-niveaux : équipes nationales de recherche, cadres institutionnels dans les six pays étudiés (Bénin, Burkina Faso, Guinée, Niger, Sénégal, Togo) et coordination régionale. L'organisation de la recherche a été un processus incluant plusieurs étapes : une enquête collective, la revue de la littérature, les enquêtes de terrain approfondies et une série de formations (voir Figure 2).



**Figure 2 : Principales phases de la recherche**

La méthodologie adoptée est qualitative, avec un fort ancrage socio-anthropologique. Le récit est utilisé comme principal mode de production de données en combinant entretiens individuels et collectifs, observations de terrain et analyse documentaire, avec une triangulation des sources. Au total, sur les six pays, 463 entretiens ont été réalisés par les équipes de recherche durant la période d'avril à juin 2024. Chaque pays a ciblé une zone rurale et une zone urbaine.

**Tableau 1 : Sites d'enquêtes par pays**

Bénin	
Zone urbaine : Cotonou	Zone rurale : Natitingou
Burkina Faso	
Zone urbaine : Ouagadougou	Zone rurale : Région du Centre
Guinée	
Zone urbaine : Conakry	Zone rurale : Kindia
Niger	
Zone urbaine : Niamey, Tillabéri	Zone rurale : Dantchiandou, Kollo
Sénégal	
Zone urbaine : Dakar	Zone rurale : Ziguinchor
Togo	
Zone urbaine : Lomé	Zone rurale : Atakpamé

Chaque pays a fait un rapport, à partir desquels un rapport général a été rédigé. Toutes les équipes ont obtenu l'approbation des comités d'éthiques nationaux.

Le présent texte est une synthèse du rapport général.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Pour se procurer les rapports pays ou le rapport général, s'adresser à la coordinatrice du programme, Aïssa Diarra (aissadiarra03@gmail.com)

## **Politiques, lois, programmes et défis en matière de SSRAJ dans les six pays**

Dans les six pays étudiés, l'engagement politique en faveur de la SSRAJ s'inscrit dans une dynamique régionale initiée depuis la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994. Cette conférence a consacré, au niveau international, le recours à la PF comme un droit fondamental, impliquant l'accès à l'information, aux méthodes contraceptives, ainsi que l'autonomie décisionnelle. Dans cette logique, tous les pays disposent de plans stratégiques multisectoriels sur la SSR et/ou la PF des adolescents et des jeunes. Des engagements ont également été pris dans le cadre de partenariats régionaux (Partenariat de Ouagadougou, UCPO) et internationaux (UNFPA, FP 2030).

Les pays disposent également de lois sur la santé de la reproduction, reconnaissant le droit aux adolescents et jeunes à accéder aux services de SSR.

L'opérationnalisation des politiques s'est traduite par la mise en place de plusieurs stratégies et programmes dans les six pays :

- Les gouvernants ont opéré un glissement sémantique en délaissant l'expression « santé sexuelle et reproductive » au profit de formulations plus euphémisées telle que « éducation à la vie familiale », perçues comme socialement et politiquement plus acceptables.
- Intégration de l'Éducation à la Vie Familiale (EVF) dans les curricula scolaires, y compris pour les jeunes hors du système scolaire.
- Création de centres « Amis des jeunes » dans les structures de santé et d'autres dispositifs tels que les clubs EVF, les gouvernements scolaires, etc.
- Développement des réseaux de pairs éducateurs et des plateformes numériques de sensibilisation.
- Renforcement des compétences des prestataires en matière de SSRAJ.
- Lutte contre les mariages précoces et forcés, et les mutilations génitales féminines à travers des programmes d'autonomisation.

- Collaboration intersectorielle entre les ministères de la Santé et de l'Éducation.

Malgré ces efforts, les six pays restent confrontés à cinq défis majeurs :

- 1) Il existe un écart entre les engagements sur le papier et la mise en œuvre concrète. Ainsi, l'approche fondée sur les droits, pourtant promue dans les textes, est encore marginale dans la pratique.
- 2) Des normes sociales de contrôle de la sexualité persistent et pèsent lourdement sur les comportements des jeunes et sur les pratiques des agents de l'Etat (enseignants et prestataires de santé). Dans tous les pays étudiés, l'activité sexuelle des jeunes non mariés est socialement désapprouvée, tandis que les attentes de maternité rapide après le mariage renforcent les résistances à l'usage des contraceptifs.
- 3) Des défaillances structurelles dans les systèmes de santé et d'éducation sont communes aux six pays : insuffisance de personnel formé, mauvaise gestion des stocks de contraceptifs, faible supervision, corruption ordinaire, déficit de supports pédagogiques adaptés, manque de coordination multisectorielle, manque de synergie entre les interventions des ONG/associations et parfois inadéquation avec les orientations nationales.
- 4) La situation d'insécurité dans certains pays et de transition politique dans d'autres freinent la continuité et la montée en échelle de plusieurs initiatives. Ainsi, on observe une exacerbation des abus sexuels dans les zones d'insécurité. L'affaiblissement ou l'absence de l'Etat dans certaines localités favorise la résurgence de pratiques qui étaient en voie d'abandon telles que les mutilations génitales féminines et les mariages forcés. D'autre part, la dislocation des familles suite aux déplacements forcés de populations et à la précarité économique et sociale pousse les adolescents et jeunes à adopter des comportements sexuels à risque, dans des conditions d'inaccessibilité, voire d'absence des services de SSR.
- 5) La gratuité annoncée par les gouvernants des prestations en SSRAJ n'est pas soutenue par une politique performante de gestion et d'approvisionnement en produits pharmaceutiques de base.

Ci-dessous sont présentés quelques traits spécifiques à chaque pays, bien que plusieurs d'entre eux résonnent de manière transversale dans l'ensemble des contextes étudiés.

