

REPUBLIQUE DU SENEGAL

UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI



**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DES
UNIVERSITES, DES CUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

**UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR
INSTITUT NATIONAL SUPERIEUR DE L'EDUCATION
POPULAIRE ET DU SPORT**

MONOGRAPHIE DE FIN DE CYCLE

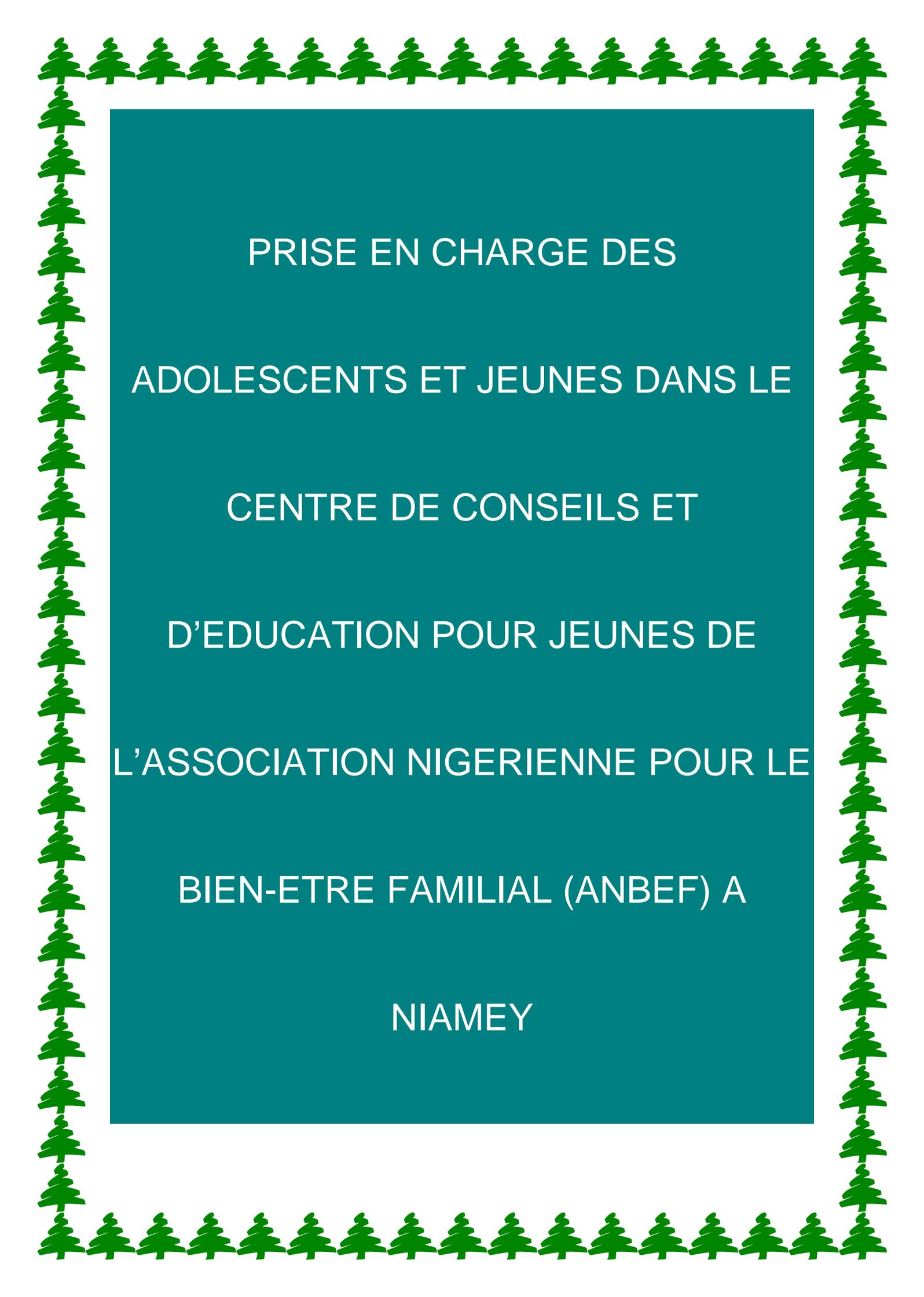
**en vue de l'obtention du certificat d'aptitude aux fonctions
d'inspecteur de l'éducation populaire de la jeunesse et des sports**

**PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS ET
JEUNES DANS LE CENTRE DE CONSEILS ET
D'EDUCATION POUR JEUNES DE L'ASSOCIATION
NIGERIENNE POUR LE BIEN-ETRE FAMILIAL
(ANBEF) A NIAMEY**

PRESENTE PAR :
Mme LY ABOUBACAR AMINA
PROMOTION 2009-2011

SOUS LA DIRECTION DE :
M. MBAYE DIONE
INSPECTEUR DE L'EDUCATION
POPULAIRE DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

2010-2011



PRISE EN CHARGE DES
ADOLESCENTS ET JEUNES DANS LE
CENTRE DE CONSEILS ET
D'EDUCATION POUR JEUNES DE
L'ASSOCIATION NIGERIENNE POUR LE
BIEN-ETRE FAMILIAL (ANBEF) A
NIAMEY

DEDICACES

- *A mes parents pour leurs multiples prières à mon endroit,*
- *A Mon époux, Monsieur Ly Ousmane pour son soutien moral, matériel et financier qui a toujours été constant.*
- *A mes enfants Adama, Ibrahim et Mariama : merci pour les sacrifices que vous avez acceptés de consentir lors de cette formation. Ce travail est le fruit de votre patience. Je vous aime beaucoup.*

Je dédie ce travail.

REMERCIEMENTS :

Convaincu que tout travail de recherche est l'apport de plusieurs personnes, nous tenons ici à exprimer notre reconnaissance et notre profonde gratitude à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce document. Nous sommes particulièrement reconnaissante à :

- **Monsieur Mbaye Dione** qui, malgré ses multiples tâches administratives, a accepté de diriger ce travail. Votre patience, votre esprit critique et votre acharnement pour un travail bien fait nous ont permis de revenir sur plusieurs points en vue d'apporter certaines précisions capitales. Votre rigueur nous servira partout de modèle dans notre vie professionnelle.