### ***1. Bénin : structuration dynamique mais coordination perfectible***

Au Bénin, les politiques en faveur de la SSRAJ ont connu un essor ces dernières années sous l'impulsion d'un cadre stratégique national régulièrement mis à jour. La présence active de nombreuses organisations non gouvernementales (ABPF, ABMS, Plan International, etc.) témoigne d'un dynamisme important, mais parfois au prix d'une superposition d'initiatives sur les mêmes territoires, sans toujours assurer leur cohérence ou leur complémentarité.

Le pays dispose d'un réseau étendu d'interventions en milieu scolaire, incluant des modules intégrés à l'enseignement technique, des clubs de jeunes, et des actions communautaires visant à favoriser l'autonomisation des adolescent·e·s. Un point fort réside dans l'ancrage institutionnel, notamment via la création de divisions « santé des jeunes » au sein des directions départementales.

Toutefois, plusieurs défis subsistent. Les efforts doivent être consolidés pour renforcer la coordination intersectorielle, mieux encadrer les interventions des ONG, et assurer un suivi-évaluation rigoureux des actions.

### ***2. Burkina Faso : stratégie ancienne, mise en œuvre morcelée***

Le Burkina Faso a été un pays pionnier en matière de PF en Afrique de l'Ouest, avec des plans nationaux adoptés dès les années 1980. Toutefois, l'opérationnalisation de ces engagements reste fragmentée. Le Plan Stratégique de Santé des Adolescents et des Jeunes 2015-2020, révisé pour la période 2022-2026, montre une volonté de structuration, mais peine à se traduire en actions cohérentes et coordonnées sur le terrain.

Malgré l'implication de bailleurs comme l'UNFPA ou la GIZ, les interventions sont souvent ponctuelles, dépendantes de financements externes, et faiblement intégrées dans les dispositifs de santé existants. Par ailleurs, les grossesses en milieu scolaire restent en forte augmentation, témoignant de l'écart entre les discours politiques et les transformations sociales espérées.

Les services « amis des jeunes » existent, mais souffrent de sous-financement, d'une faible accessibilité géographique et de manque de formation du personnel. La gratuité annoncée des services contraceptifs est peu effective, notamment à cause de ruptures de stocks et d'un réseau logistique insuffisant.

### **3. Niger : engagement politique affirmé, mais normes sociales contraignantes**

Le Niger dispose d'un cadre institutionnel relativement avancé, notamment avec la loi sur la santé de la reproduction de 2006, qui garantit à toute personne un droit à l'information et à l'accès aux soins, sans discrimination. Le pays a multiplié les plans d'action, en particulier en lien avec la PF et la santé des jeunes (plans de 2004, 2008, 2012 et plus récemment 2024-2026).

Cependant, les statistiques révèlent une situation préoccupante : le taux de prévalence contraceptive reste parmi les plus bas de la région, en particulier chez les jeunes filles. ; le poids des normes patriarcales et religieuses est déterminant ; la sexualité des adolescent·e·s est taboue et la fécondité valorisée.

Les centres de santé publics offrent en principe des services gratuits, mais les adolescent·e·s les fréquentent peu par crainte de stigmatisation ou de sanction parentale. Le pays bénéficie d'un engagement étatique fort, mais les blocages sont avant tout socio-culturels et nécessitent une stratégie d'ancrage communautaire plus profonde.

### **4. Sénégal : diversification des approches et innovations**

Le Sénégal se distingue par une diversification des dispositifs destinés aux adolescent·e·s : espaces ado, centres conseil, clubs « École Vie Famille » (EVF), gouvernements scolaires, ou encore interventions communautaires appuyées par des relais traditionnels comme les « *bajenu gox* ». Ces initiatives sont appuyées par un discours volontariste de l'État et l'existence de multiples ONG partenaires.

L'approche sénégalaise cherche à conjuguer interventions sanitaires, éducatives et sociales, avec un accent mis sur l'autonomisation des jeunes et la promotion de l'auto-soin. L'usage des outils numériques et des campagnes via les réseaux sociaux s'est aussi renforcé notamment en milieu urbain.

Cependant, plusieurs limites sont relevées. Les prestataires de santé ne sont pas toujours formés aux besoins spécifiques des jeunes, et la confidentialité reste mal assurée dans les centres de santé. De plus, de nombreux adolescent·e·s non marié·e·s continuent à être stigmatisé·e·s lorsqu'ils ou elles sollicitent des services de contraception ou d'information sur la sexualité. Enfin, la mise à distance physique des services (souvent situés dans des maternités) complique leur fréquentation.

### ***5. Togo : cadre stratégique étoffé, mais fragmentation de l'action publique***

Le Togo présente un cadre politique particulièrement riche, avec une multitude de plans, de stratégies et de référentiels en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes. La Direction Nationale de la Santé des Jeunes et Adolescents (DNSJA) constitue un levier institutionnel important, chargé de coordonner les actions menées dans ce domaine.

Plusieurs initiatives ont été développées : création d'espaces « amis des jeunes », campagnes mobiles, centres de conseils, et outils innovants comme la ligne verte ou les cartes de dialogue intergénérationnel. Le pays s'appuie également sur un réseau dense d'ONG locales actives dans la promotion de la santé des jeunes.

Malgré ce foisonnement, l'articulation entre les actions reste faible. Les chevauchements institutionnels, le manque de coordination entre les ministères et les partenaires techniques, ainsi que la persistance de normes sociales conservatrices limitent la portée des actions. Les jeunes, en particulier les filles, continuent de rencontrer des relativement obstacles importants pour accéder aux services, notamment dans les zones rurales.

### ***6. Guinée : avancées normatives, mais impact limité sur le terrain***

La Guinée a connu une évolution notable en matière de cadres juridiques et politiques favorables à la SSR des jeunes : loi sur la santé de la reproduction, lois contre les mutilations génitales féminines, adhésion au programme SWEDD, entre autres. L'engagement des partenaires internationaux, notamment l'UNFPA et la Banque mondiale, a permis de financer de nombreuses initiatives.

Cependant, l'impact réel de ces dispositifs reste limité. Les taux de recours aux services contraceptifs chez les jeunes sont faibles et les connaissances sur la santé sexuelle demeurent lacunaires, en particulier dans les zones rurales. La prévalence des mariages précoces et des grossesses adolescentes reste élevée.

Les résistances sociales, les croyances religieuses, ainsi que les rumeurs sur les effets supposés néfastes des contraceptifs constituent des obstacles majeurs. De plus, la dépendance presque exclusive au financement externe remet en question la durabilité des actions menées. Un effort supplémentaire est nécessaire pour renforcer l'appropriation locale, adapter les messages culturels et intégrer les jeunes dans la conception même des programmes.





## Solutions endogènes documentées

Les SE présentées ici sont issues d'un ensemble de 24 SE, documentées lors d'enquêtes de terrain dans les 6 pays, validées avec les partenaires institutionnels et techniques nationaux (Santé et Education) lors d'un atelier qui s'est tenu du 29 au 31 octobre 2024 à Lomé au Togo. Une seule a été retenue par pays pour cette synthèse. Pour chaque SE, nous adoptons un plan en trois temps : le contexte spécifique, la description de la solution et enfin, ses perspectives de mise en œuvre et de pérennisation.

### *Bénin*

#### *Contexte spécifique : L'Éducation à la Vie Familiale*

L'opinion publique béninoise a été secouée en 2024 par une polémique sur les guides des matières « infusées » pour l'éducation en SSR. La société civile, les religieux et différentes associations y compris des partis politiques et des députés à l'Assemblée nationale ont alimenté les débats en dénonçant une tendance à la dépravation des mœurs. Il a été reproché au gouvernement d'introduire dans les curricula des formations des notions constituant un encouragement des enfants et des jeunes à une initiation précoce à la sexualité et une apologie de l'homosexualité. Les enseignants sont divisés sur le sujet : certains rejettent l'idée d'introduire de telles thématiques tandis que d'autres défendent l'approche, estimant que c'est en informant les adolescents qu'on leur donne les moyens de se prémunir contre les abus et les pratiques à risque. En revanche, on observe une forte résistance du côté de nombre de parents.

« Si nous ne donnons pas l'information aux apprenants et qu'ils se retrouvent dedans ou l'un de ses camarades va dans ce sens-là en train de faire des attouchements, si l'enfant n'est pas averti ce n'est pas bien, s'il est averti il pourrait se défendre. C'est comme ça nous avons introduit l'homosexualité dans les programmes. » (Un point focal ESS/genre de l'enseignement secondaire, Cotonou)

« On avait appris que le gouvernement veut amener l'homosexualité dans les écoles et collèges maintenant. Si c'est de ça, vraiment, ce n'est pas bon. C'est des choses de Blancs, on ne connaît pas ça ici. Si ça vient ici, ce serait très grave. » (Une secrétaire des services d'un chef de quartier, Cotonou)

Parallèlement, l'accès à une information claire et apaisée sur la sexualité reste très limité dans l'espace familial, où les échanges entre adultes et adolescents sont souvent marqués par la gêne, les sanctions verbales, et un manque d'outils pédagogiques.

« ... avec des cris, des grondements. C'est rare de voir des mamans qui font asseoir les enfants pour leur parler calmement. C'est rare. Je dirai c'est notre culture. On ne sait pas le faire. On ne nous a pas appris à le faire. C'est quelque chose qui se transmet de génération en génération. C'est sûr que les enfants actuels auront du mal à en parler avec leurs enfants. » (Une femme en ménage, mère d'adolescent, Cotonou)

Même parmi les enseignant·e·s, on observe un malaise à aborder certaines notions faute de formation adaptée ou de ressources pédagogiques appropriées.

*Solution endogène : Un enseignant de SVT fait des permutations de classes avec ses collègues enseignants lors des séances de TD.*

Le réformateur local est un enseignant de Sciences de la Vie et de la Terre (SVT), âgé de 46 ans. Il est Adja et enseigne depuis une quinzaine d'années.

Pour favoriser une meilleure compréhension des cours par les élèves, il a mis en place un système de permutation entre enseignants de la même discipline pour les séances de travaux dirigés : il intervient ponctuellement et à tour de rôle dans la classe de ses collègues qui ont des difficultés à assurer l'information sexuelle dans le cadre du programme d'éducation à la vie familiale, pendant que ceux-ci traitent d'autres sujets avec sa propre classe.

Selon lui, les élèves peuvent ne pas comprendre la plupart des cours abordant la sexualité et la reproduction, et, par peur de leur enseignant, se taisent : ce sont les termes que l'enseignant utilise qui ne facilitent pas la compréhension. Son échange ponctuel de classes entre enseignants permet au moins à ces élèves de se rattraper avec lui. Cette stratégie est utile aussi pour les cas où certain.e.s enseignant.e.s ont du mal à livrer le message face aux élèves du fait de la pudeur.

Ce réformateur essaie aussi de mettre les élèves à l'aise et en confiance, car dans le cours de SVT, il y a des situations d'apprentissages qui vont aborder les questions de sexualité et il voudrait que les élèves n'hésitent pas à poser des questions sans aucune gêne.

Cette initiative se fait seulement avec les enseignants du collège.

La difficulté est celle de la documentation. Bien que le collège dispose d'une bibliothèque, il y a toujours le problème du manque de document. De l'avis de nos interlocuteurs, il existe également le manque d'information sur la sexualité et des problèmes d'approfondissement du cours par les enseignantes.