- **Monsieur Oumar Daouda Sognane**, Vous avez accepté de lire les premiers drafts de notre document. Votre lecture minutieuse qui ne laisse passer aucune maladresse nous a permis de corriger au maximum les fautes d'orthographe, de grammaire et de forme

- **Monsieur Ibrahim Maazou et sa famille**, pour la disponibilité et le soutien qu'ils nous ont apporté durant ces deux années.

- **Monsieur Chaibou Neino**, vous avez fait preuve d'une constante disponibilité pour nous guider dans l'élaboration de ce travail. Vos critiques objectives, vos conseils, suggestions et encouragements nous ont aidés tout au long de ce travail.

- **Monsieur Nabirni Mahamadou**, pour sa disponibilité et ses conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer tout au long de la réalisation de ce travail.

- **Monsieur Allagouma Nouhou MAÏGA**, chef du Centre de Conseils et d'Education pour Jeunes de Niamey qui a accepté notre demande d'étude et nous a fourni tous les renseignements dont nous avons besoin.

- **Mes deux camarades de la 19^e promotion, Mamane Moussa et Patcha Salaka**, avec lesquels nous avons passé ces deux années dans un climat familial.

- Tout le **personnel enseignant et administratif de L'INSEPS** qui pendant les deux années scolaires nous a donné une formation consistante en faisant toujours référence à des documents scientifiques d'actualité. Profonde gratitude !

-Tout le **personnel de l'Association Nigérienne pour le Bien Être Familial** pour votre franche collaboration.

-Tout le **personnel du Centre de Conseils et D'Education pour Jeunes** pour la disponibilité et la franche collaboration.

- Enfin, nous tenons à exprimer notre gratitude à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail. ***Merci à tous !***

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	1
REMERCIEMENTS	2-3
TABLE DES MATIERES.....	4-5
LISTE DES TABLEAUX.....	6
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	7-8
INTRODUCTION.....	9-11
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE REFERENCE.....	12
1-1 REVUE DE LA LITTERATURE	13-18
1-2 PROBLEMATIQUE.....	19-25
1-3 JUSTIFICATION DU CHOIX DU THEME.....	26-27
1-4- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	28
1-4-1 Objectif général	28
1-4-2 Objectifs spécifiques	28
1-5 HYPOTHESE GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE.....	28
1-5-1 Hypothèses spécifiques.....	28
1-6 DEFINITION DES CONCEPTS.....	29-31
CHAPITRE II : PRESENTATION DU CHAMP D'OBSERVATION	32
2-1 PRESENTATION DU NIGER.....	33
2-1-1 Aspects physiques et humains	33-34
2-1-2 Aspects politiques et institutionnels.....	34
2-1-3 Aspects socio-économiques	34-35
2-2 PRESENTATION DE LA COMMUNAUTE URBAINE DE NIAMEY.....	36
2-3 PRESENTATION DE LA COMMUNE V	36
2-3-1 Situation géographique	36-37
2-3-2 Démographie.....	37
2-3-3 Aspects socio-éducatifs	37
2-3-4 Aspects socio-sanitaires	37

2-3-5 Partenaires au développement intervenant dans la commune.....	38
2-4 PRESENTATION DE L'ANBEF.....	38
2-5 PRESENTATION DU CENTRE DE CONSEILS ET D'EDUCATION POUR JEUNES.....	38-39
2-5-1 LES UNITES DU CENTRE	39
2-5-1-1 L'unité médicale.....	39-40
2-5-1-2 L'unité d'apprentissage.....	40
2-5-1-3 L'unité socio-culturelle.....	40-41
2-5-2 LES RESSOURCES HUMAINES	41
2-5-3 LES RESSOURCES MATERIELLES.....	41-42
2-5-4 LES RESSOURCES FINANCIERES.....	42
CHAPITRE III : METHODOLOGIE.....	43
3-1 POPULATION MERE	44
3-1-1 Echantillon.....	44
3-2 INSTRUMENTS DE RECHERCHE	44
3-2-1 Le questionnaire	44
3-2-2 Le guide d'entretien.....	45
3-3 DIFFICULTES RENCONTREES.....	45
CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION	
DES RESULTATS DE L'ETUDE	46
4-1 Présentation et analyse des résultats	47-59
4-2 Synthèse des difficultés liées à la prise en charge des adolescents et des jeunes dans les centres amis des jeunes.....	60-61
4-3 RECOMMANDATIONS.....	62-63
CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE	65-67
ANNEXES.....	68
QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX ADOLESCENTS ET AUX JEUNES.....	69-71
GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE A LA SECRETAIRE GENERALE DE L'ANBEF.....	72
GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AU RESPONSABLE DU CCEJ.....	73

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Répartition des enquêtés selon l'âge et le sexe

Tableau n° 2 : Répartition des enquêtés selon le sexe et le niveau d'étude

Tableau n° 3 : Répartition par sexe et profession

Tableau n °4 : Connaissance du centre à travers un canal

Tableau n °5 : Raisons de visite du centre

Tableau n °6 : Appréciation du centre par les adolescents et les jeunes

Tableau n °7 : Activités menées par le centre et connu par les adolescents et les jeunes

Tableau n° 8 : Prestations dont les adolescents et les jeunes ont bénéficié

Tableau n° 9 : Appréciation de la qualité de prestation reçue par les adolescents et les jeunes

Tableau n° 10 : Qualité de l'accueil au niveau du centre

Tableau n °11 : Difficultés rencontrées par les adolescents et les jeunes

Tableau n°12 : Connaissance du centre par les parents

Tableau n °13 : Réaction des parents suite de la création du centre (selon les adolescents et les jeunes)