*Perspectives de mise en œuvre*

- ✓ Formaliser la stratégie de permutation dans les emplois du temps officiels des collèges.
- ✓ Sensibiliser les enseignants aux avantages de cette approche et encourager l'échange de pratiques.
- ✓ Former les enseignants, en particulier les enseignantes, sur les méthodes pédagogiques adaptées aux sujets sensibles comme la sexualité.
- ✓ Impliquer les parents dans l'appui à la documentation dès le début de l'année scolaire.
- ✓ Collaborer avec les autorités éducatives et les partenaires pour renforcer l'accès à des ressources pédagogiques.

***Burkina Faso****Contexte spécifique : L'Éducation à la Vie Familiale*

En Février 2016, le premier Ministre déclarait aux parlementaires : « Mon gouvernement fera de la lutte contre les grossesses non désirées des adolescentes en milieu scolaire son combat ». Cet engagement qui marquait la volonté des décideurs politiques d'intégrer des modules pédagogiques sur la SSR dans les curricula scolaires peine à être une réalité, malgré les efforts consentis dans ce sens. En effet, le nombre de cas de grossesse de tous les âges en milieu scolaire était de 48.770 pour l'année scolaire 2021-2022 (MENA-PLN, 2023). Cette situation freine l'éducation des filles avec une baisse des résultats scolaires et un accroissement des taux d'abandon.

Dans les faits, la formation initiale des enseignants aborde très peu ou de façon superficielle les modules sur la SSR ainsi que les méthodes modernes de planification familiale. Les politiques d'introduction de modules pédagogiques d'éducation à la vie familiale dans les curricula sont toujours en phase pilote dans quelques régions. Les enseignants de SVT affirment ne pas disposer de supports pédagogiques dédiés à l'enseignement de la SSR.

*Solution endogène : Un enseignant de SVT crée un espace d'écoute individualisé et confidentiel pour les élèves*

La SE nous vient d'un enseignant expérimenté (17 années de pratique) de SVT dans une commune rurale située à une quinzaine de km au Sud-Ouest de la ville de Ouagadougou.

Il s'agit d'une approche participative consistant à créer un espace d'écoute individualisé et confidentiel entre enseignants et élèves pour aborder les questions sensibles de SSR en dehors

du cadre formel de la classe. Les préoccupations des élèves ainsi collectées servent à définir, alimenter et enrichir les cours de l'enseignant.

*« Dans nos pratiques on rappelle toujours aux élèves qu'en même temps que nous sommes là comme enseignant nous sommes là également en tant que grand frère et en tant que papa. Donc notre travail ne se limite pas seulement à dispenser le cours en classe. Donc il y a des questions que l'enfant peut poser en classe. Mais souvent on dit aux enfants, celui qui se sent mal à l'aise de poser sa question en classe, il peut venir poser son problème en dehors de la classe. Lorsque l'enfant vient poser son problème, et que c'est un problème spécifique on va le traiter hors classe. Ou bien l'orienter vers d'autres personnes mieux indiquées que nous pour l'accompagner, l'assister. Maintenant l'enfant peut poser une préoccupation qui est pédagogique que nous n'avons pas vu en élaborant notre cours. Comme ça vient d'un enfant on peut revenir lors des séances prochaines mais on va aborder la question autrement, sans pour autant faire comprendre aux autres élèves que c'est leur camarade qui a posé ce problème. Donc comme ça, ça nous permet de protéger l'autre et de faire profiter cet enseignement à l'ensemble de la classe »* (Enseignant de SVT, Ouagadougou)

Cette approche repose sur une conception flexible de la structure des cours qui tranche avec la rigidité des programmes préétablies qui ne prennent pas toujours en compte les besoins actuels des jeunes et adolescents. Elle émane d'un enseignant qui connaît les obstacles concrets locaux à l'enseignement de la SSR. Elle a le mérite d'éveiller l'intérêt des élèves pour les modules de SSR qui abordent désormais des sujets auxquels ils se reconnaissent. Cela établit une relation de confiance entre l'élève et son enseignant qui devient une sorte de confident, d'oreille attentive auquel il peut se confier et poser ses préoccupations en matière de santé sexuelle et reproductive même en dehors des classes. Ce lien a son importance quand nous savons que les parents, voire certains professionnels de santé ont du mal à aborder ces questions avec les adolescents.

#### *Perspectives de mise en œuvre*

- ✓ Renforcer les capacités pédagogiques et relationnelles des enseignants, en particulier pour ceux qui interviennent dans les milieux éloignés des grands centres urbains où l'accès à l'information est plus problématique.
- ✓ Produire et diffuser des fiches pédagogiques actualisées sur les thématiques SSR (MGF, contraception, IST...) à partir d'expériences d'enseignants ayant des compétences avérées et reconnues par leurs pairs en la matière.

**Niger***Contexte spécifique : L'accès aux produits contraceptifs modernes*

Les centres de santé ne disposent pas dans leur très grande majorité d'espaces d'accueil propre aux jeunes. D'autre part, les jugements de valeur que portent certains agents de santé à l'égard des jeunes célibataires se traduisent par des insultes et des propos péjoratifs. Certains agents tentent de prodiguer des conseils moralisateurs voire d'intimidation si par hasard ils connaissent les parents du jeune demandeur de service en PF. Ces normes sociales favorisent la stigmatisation de l'accès des jeunes aux services. Elles demeurent l'une des contraintes majeures en matière d'accès à la PF pour les adolescents et les jeunes. Dans plusieurs quartiers urbains, les adolescents et jeunes hésitent à se rendre dans les centres de santé pour demander des contraceptifs par crainte de rencontrer une personne connue, d'être jugés ou dénoncés à leurs familles.

« Je pense qu'elles-mêmes se sentent gênées de venir au centre de santé. Elles ont honte puisque même celles qui viennent, elles s'habillent comme des mariées. C'est au niveau de l'interrogatoire qu'on découvre qu'elles n'ont pas de mari. » (Un agent de santé d'un CSI, Niamey)

« ...Parfois elles viennent dans un grand hijab, bien voilées. Dès que nous voyons que la fille essaie de se cacher, on sait que déjà elle a vu quelqu'un qui la connaît. » (Un agent de santé d'un CSI, Niamey)

« Généralement, c'est le soir qu'elles viennent chercher des produits et, souvent, elles ne disent pas ouvertement le motif qui les a amenés. Il va falloir s'entretenir avec eux pour savoir ce qu'elles veulent. Elles évitent de venir pendant les heures habituelles de service, comme le font les mamans et les grandes sœurs. » (Un agent de santé d'un CSI, Niamey)

*Solution endogène : le recours à une tierce personne discrète pour faciliter l'accès des adolescents et des jeunes aux contraceptifs*

Des agents en milieu rural développent une stratégie s'appuyant sur des personnes de confiance présentes dans le centre de santé, comme les gardiens ou d'autres agents ne faisant pas partie de l'équipe dédiée à la SSR. Ces personnes sont reconnues pour leur capacité d'écoute, leur proximité avec les jeunes et leur discrétion.

Concrètement, lorsqu'un jeune exprime son besoin de contraceptifs, l'agent de santé lui donne un rendez-vous et organise la remise via une tierce personne.

« Parce que les jeunes du quartier parfois, me disent qu'ils veulent venir, mais ils ont peur de rencontrer quelqu'un qui les connaît dans le quartier. J'ai rencontré deux à trois cas, dont une jeune fille et deux jeunes hommes, je leur ai donné mon numéro et je leur ai dit de m'appeler le jour où ils veulent les

contraceptifs. Quand ils m'ont appelé, je leur ai dit que je vais donner la commission au gardien. C'est cela que je fais et j'ai pris les préservatifs, j'ai mis dans une enveloppe, j'ai donné au gardien, je lui ai dit : un tel va venir, il va te demander la commission que la directrice avait donnée, tu lui remets l'enveloppe. C'est comme ça que j'ai remis à deux jeunes. » (Un agent de santé d'un CSI, Niamey)

### *Perspectives de mise en œuvre*

- ✓ Identifier des personnes de confiance dans les centres y compris en dehors des agents de santé (gardiens, agents accueillants, etc.) pouvant servir de point de service de confiance.
- ✓ Sensibiliser ces intermédiaires aux enjeux de confidentialité et à la SSR.
- ✓ Créer des codes de communication sécurisés entre jeunes et agents de santé.
- ✓ Intégrer cette pratique dans les formations à la « qualité relationnelle » des soins.

### *Sénégal*

#### *Contexte spécifique : L'éducation à la Vie Familiale*

Au niveau des établissements scolaires de certaines zones, surtout en milieu rural, les programmes de planification familiale sont refusés en raison des barrières socioculturelles. À Ziguinchor par exemple, particulièrement à Oussouye et à Cabrousse, les communautés sont très attachées à leurs traditions. Il y a ce qu'on appelle « gnégné » qui se traduit littéralement en français par tabou : à la maison, il y a certains sujets qui ne peuvent être abordés entre l'enfant et ses parents. Cette culture du tabou, qui se développe chez l'enfant, constitue un obstacle pour discuter sur les thèmes liés à la planification familiale et pour l'enseignement de ces programmes de PF dans les écoles. Certains parents ne vont jamais accepter que ce qu'ils cachent à leurs enfants, ceux-ci le découvrent ailleurs en dehors de la maison.

#### *Solution endogène : Un enseignant met en place une boîte à question anonyme en classe*

Constatant l'hésitation et la « peur » de certains élèves d'évoquer des sujets relatifs à la SR, un enseignant de SVT dans un lycée de Dakar a pris l'initiative d'ouvrir une boîte à questions (BAQ) anonymes dans ses classes et organise des séances d'échange pour répondre aux questions. L'objectif est d'améliorer l'accès des élèves aux informations relatives à la santé de la reproduction dans la confidentialité, à travers la mise en place de cette boîte à questions dans les établissements scolaires.

Il s'agit d'un mécanisme de contournement des tabous autour de la question de la sexualité, pour favoriser la participation des élèves lors des cours et leur donner l'occasion d'exprimer dans la confidentialité leurs besoins en information et en orientations sur ces questions.

« L'anonymat permet à ceux qui n'osent pas se prononcer verbalement de mettre sur écrit leurs interrogations. En outre, les élèves sont à l'aise pour poser les questions les plus intimes sur la SSR et recevoir l'orientation adéquate. Par ailleurs, le fait que l'enseignant y réponde devant l'entièreté de la classe permet à tous les élèves d'en tirer des leçons y compris ceux n'ayant pas eu à poser de questions. C'est donc une belle occasion d'un partage d'informations sur des sujets généralement "tabous" de façon participative et aisée. Les élèves en sortent mieux informés et outillés pour décider sur leurs actions de santé sexuelle et reproductive. » (Un enseignant de SVT, Dakar)

L'aisance que développent peu à peu les élèves avec cet enseignant entraîne un maintien de contact entre eux même en dehors du cadre éducatif.