Tableau n °14 : Besoins et attentes des adolescents et des jeunes pour une meilleure prise en charge dans les centres amis des jeunes.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ANBEF : Association Nigérienne pour le Bien - être Familial

AREN : Association pour la Redynamisation de l'Élevage au Niger

ASBEF : Association Sénégalaise pour le Bien - être Familial

CA : Centre Ami

CAIRE: Cooperative for Assistance and Relief Every where

CAP : Connaissance Attitude et Pratique

CCEJ : Centre de Conseils et d'Éducation pour Jeunes

CEG : Collège d'Enseignement Général

CEPROD : Centre d'Étude et de Recherche sur la Population et le Développement

CIPD : Conférence Internationale pour la Population et le Développement

CS : Centre de Santé

CSI : Centre de Santé Intégré

FS : Formation Sanitaire

HD : Hôpital de District

IEC : Information Éducation Communication

I J: Initiative Jeunes

IPPF : Fédération Internationale de la Planification Familiale

IST: Infection Sexuellement Transmissible

MGF : Mutilations Génitales Féminines

MJ : Maison des Jeunes

MJS/SN : Ministère de la Jeunesse des Sports et de la Solidarité Nationale

MSP/LCE : Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PAC : Programme d'Action Communautaire

PF : Planification Familiale

PAJ : Programme d'Action en matière de Jeunesse

PDS : Plan du Développement Sanitaire

PMA : Paquet Minimum d'Activité

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PNSR : Programme National de Santé de la Reproduction

PSPR : Programme Spécial du Président de la République

PSRA : Projet Santé de la Reproduction des Adolescents

RGP/H : Recensement Général de la Population

SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise

SR : Santé de la reproduction

SRP : Stratégie de Réduction de la Pauvreté

SSRAJ : Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes

UNDAF : Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

INTRODUCTION

Les problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ) suscitent toujours de nombreuses inquiétudes dans le monde.

Le Niger n'est pas épargné par cette situation. Pays en développement, il connaît depuis plusieurs décennies une augmentation rapide de sa population dont la tranche d'âge qui constitue les adolescents et jeunes représente 36%¹.

Cette frange de la population qui déterminera le devenir du monde, qu'il s'agisse de développement durable, de la sécurité globale et de bien d'autres questions toutes aussi importantes est aussi un des groupes les plus exposés à l'infection du VIH/SIDA, aux grossesses non désirées, aux avortements clandestins, à la drogue et à la violence. Les indicateurs sont alarmants.

Cette situation est favorisée par un accès limité des jeunes aux services de santé de la reproduction du fait des pesanteurs socioculturelles et de l'inadéquation des formations sanitaires publiques. Celles-ci sont incapables de répondre aux besoins spécifiques de la jeunesse, d'où la nécessité de mettre en place des structures plus adaptées à ce groupe d'âge qui est un des plus vulnérables.

Cet état des faits est illustré par la place accordée aux jeunes dans les plans d'actions des organismes des Nations Unies entre autres le PNUD, l'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA, etc. Ainsi, plusieurs rencontres internationales ont été organisées dont les plus récentes sont : la Conférence de Vienne (1993) sur les droits de l'homme, la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD), organisée au Caire en Egypte (1994) et la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine tenue à Maputo, Mozambique (2006).

Au Caire, la question de la jeunesse a été au centre des débats. Ainsi, le Programme d'action adopté, invite les pays à « résoudre les problèmes de santé des adolescents en matière de sexualité et de reproduction, notamment les grossesses non désirées, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, les infections sexuellement transmissibles(IST), dont le VIH/SIDA, en encourageant un comportement procréateur et sexuel, responsable et sain, y compris l'abstinence, et en fournissant des services et une orientation particulièrement adaptés à ce groupe d'âge ». ²

¹ Note de présentation des résultats définitifs du RGP/H-2001, la fécondité page 25

A Maputo, un plan d'action a été élaboré. Celui-ci est centré principalement sur la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) tel que préconisée dans le Plan d'action de 1994 de la CIPD. Il vise à amener le continent vers l'objectif de l'accès universel aux services Intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique d'ici 2015. C'est un plan à court terme pour la période allant jusqu'en 2010 comportant neuf (9) domaines d'activités dont les services en faveur des jeunes.³

S'inscrivant dans cette démarche, le Niger a créé en 2000 le Projet Initiative Jeune pour la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes (SSRAJ). Des centres amis des jeunes ont aussi été créés dans certaines régions du pays par l'Etat, les partenaires au développement, les ONG et associations.

C'est dans cet esprit que le Centre de Conseils et d'Education pour Jeunes (CCEJ), structure spécialisée de l'ANBEF, s'attelle depuis octobre 1997, à la promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes.

Malgré tous ces efforts, beaucoup reste encore à faire surtout en ce qui concerne la prise en charge des adolescents et des jeunes dans les centres amis des jeunes. Sur ce plan, beaucoup de volets ne sont pas pris en compte et les jeunes rencontrent d'énormes difficultés.

Dans le cadre de cette étude, le thème de recherche choisi est : **la prise en charge des adolescents et des jeunes dans le centre de conseils et d'éducation pour jeunes de l'ANBEF**. L'étude effectuée permettra de voir comment cette prise en charge s'effectue afin de proposer des recommandations.

L'étude entreprise s'articulera autour de quatre (4) chapitres :

- dans le **premier chapitre** intitulé **cadre théorique de référence**, après avoir présenté quelques écrits dans le domaine, dégagé la problématique, justifié le choix du thème et défini les objectifs de étude, nous formulerons aussi des hypothèses de travail et définirons les concepts pour mieux nous situer ;
- dans le **deuxième chapitre** intitulé **présentation du champ d'observation**, nous présenterons d'abord le Niger, ensuite la Communauté urbaine de Niamey, la commune V, l'association nigérienne pour le bien-être familial et enfin, le terrain d'étude en mettant en exergue les objectifs et missions du CCEJ ;

² FNUAP (1999), La transition : Santé, sexualité et droits des jeunes en matière de Reproduction, New York, page 10.