« Je suis ouvert aux élèves face à leurs problèmes de santé sexuelle et tout ce qui est tabou [...] Quand j'entre dans la reproduction, je leur donne donc des bouts de papiers. Ils vont mettre ce qu'ils veulent savoir sur la sexualité ou l'appareil génital, des problèmes ou des maladies, en anonymat. À la fin du cours, je vais prendre les questions une à une et répondre à ça. » (Un enseignant de SVT, Dakar)

Pour limiter les risques d'identification, le professeur adopte une méthode précise dans le traitement des questions posées anonymement :

« La boîte se trouve sur le bureau. Tous les élèves vont déposer. Je ne peux pas savoir qui l'a mis parce que les papiers sont désordonnés. Je mets ça dans une enveloppe une fois à la maison. Maintenant, peut-être la nuit, tout comme ça peut être après quelques jours, je viens pour exploiter les éléments, pour essayer de voir les questions qui sont semblables. Je leur donne une réponse commune et maintenant les autres éléments on les sépare [...] Je reviens y répondre durant les séances suivantes parce qu'à ce moment ils ont déjà oublié leur production. » (Un enseignant de SVT, Dakar)

Dans quelques situations exceptionnelles, les élèves sont identifiés par le professeur, ceci en raison de la particularité de leurs écritures. Leur identité reste néanmoins confidentielle.

Les élèves, de leur côté, trouvent cette initiative intéressante, car répondant à leurs besoins d'information et d'expression sans crainte de regards externes ou de jugements de valeur. De plus, la touche d'interactivité qu'apporte cette boîte à questions rend ces cours sur la SR plus relax dans un environnement fondamentalement fermé sur ces questions. Un ancien élève de ce professeur en garde de bons souvenirs :

« Oui, on a connu la boîte à questions anonymes avec Mr K.. C'était une belle initiative qui nous permettait bien sûr de mieux participer aux cours et aussi de poser n'importe quelle question qu'on voulait poser. Ça décomplexait les élèves [...] On n'avait pas peur d'être identifiés parce qu'on ne mettait pas nos

noms et aussi ces questions ne se traitaient pas sur le coup, le prof les gardait jusqu'au cours qui succède. »  
(Un ancien élève ayant bénéficié de la BAQ, Dakar)

### *Perspective de mise en œuvre*

Pour assurer la pérennisation et l'implémentation de cette initiative, l'adhésion des autorités scolaires serait un catalyseur. De plus, le partage de la solution BAQ avec les collègues enseignants de SVT pourrait contribuer à sa large diffusion et à libérer la parole des élèves sur ces questions pour une meilleure connaissance de leur santé de la reproduction. Toute initiative visant à garantir la préservation de l'identité des élèves pourrait aussi encourager ces derniers à exprimer leurs besoins liés aux difficultés de la puberté, dont les plus intimes.

### *Togo*

#### *Contexte spécifique : La coordination intersectorielle entre Education et Santé*

Au Togo, les politiques nationales reconnaissent l'importance d'une approche multisectorielle en matière de SSRAJ. La huitième revue conjointe du secteur de l'éducation, tenue en 2019 à Lomé, insistait sur la mise en place de cadres régionaux et locaux de concertation entre le ministère de l'Éducation et les services des ministères impliqués (y compris la Santé) pour améliorer l'efficacité des programmes éducatifs<sup>9</sup>. Cependant, sur le terrain, les mécanismes de liaison opérationnelle restent faibles. Très souvent, les enseignants ne sont pas intégrés formellement aux réseaux de référence sanitaire, et les prestataires de santé n'ont pas de relais dans les établissements scolaires pour assurer une continuité de l'information et de l'orientation vers les services.

Cette situation crée un fossé entre l'intention politique et la réalité de sa mise en œuvre. Des collégien.e.s et lycéen.ne.s continuent de subir des ruptures dans l'accès aux services de SSR, faute de relais institutionnels efficaces entre les secteurs.

#### *Solution endogène : Des enseignantes-relais entre école et santé*

Malgré les recommandations politiques et institutionnelles prônant une synergie entre les ministères de la Santé et de l'Éducation pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ), cette collaboration reste souvent théorique. Dans la réalité, les dispositifs de coordination sont peu opérationnels.

<sup>9</sup> <https://assets.globalpartnership.org/s3fs-public/document/file/2020-05-Togo-JSR-AM.pdf>



Des enseignantes adoptent de manière informelle et spontanée, le rôle de relais vers les services de santé. Lorsqu'elles identifient une élève en difficulté, ou alertées par ses camarades, ces enseignantes prennent le temps d'écouter, conseiller et réorienter les jeunes vers des prestataires de santé de confiance.

« (...) Nous les retournons...bon, nous essayons quand même de les informer sur ce que nous savons. Mais au finish, nous les référons chez les personnes les mieux indiquées qui sont les agents de santé. D'aller voir sans complexe, d'aller voir les sage-femmes, que les sage-femmes sont là pour elles aussi. Et, qu'elles seront fières de les avoir dans leurs locaux. Donc c'est la solution finale ! Quand nous essayons de parler, donc nous les référons, de ne pas avoir peur. Pour plus d'éclaircissement d'aller voir les agents de santé. » (Une enseignante d'Anglais/ECM, Atakpamé)

Par exemple, une enseignante suit discrètement l'évolution d'une élève après un avortement clandestin. Elle l'encourage à consulter une sage-femme et contacte personnellement un centre partenaire (ATBEF) pour garantir une écoute bienveillante et un accueil sans jugement.

« (...) Ce sont ses amis que tu appelles après pour savoir un peu et qui disent oooh madame elle a avorté depuis. C'est de là que tu l'appelles encore pour dire ok, il faut vraiment que si tu ne veux plus faire ça, tout ce qu'on veut ici c'est la prévention, la protection. Il y a les préservatifs, il faut les utiliser. Et surtout ce que tu as fait là, c'est dangereux. Tu dois aller à l'hôpital pour qu'on te soigne (...) parfois, je les amène à l'ATBEF. La sage-femme de là je l'appelle et je lui dis : « j'envoie une de nos enfants s'il te plaît écoute la !. On essaie de lui prodiguer des soins et des conseils. Sinon elles vont à l'hôpital, non ! ». Ce n'est pas évident ! » (Une enseignante Anglais/Français, Atakpamé)

Cette initiative comble un vide au niveau opérationnel entre les secteurs de l'Éducation et de la Santé, en créant une passerelle concrète au niveau local. Elle met en évidence le rôle social des enseignants, qui, au-delà de l'instruction académique, assurent un accompagnement empathique des adolescent.e.s.

#### *Perspectives de mise en œuvre*

- ✓ Institutionnaliser la fonction d'enseignant-relais dans les collèges et lycées, à travers des modules de formation en SSR.
- ✓ Appuyer la mise en réseau des enseignants sensibles à ces questions, pour faciliter les échanges d'expérience et la mutualisation des bonnes pratiques.
- ✓ Prévoir des dispositifs de reconnaissance, de soutien psychologique ou de valorisation pour les enseignants qui s'engagent dans ces pratiques d'accompagnement.
- ✓ Intégrer cette pratique dans les stratégies nationales de santé des adolescents et jeunes comme modèle d'articulation intersectorielle locale.



## Conclusion

Malgré des efforts notables pour promouvoir l'éducation sexuelle complète et faciliter l'accès à la contraception, les adolescents/jeunes, en particulier les filles, continuent de se heurter à de multiples barrières : normes sociales restrictives, stigmatisation, inadéquation ou insuffisance de l'offre de soins, ainsi que résistance institutionnelle des systèmes éducatif et sanitaire.

Dans ce contexte caractérisé par de multiples obstacles, la recherche a permis d'identifier et de documenter un ensemble de SE portées par des soignants, des enseignants, des jeunes eux-mêmes ou encore des membres des communautés. Ces SE témoignent d'une capacité d'adaptation, d'innovation pragmatique et d'engagement face aux contraintes quotidiennes. Elles se distinguent par leur simplicité à l'image par exemple des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) promues par l'UNICEF. Elles sont mobilisables sans recourir à une logistique lourde ni à des financements considérables. Leur inscription dans les dynamiques sociales locales leur permet d'être plus durables que certaines interventions exogènes souvent déconnectées des contextes locaux. Elles sont portées par de rares acteurs locaux, des experts contextuels, améliorateurs de la mise en œuvre des « projets » des PTF souvent peu adaptés, et que la plupart de leurs collègues appliquent peu. Il faut préciser qu'elles ne sont pas en contradiction avec les « modèles voyageurs », mais viennent plutôt les compléter en les contextualisant avec pertinence.

Une feuille de route a été élaborée avec les cadres institutionnels des six pays concernés. Elle vise à obtenir l'adhésion des décideurs pour expérimenter à plus grande échelle les SE sélectionnées et à favoriser leur reconnaissance institutionnelle à travers leur intégration dans les politiques publiques de SSRAJ. Cette feuille de route constitue une opportunité concrète pour instaurer une communauté de pratiques régionale, encourager l'apprentissage entre pairs, et affirmer que l'innovation peut aussi venir d'en bas, à partir des acteurs locaux eux-mêmes, lorsqu'ils sont reconnus, soutenus et valorisés.

**Références bibliographiques**

- Badou, A. O. (2022). « Effets secondaires des contraceptifs : une dimension négligée dans l'offre de services de planification au Bénin. » *Le Journal des sciences sociales*, 23, 125-136
- Ben Yakoub S., 2020, « Fondements théoriques et importance de l'innovation : Regards des auteurs au cours des années », *Revue Internationale du Chercheur* Volume 2 : Numéro 1
- Blundo G. & Olivier de Sardan, (dir), 2002, *La corruption au quotidien en Afrique de L'Ouest Approche socio-anthropologique comparative: Bénin, Niger et Sénégal*, École des Hautes Études en Sciences Sociales Institut Universitaire d'Études du Développement Institut de Recherche pour le Développement.
- Diarra A., 2010, *Socio-anthropologie de la prise en charge de l'accouchement au Mali*, Thèse de Doctorat en Anthropologie Sociale et Ethnologie, 2010, Marseille.
- Drucker P., 1985, *Innovation and Entrepreneurship: practice and principles*, New York, Harper & Row.
- Gaglio G., (2012) « Du lien entre l'analyse sociologique de l'innovation et la sociologie : une lecture simmelienne. », *Cahiers de recherche sociologique*, (53), 49-72. <https://doi.org/10.7202/1023191ar>
- Gobatto I. & Lafaye F., 2005, « Petits arrangements avec la contrainte. Les professionnels de santé face à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Sciences Sociales et Santé*, 23-1 pp : 79-108
- Gobatto I., 1999, *Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris, L'Harmattan, 303 p.
- Haudeville B. & Le Bas C., 2016, « L'innovation frugale : une nouvelle opportunité pour les économies en développement ? », *Mondes en Développement* Vol.44-2016/1-n°173, DOI : 10.3917/med.173.0011
- Hendrickx C., 1996, « Problématiques du transfert de technologie et nouvelles théories de l'innovation et de la firme », *Revue Région & développement* n°3.
- Hirschman A. O., 1970, *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states*, Harvard University Press