³ Commission de L'Union Africaine : Plan D'Action de Maputo sur la Santé Sexuelle et Reproductrice et les Droits, page 4.

- dans **le troisième chapitre** intitulé la **méthodologie**, nous traiterons d'abord de la population-mère sur la base de laquelle nous constituerons notre échantillon, ensuite nous présenterons nos outils de collecte des données et enfin, nous évoquerons les difficultés rencontrées ;
- enfin dans le **quatrième chapitre** intitulé **analyse et interprétation des résultats**, nous présenterons, dans un premier temps, les résultats et dans un second temps, nous effectuerons l'analyse et l'interprétation. Enfin, nous formulerons des recommandations en vue de contribuer à l'amélioration de la prise en charge.

***CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE
REFERENCE***

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE REFERENCE

1-1 REVUE DE LA LITTERATURE :

Tout travail de recherche requiert l'exploitation de documents ayant trait à l'étude. Plusieurs travaux ont abordé la question de la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des jeunes(SSRAJ) mais, la prise en charge de ce groupe cible dans les centres amis des jeunes reste très peu documentée sauf dans de rares études y relatives.

Ainsi dès 1995, une étude réalisée sur la santé de la reproduction chez les adolescents au Niger par le Centre d'Etude et de Recherche sur la Population pour le Développement(CEPROD) a fait ressortir les contraintes suivantes :

- faible fréquentation des jeunes et des adolescents dans les centres de santé.
- manque d'argent ;
- mauvais accueil des agents de santé ;
- inaccessibilité des jeunes aux soins.

De nombreuses propositions ont été faites par l'étude. Elles tournent autour de quatre (04) axes principaux :

- l'accès facile aux médicaments ;
- la distribution des moyens de prévention ;
- l'amélioration des rapports entre patients et soignants ;
- les sensibilisations et
- l'introduction de l'éducation sexuelle dans les programmes de formation.

Ces différentes suggestions permettront aux prestataires des centres de santé d'améliorer leurs comportements envers les jeunes. Elles permettront aussi aux adolescents et aux jeunes d'être informés sur les questions de santé de la reproduction.

Cependant, ce document n'a pas tenu compte de la spécificité des jeunes et des adolescents en SR. Leur prise en charge dans les centres n'a pas été abordée.

En 1997, dans le document du projet définissant les programmes d'actions en matière de jeunesse (PAJ), élaboré par le Ministère de la Jeunesse, des Sports et

de la Solidarité Nationale (MJS/SN), plusieurs difficultés que vivent les jeunes ont été soulignées.

Selon ce document, les jeunes vivent les problèmes suivants : emploi, chômage, éducation. Dans le domaine de la Santé de la reproduction (SR), le document a relevé que les jeunes payent le tribut le plus lourd face aux IST/VIH/SIDA essentiellement à cause de l'insuffisance de la sensibilisation. A la suite de ces constats, plusieurs objectifs ont été formulés notamment :

- promouvoir l'accès des jeunes aux soins de la santé de la reproduction ;
- accroître la prévalence contraceptive chez les jeunes.

Des approches ont été également proposées dans le cadre d'une meilleure prise en compte des problèmes des adolescents et des jeunes. Il s'agit entre autres de :

- la sensibilisation des populations sur les questions de santé des jeunes ;
- la formation des prestataires ;
- la prise en charge des jeunes atteints par les infections sexuellement transmissibles (IST).

Ce document indique également plusieurs voies pouvant permettre d'assurer une meilleure prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSAJ) dans les centres de santé.

Cependant, la fréquentation de ces centres par les jeunes et adolescents reste très préoccupante compte tenu de certaines pesanteurs socio-culturelles. La question de la prise en charge des jeunes dans les Centres Amis (CA) n'a pas non plus, été abordée.

Dans le document d'évaluation du sous-programme santé de la reproduction des jeunes élaboré en novembre 2000 au Niger par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), une analyse de la situation des jeunes a été faite. Les problèmes liés à la santé des adolescents et des jeunes dans les Centres de Santé (CS) ont été abordés. Ce sont entre autres, le mauvais accueil, la peur d'être jugé, le coût élevé des contraceptifs, etc.

Il est important de noter que l'introduction du recouvrement des coûts des contraceptifs représente une des raisons supplémentaires pour lesquelles certains

adolescents et jeunes qui voudraient y avoir recours ne le font pas. Cette contrainte a contribué à diminuer substantiellement la demande des adolescents et des jeunes dans les CS.

Le document a formulé des recommandations, notamment celles relatives à la clarification des statuts des centres, au renouvellement rapide de la clientèle de ceux-ci sans décourager l'encadrement.

Ce document a aussi défini une approche qui concerne l'implication des adolescents et des jeunes dans la prise des décisions les concernant en matière de Santé de la reproduction (SR).

Il est à noter que cette étude indique mieux les pistes pour prendre en charge les adolescents et les jeunes. Toutefois, la clarification des statuts des centres et le renouvellement des prestataires permettront aux jeunes et adolescents d'avoir un cadre mieux approprié en SR et d'y accéder sans difficulté. Aussi, convient-il de souligner que le document n'a pas défini comment cette prise en charge doit être faite.

En septembre 2000 le Projet Initiative Jeunes a mené une étude sur les connaissances, attitudes, pratiques, besoins et attentes des jeunes en matière de santé de la reproduction dans la Communauté Urbaine de Niamey.

Il ressort de cette étude que 76% des garçons et 43,4% des filles ont entendu parler du VIH/SIDA, mais seulement 28% des jeunes utilisent un préservatif lors des premiers rapports sexuels alors que ceux-ci ont lieu à 15,1 ans en moyenne chez les filles et 20,4 ans en moyenne chez les garçons. Aussi l'inaccessibilité des jeunes aux centres de santé a été retenue.

Suite à ces difficultés, l'étude a identifié un certain nombre de besoins des adolescents et des jeunes dont :

- accessibilité des Jeunes aux centres de santé ;
- information, éducation et communication ;
- disponibilité et accessibilité aux contraceptifs ;

Malgré la tentative de vouloir prendre en compte les besoins et les attentes des adolescents et des jeunes, l'étude n'a pas tenu compte de leurs spécificités.

En Avril 2001, le manuel de référence du Centre d'Etude de la Famille Africaine (CEFA) axé sur les compétences en matière de prise en charge des adolescents et

des jeunes en santé de la reproduction a dégagé aux prestataires des unités des soins ordinaires, des savoir - faire et savoir – être. Ceux-ci permettront à ces derniers de mieux s'organiser pour une éventuelle prise en charge des jeunes et des adolescents. Cependant, ce manuel n'a abordé que le volet médical assorti de nombreux détails sur les différentes techniques et très peu d'informations sur les autres volets comme les jeux socio - éducatifs et l'animation sportive.

En 2004, une étude réalisée par le Projet Initiative Jeunes a procédé à l'inventaire des textes (lois et ou règlements) présentant des obstacles à la santé sexuelle et reproductive des Adolescents et des Jeunes (SSRAJ). Elle a fait également ressortir quelques contraintes liées à l'accessibilité des services par les jeunes et les adolescents. Parmi ces contraintes, figurent la pauvreté, l'inadéquation des formations sanitaires à répondre aux besoins des jeunes et surtout, les pesanteurs socio - culturelles et les obstacles juridiques.

Ensuite, une recommandation relative à l'identification de nouveaux textes et politiques à reformuler et / ou à concevoir a été formulée.

En 2006, les prestataires des Centres de santé intégrés (CSI) en technologie contraceptive et counseling et adaptés aux jeunes et aux adolescents ont fourni un rapport de formation sur la prise en charge. Il est important de noter que cette formation s'est uniquement intéressée au volet médical.

Pour pallier l'insuffisance de la prise en charge, des rencontres ont été organisées à travers le monde.

En Afrique, les rencontres de Bamako et Niamey de 2003, suivies de celles de Dakar de 2004 et 2006 ont réuni des cliniciens, des médecins de santé publique, des chercheurs, des décideurs, des partenaires au développement, des jeunes et des membres de la société civile. Au terme de ces rencontres, un consensus s'est dégagé sur la nécessité de créer un cadre de prise en charge des adolescents et des jeunes en santé de la reproduction appelé Centres amis des jeunes.

Au Niger, plusieurs ateliers et réunions de plaidoyer ont été organisés. Les participants ont reconnu à l'unanimité que la promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes doit être multidisciplinaire et multisectorielle. Elle doit se focaliser sur la prise en charge des jeunes dans les centres amis.

C'est ainsi qu'en 2007, une étude axée sur les connaissances, attitudes, et pratiques des jeunes et adolescents a été menée. Elle a concerné les zones d'intervention du Programme Renforcement de la Santé Sexuelle Reproductive des Adolescents et des Jeunes, y compris la prévention des IST/VIH/SIDA.

Cette étude a identifié l'existence des Centres amis des jeunes dans les zones d'intervention du Programme en précisant que ceux-ci sont abrités soit, dans les Centres de Santé Intégrés (CSI) soit, dans les Maisons des Jeunes (MJ).

L'étude a aussi démontré que seulement 6% des adolescents et des Jeunes interrogés dans l'ensemble des zones d'intervention du programme connaissent ces centres et très peu les fréquentent. En outre, cette étude précise que la prise en charge médicale est assurée dans ces centres.

Il est à noter cependant que les autres prestations comme les activités socio-éducatives, l'animation sportive sont quasi-inexistantes.

Le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2009 élaboré en novembre 2004 par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies (MSP/LC), s'inscrit dans la logique du document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) et des orientations stratégiques du MSP/LCE 2002-2011.

Ce document a dégagé des indicateurs alarmants par rapport à la SSRAJ.

Il a retenu quelques initiatives prises par l'Etat et quelques ONG en faveur des jeunes dont la création du Projet Initiative Jeunes et la création des Centres amis des jeunes.

Par rapport à la prise en charge, ce document préconise la création de structures indépendantes ou procéder à des réaménagements horaires pour offrir des plages de prestations spécifiques aux jeunes dans les Centres de Santé Intégrés (CSI).

Le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015 élaboré en août 2010 par le MSP/LC, s'inscrit, pour sa part, dans une démarche globale du Système des Nations - Unies, du document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) 2008 - 2012 et des orientations stratégiques du MSP/LCE 2002 2011.

Ce document a mis l'accent sur l'intégration des activités de santé des adolescents et des jeunes, l'adaptation des centres de santé à cet effet et la disponibilité de service de santé sexuelle et de la reproduction de qualité accessibles aux jeunes et adolescents correspondant le mieux à leurs besoins.

Il a aussi mis l'accent sur les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) et l'utilisation des services de santé pour les soins et les conseils.

La prise en charge n'a commencé véritablement à susciter un intérêt particulier qu'à partir de l'élaboration et de l'adoption du document du Paquet Minimum d'activité(PMA).

En 2008, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a élaboré un document appelé PMA en SSRAJ dans les Centres amis des jeunes. Ce document vise à assurer une meilleure harmonisation des approches dans la définition des services de SSR aussi bien par les structures nationales que par les associations et les ONG.

Dans ce document, les différentes catégories de centres ont été définies, les types de services et le personnel permettant de contribuer à mieux organiser les services à l'intention des jeunes ont également été identifiés.

Il y a été retenu les centres suivants :

- le centre ami des jeunes ;
- le centre de santé intégré ami des jeunes ;
- le centre d'écoute.

La validation du PMA montre véritablement la volonté de prendre en charge les jeunes et adolescents dans les différents centres.