- Ibrahim N. & Da Silva R.B., 2022, « Profile of health facilities and determinants of the family planning services supply to unmarried adolescents in Burkina Faso, Ghana, and Niger » *Ghana medical journal*, 56(3), 115-126.
- Ibrahim N., 2024, Capacités organisationnelles, mobilisation et utilisation des ressources dans le cadre des interventions en santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les pays en développement : cas du Niger. Thèse de Doctorat. Université de Montréal, QC, Canada.
- Jaffré Y. & Olivier de Sardan, J.P. 2003, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala, coll. « Hommes et sociétés ».
- LASDEL, 2024, « Les innovations au sein des services publics en Afrique francophone, Actes du colloque international » *Etudes et travaux du LASDEL*, N° 133
- Latour B., 1994, « Une sociologie sans objet? Remarques sur l'interobjectivité. », *Sociologie du Travail*, 36(4), 587–607. <http://www.jstor.org/stable/43149969>
- Michael T.O., Ojo T.F., Ijabadeniyi O.A., Ibikunle M. A., Oni J.O., Agboola A.A., 2024, "Prevalence and factors associated with contraceptive use among sexually active adolescent girls in 25 sub-Saharan African countries". *PLoS ONE* 19(2): e0297411. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297411>
- Olivier de Sardan JP, Diarra A, Moha M., 2017, « Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health », *Health Res Policy Syst*. 2017 Jul 12;15(Suppl 1):60. doi: 10.1186/s12961-017-0213-9. PMID: 28722553; PMCID: PMC5516842.
- Olivier de Sardan, J-P., 2021, *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà*. Paris : Karthala
- Olivier de Sardan, J.P., 2022, « 'Compter sur ses propres forces'. Face à la dépendance à l'aide, promouvoir les experts contextuels dans les politiques publiques en Afrique ». *Global Africa*, 1 (1) : 96-111
- Souley-Issoufou, M.S. & Caremel, J.F. 2024, « Réformer les systèmes de santé 'par le bas'. Pistes de travail pour des 'modèles voyageurs' locaux » *Global Africa*, 6: 101-116

Sully EA et al., 2020, *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health*. New York: Guttmacher Institute.

## Recommandations

Sur la base des résultats et des leçons apprises, des recommandations sont proposées aux principaux acteurs concernés par la planification familiale (PF), comme récapitulées dans le tableau ci-après :

Acteurs	Recommandations
Directions nationales de la santé familiale/ de la mère et de l'enfant	<b><i>Reconnaître et valoriser les solutions endogènes (SE)</i></b> Encourager une reconnaissance institutionnelle officielle des solutions endogènes identifiées, en les considérant comme des leviers à part entière d'ingénierie sociale.
	<b><i>Renforcer le soutien à la pratique et à la pérennisation</i></b> Accompagner les initiateurs des SE par des mécanismes de soutien souples et adaptés, qui respectent leur ancrage local, leur capacité d'ajustement et leur logique de fonctionnement « par le terrain ».
	<b><i>Intégrer les SE dans les stratégies nationales et locales de santé sexuelle et reproductives et d'éducation au niveau secondaire</i></b> Inclure les SE les plus pertinentes dans les politiques nationales et plans d'action sectoriels, notamment en matière de santé des adolescents, d'éducation sexuelle complète et de PF.
Partenaires techniques et financiers (ONG Internationales)	<b><i>Soutenir la pérennité par un dispositif de financement léger</i></b> Allouer des ressources financières, humaines et techniques appropriées à faibles coûts pour consolider les SE afin d'assurer leur durabilité sans institutionnalisation rigide.
	<b><i>Promouvoir la co-construction et la participation des jeunes</i></b> Associer systématiquement les jeunes, en particulier les adolescentes, à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes de SSR, pour garantir que les réponses soient adaptées à leurs réalités et besoins.
	<b><i>Développer des dispositifs d'évaluation sensibles aux dynamiques locales</i></b> Mettre en place des dispositifs de suivi-évaluation qui soient attentifs aux dynamiques sociales de terrain et qui permettent de mesurer l'impact réel des SE sur l'accès, l'utilisation et la qualité des services de SSR pour les jeunes.
	<b><i>Encourager la création d'une communauté de pratiques régionales sur les SE</i></b> Faciliter les échanges d'expériences entre pays sur l'identification, la mise en œuvre et l'adaptation des SE, pour favoriser une montée en compétence collective et accélérer leur diffusion à l'échelle régionale.
	<b><i>Renforcer la recherche sur les solutions endogènes et leurs trajectoires</i></b> Poursuivre les investigations pour mieux comprendre les conditions d'émergence, de diffusion et de pérennisation des SE, en mobilisant des méthodologies participatives et contextuelles.

Ce texte est une synthèse des rapports pays et du rapport général rédigés dans le cadre d'un programme de recherche coordonné par le LASDEL avec le soutien technique et financier de l'UCPO (Unité de coordination du Partenariat de Ouagadougou)

Le LASDEL (Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local) est un centre de recherche en sciences sociales implanté au Niger et au Bénin, dont les principaux axes de travail portent sur la délivrance des services publics, la mise en œuvre des politiques publiques et les interactions avec les usagers (santé, hydraulique, pastoralisme, éducation, justice, sécurité, etc.), les pouvoirs locaux et la décentralisation, et l'intervention des institutions de développement.

Le LASDEL recourt principalement à des méthodes qualitatives fondées sur des enquêtes de terrain approfondies. Il met à la disposition des chercheurs et doctorants son Centre de Documentation de Niamey. Il contribue à la formation de jeunes chercheurs, en particulier avec son Université d'été.

La collection « *Etudes et Travaux du LASDEL* » propose des rapports de recherche issus des travaux menés par le LASDEL. Ils sont disponibles en ligne ([www.lasdel.net](http://www.lasdel.net)) ou en vente à son secrétariat.

Derniers numéros parus :

N° 143 « Service public et informalités dans les systèmes de santé en Afrique », par J.P. Olivier de Sardan (2025)

N° 142 « The fight against diabetes and hypertension in Niger: a qualitative diagnosis », by LASDEL "Stop NCD" team (2025)

N° 141 « La lutte contre le diabète et l'hypertension au Niger : un diagnostic quantitatif », par Ibrahim Nassirou (2025)

## LASDEL

LABORATOIRE D'ÉTUDES ET RECHERCHES  
SUR LES DYNAMIQUES SOCIALES ET LE DÉVELOPPEMENT LOCAL

BP 12 901, NIAMEY, NIGER – TÉL. (227) 20 72 37 80  
BP 1 383, PARAKOU, BÉNIN – TÉL. (229) 23 10 10 50

[WWW.LASDEL.NET](http://WWW.LASDEL.NET)