1-2 PROBLEMATIQUE :

Dans le monde, les jeunes et les adolescents âgés de 10 à 24 ans rencontrent d'énormes difficultés. En matière de santé de la reproduction, une naissance sur dix, provient d'une mère adolescente. Sur 14 millions de naissances enregistrées chaque année dans le monde chez les adolescents et les jeunes, 4,5 millions sont survenues en Afrique au Sud du Sahara. Plus de 4,4 millions de jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans subissent un avortement chaque année, la moitié se faisant dans des circonstances dangereuses dont environ 2 millions dans les pays en développement et les 1/3 des femmes qui utilisent les hôpitaux pour des complications ont au moins 20 ans.⁴

En plus, chaque jour, 500 000 adolescents et jeunes contractent une IST et la plupart d'entre eux appartiennent au groupe d'âge compris entre 20 et 24 ans. Ces infections en plus de la forte morbidité qu'elles provoquent chez les jeunes, peuvent entraîner aussi la stérilité et l'infertilité portant ainsi atteinte au renouvellement de l'espèce humaine.⁵

Cette situation qui frappe préférentiellement les adolescents et les jeunes est en passe d'anéantir de nombreux acquis de développement en Afrique.

Aucun pays d'Afrique n'est épargné par cette situation. En Afrique de l'Ouest, la majorité des pays connaissent la même situation avec des taux variables.

Au Burkina Faso, les adolescents de 10 à 19 ans constituent 25% de la population totale selon l'Enquête Démographique et de Santé 2003. Ce groupe est en proie à de nombreux problèmes spécifiques notamment en santé reproductive : difficultés d'accès aux services de santé reproductive, sexualité précoce et grossesses non désirées.

Les résultats présentés dans le rapport de cette enquête montrent que malgré les multiples actions menées tant par les pouvoirs publics que par les ONG dans le sens de l'amélioration des conditions de vie de ce groupe vulnérable, les indicateurs en santé de la reproduction des jeunes indiquent que des efforts restent à faire.

⁴ UNFPA : Les problèmes démographiques(2001) page 11.

⁵ Ibid page 11.

L'un des problèmes majeurs et persistants chez les adolescentes demeure la précocité de la fécondité. En effet, un quart des adolescentes de 15–19 ans ont déjà commencé leur vie féconde dont 17% ont déjà un enfant.

Lorsque ces grossesses précoces s'ajoutent à la malnutrition aigüe, aux déficiences énergétiques chroniques et à l'irrégularité des visites prénatales, elles deviennent sans conteste des grossesses à risque et constituent une importante cause de mortalité maternelle.

Cette précocité de la fécondité chez les adolescentes s'explique en partie par un contexte marqué par une sous-scolarisation très prononcée. Or, il est connu que l'école peut retarder l'entrée dans la vie féconde et que les adolescents non scolarisés, sans travail pour occuper leur temps courent souvent des risques plus élevés de se livrer à une activité sexuelle non protégée.

Un des résultats majeurs auxquels cette recherche est parvenue est que malgré les multiples campagnes de sensibilisation sur le VIH/SIDA, les comportements à risques persistent chez les adolescents.

Parmi les comportements à hauts risques vis-à-vis du VIH/SIDA figure le multi-partenariat surtout lorsque les rapports sexuels ne sont pas protégés. En effet, on constate que 3% des filles et 11% des garçons de 12 à 19 ans ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec deux partenaires et plus sans avoir utilisé un préservatif.⁶

Au Sénégal, selon une étude réalisée en 2000 par Population Council et le Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec, 41% des jeunes en milieu scolaire et 50% en milieu extrascolaire ont une expérience sexuelle entre 15 et 19 ans. 18% des avortements sont clandestins et provoqués sont le fait des adolescents.

La pauvreté, la dégradation des mœurs et des coutumes, les médias, l'urbanisation sont souvent cités comme facteurs pouvant pousser les adolescents et les jeunes à adopter des comportements irresponsables ou à risques.

⁶ Guilla G et Woog V, Santé sexuelle et de la reproduction des adolescents au Burkina Faso : Résultats de l'Enquête Nationale sur les Adolescents du Burkina Faso 2004, page 8

Aussi, 11 cas de grossesses non désirées concernant les jeunes filles de moins de 20 ans ont été relevés entre janvier et mars 2003 au centre de santé de la reproduction des jeunes de l'Association Sénégalaise pour le Bien - être Familial (ASBEF).⁷

Le Niger, pays en développement connaît depuis plusieurs décennies, une augmentation rapide de sa population dont l'effectif est passé de 3. 240. 000 habitants en 1960 à 11. 060.291 habitants en 2001 pour atteindre 15. 203. 822 habitants en 2010. La tranche d'âge de 10 à 24 ans qui constitue les adolescents et les jeunes représente 36% de la population nigérienne⁸.

De part ses caractéristiques biologiques, ce groupe est exposé à de multiples problèmes sociaux, économiques et sanitaires.

Le jeune, qu'il soit en milieu rural ou urbain, a peu accès aux ressources pour subvenir à ses besoins primaires. Parallèlement, il y a peu d'actions de développement en faveur de l'amélioration du pouvoir économique des jeunes.

Désœuvrée, la jeunesse vit dans une impasse, source d'insécurité, de délinquance (tabagisme, alcool, drogue, prostitution) et d'instabilité sociale.

L'âge moyen du mariage est de 15 ans et, 36% des filles de 15 à 19 ans sont déjà mères ou enceintes⁹. Le mariage précoce a pour conséquence les grossesses précoces et leurs complications provoquant la mort maternelle, l'invalidité ou la survenue d'une fistule.

Outre les mariages précoces, les jeunes filles sont exposées aux grossesses non désirées dont l'une des conséquences est l'avortement clandestin avec son lot de complications.

71% des garçons et 83% des filles connaissent une ou plusieurs méthodes techniques ou techniques contraceptives mais seulement 3,1% des filles en moyenne utilisent une méthode de contraception moderne à cause de la crainte d'être indexées comme prostituées.

⁷ Population Council, enquête de base, amélioration de la santé de la reproduction des adolescents au Sénégal, page 12.

⁸ Rapport de l'analyse des résultats définitifs du 3ème RGP/H-2001, la fécondité page 22.

⁹ Plan de Développement Sanitaire(PDS) 2004-2009 page 64.

Les adolescents et les jeunes constituent également un groupe vulnérable pour l'épidémie du VIH/SIDA. Environ 76% des garçons et 43,4% des filles ont entendu parler du VIH/SIDA, mais seulement 28% des jeunes utilisent un préservatif lors des premiers rapports sexuels alors que ceux - ci ont lieu à 15,1 ans en moyenne chez les filles et 20,4 ans en moyenne chez les garçons¹⁰.

L'accès des jeunes aux services de Santé Sexuelle et Reproductive des adolescents (SSRA) reste très limité du fait des pesanteurs socioculturelles, de la lourdeur de nos traditions et des tabous liés à la religion (Islam) qui perpétue certaines pratiques néfastes à la SSRA des jeunes et adolescents.

En ce qui concerne l'organisation de la prise en charge des jeunes dans les Formations Sanitaires (FS), 90% des prestataires interviewés ont reconnu qu'il n'existe aucune organisation particulière tenant compte de la spécificité de la SR des jeunes. 63,8% des jeunes confirment cette situation.¹¹

Concernant spécifiquement l'accueil dans les FS, 66,6% des jeunes estiment que l'accueil n'est pas satisfaisant. Les sermons et autres intimidations, l'inéquité et le manque de considération sont les principaux griefs invoqués par les jeunes. De même, les conseils sur la sexualité (30%) et le counselling VIH (26,7%) sont les prestations les moins offertes aux jeunes¹².

Par rapport à la prise en charge médicale, les jeunes sont confrontés à de multiples difficultés dont entre autres le coût élevé du traitement des infections sexuellement transmissibles (IST). Le coût moyen de traitement d'une infection dans les centres amis des jeunes varie selon sa nature.

En l'absence d'un système fonctionnel de couverture sociale pour la majorité de la population (sécurité sociale, assurance maladie), les jeunes et les adolescents se retrouvent seuls face aux dépenses de santé.

¹⁰ Enquête sur les attitudes, pratiques, besoins des jeunes en matière de SR 2002, page 98

¹¹ Enquête de base sur les connaissances des jeunes en SR dans les zones d'intervention du Programme 2007 page 120

¹² Ibid, page 120.

Les données économiques disponibles indiquent que 50% de la population de l'Afrique de l'Ouest gagne moins d'un dollar par jour pour subvenir aux besoins essentiels de la vie.

Il est admis que la pauvreté mène à un mauvais état de santé en limitant l'accès et l'utilisation des services. Il est également avéré qu'un mauvais état de santé contribue à la pauvreté par le paiement direct du coût des soins par les patients, accroissant d'autant la vulnérabilité à tel point «qu'en 2005, plus de neuf personnes sur dix sont considérées comme vulnérables à la pauvreté »¹³

Les parents, les éducateurs, les leaders d'opinions ainsi que les décideurs sont peu informés et sensibilisés sur les spécificités que constitue la SSRAJ.

Pour prendre en compte cette thématique, le Niger a pris beaucoup d'initiatives. C'est ainsi qu'il a créé en :

- 2002 le Projet Initiative Jeunes pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes dont l'objectif est d'accroître l'accessibilité et l'utilisation des services de santé de la reproduction de qualité, incluant les services de santé sexuelle et reproductive des jeunes dans les zones d'intervention du projet et renforcer la prévention du VIH/SIDA.¹⁴

- 2005 à 2010, le Programme de Renforcement des Capacités des Adolescents et des Jeunes en santé de la reproduction y compris la prévention du VIH /SIDA dont l'objectif est de préserver les acquis du projet IJ, élargir les activités aux autres régions du pays, accroître l'accessibilité et l'utilisation des services de SSRAJ et insérer les jeunes.¹⁵

- L'adoption de la loi n° 2006-16 / du 21 Juin 2006 sur la santé de la reproduction au Niger. Celle-ci est un cadre juridique qui donne droit à tout individu d'accéder à des services de proximité, sûrs, efficaces, abordables et acceptables.

La mise en œuvre de ces différentes politiques et programmes s'est traduite, entre autres, par la création des services de santé de la reproduction pour adolescents et jeunes appelés aussi Centres amis des jeunes implantés dans quelques régions du pays.

¹³ Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté : 2008-2012, page11

¹⁴ Initiative jeunes : document du Projet 2002, page 7

¹⁵ Programme Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes : document du Programme 2005, page 10

La mission des centres amis des jeunes varie d'un centre à un autre. Au - delà des soins médicaux et des simples informations à fournir aux adolescents et aux jeunes, il s'agirait de leur faire prendre conscience en leur transférant des compétences relatives à la prévention des grossesses non désirées, des IST/VIH/SIDA, des avortements clandestins, de même que sur certains thèmes comme l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie, la prostitution etc. Aussi, des prestations devront être fournies à un coût abordable.

Dans la recherche de solutions pratiques et durables à la problématique de l'accès des adolescents et des jeunes aux services de Santé reproductive y compris la prévention des IST/VIH/SIDA dans les Centres amis des jeunes, le Ministère de la Santé Publique, avec l'appui financier de l'UNFPA et des autres partenaires, s'est engagé dans le processus de formulation du PMA. Dans ce document, les catégories de centres, les types de services, les équipements et le personnel ont été définis et identifiés.

Malgré tous ces efforts, beaucoup reste encore à faire concernant la prise en charge des adolescents et des jeunes dans ces centres. Dans ces derniers, les jeunes continuent à rencontrer certaines difficultés.

Plusieurs volets de la prise en charge n'existent pas dans la majorité des centres alors que ceux-ci constituent des facteurs déterminants par rapport à la fréquentation des centres et à l'organisation des activités. C'est le cas des activités culturelles, sportives et médicales.

Les différents constats énumérés ci-dessus nous amènent à poser les questions suivantes :

Quelles sont les difficultés que rencontrent les jeunes et les adolescents dans les centres amis?

Quels sont les besoins et les attentes des adolescents et des jeunes dans les Centres amis des jeunes?

Une meilleure prise en compte des besoins des adolescents et des jeunes permettra-t-elle d'avoir un impact positif sur leurs prise en charge dans les centres amis des jeunes?

Les efforts de la famille, de la société, de l'État, des partenaires au développement, des Organisations Non Gouvernementale (ONG) et des associations pourraient-ils donner des résultats satisfaisants dans le cadre de l'amélioration des besoins des jeunes et adolescents dans les centres?

I-3 JUSTIFICATION DU THEME:

Les jeunes et les adolescents ont droit à l'égalité qui constitue le fondement de la liberté et de la justice. Or, les difficultés auxquelles ils sont confrontés compromettent cette liberté. Entre autres difficultés, on peut noter :

- la pauvreté et la misère dans lesquelles végètent les adolescents et les jeunes ;
- le problème d'emploi, la discrimination et la stigmatisation que subit cette importante catégorie de la population.
- le problème lié à la santé de la reproduction devient de plus en plus préoccupant dans notre société.

En choisissant ce thème, notre objectif est de réfléchir d'abord sur les difficultés et les besoins des adolescents et des jeunes dans les Centres amis des jeunes au Niger à la lumière des enseignements tirés lors de notre participation à une mission d'identification des Centres amis des jeunes dans la région de Tillabéry en Novembre 2007.

Notre motivation a été d'autant plus grande lorsqu'au cours de ce voyage, nous avons participé à des rencontres, des débats animés par plusieurs acteurs et intervenants de la jeunesse. Ces rencontres nous ont permis de mesurer l'importance de la prise en charge des adolescents et des jeunes dans les Centres amis des jeunes.

En effet, la prise en charge est un puissant moyen de formation qui offre des possibilités importantes dans les domaines économique, social, culturel et c'est également un moyen efficace de distraction, d'éducation, d'information qui favorise le développement d'une nation.

Les difficultés liées à la prise en charge des adolescents et des jeunes constituent un problème délicat qui mérite une attention particulière de la part de tous (hommes politiques, partenaires au développement, société civile, projets et programmes, ONG et associations etc.) car, la prise en charge est encore à l'heure actuelle non effective.

Il importe donc de porter un regard attentif sur cette situation afin que tous les acteurs qui œuvrent en faveur de l'épanouissement de la jeunesse puissent apporter leur modeste contribution en vue de trouver des solutions à ces difficultés.

Au regard de tout ce qui précède et en notre qualité d'éducatrice, d'encadreur de la jeunesse, la situation que connaissent actuellement les Centres amis des jeunes, nous interpelle sérieusement.

C'est ainsi qu'il nous a paru nécessaire de nous pencher sur cette question en vue d'apporter notre modeste contribution à la recherche de solutions aux problèmes que vivent les jeunes et les adolescents particulièrement dans les Centres amis des jeunes.

C'est la raison pour laquelle nous avons choisi de mener une recherche sur ce sujet dont les résultats permettraient éventuellement une meilleure prise en charge des adolescents et des jeunes dans ces centres.

Toutefois, parmi ces jeunes et adolescents, ceux du Centre de Conseils et d'Éducation de l'Association Nigérienne pour le Bien-être Familial (ANBEF) constituent la cible privilégiée de notre étude car, faisant partie des premiers centres des jeunes au Niger.

I-4 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE :

Les objectifs poursuivis à travers cette recherche sont de deux ordres : objectif général et objectifs spécifiques.

1-4-1 Objectif Général :

Contribuer à une meilleure prise en charge des adolescents et des jeunes dans les centres amis des jeunes.

1-4-2 Objectifs spécifiques :

- déterminer les différents volets de la prise en charge des adolescents et des jeunes dans les Centres amis des jeunes ;
- identifier les difficultés que les adolescents et les jeunes rencontrent dans les Centres amis des jeunes ;
- relever les besoins et aspirations des adolescents et des jeunes dans les Centres amis des jeunes ;
- proposer des stratégies pour assurer une meilleure prise en charge des adolescents et jeunes dans les centres amis des jeunes
- proposer des solutions pour améliorer la qualité des prestations offertes dans le centre d'écoute de l'ANBEF.

I-5 HYPOTHESE GENERALE DE LA RECHERCHE:

Les difficultés liées à la prise en charge des adolescents et des jeunes sont d'ordre socio- économique et socio-éducatif.

1-5-1 Hypothèses spécifiques :

Plus les conditions socio-économiques des jeunes sont mauvaises plus difficile sera la prise en charge.

Plus les besoins et les attentes des adolescents et des jeunes sont pris en compte, plus facile sera la prise en charge.

I-6 DEFINITION DES CONCEPTS

Pour faciliter une bonne compréhension de notre sujet, il nous paraît impératif de définir les concepts suivants : prise en charge, adolescence, adolescent, jeunesse, jeune, centre ami des jeunes, centre d'écoute et de conseil, centre de santé intégré(CSI) « ami des jeunes », centre intégré « ami des jeunes », paquet minimum d'activité(PMA), santé, santé de la reproduction

- **prise en charge** : dans le cadre de notre étude, nous considérons la prise en charge comme l'action à mener pour assurer aux adolescents et aux jeunes des services de qualité en matière de santé de la reproduction y compris les activités socio- éducatives.

- **l'adolescence** : C'est la période de croissance située entre la puberté et la jeunesse.

- **l'adolescent** : selon l'OMS, c'est la tranche d'âge comprise entre 10 à 19 ans.¹⁶

- **jeunesse** : elle est définie par Ursula Schoch comme la période qui désigne la transition entre l'enfance et l'âge adulte. C'est une période pendant laquelle les jeunes assument de nouvelles responsabilités, apprennent à être indépendants, cherchent à affirmer leurs identités, mettent en pratiques des principes appris dans la petite enfance et acquièrent des compétences qui feront d'eux des adultes responsables et soucieux d'autrui.¹⁷

Selon Galland, la **jeunesse** «est aujourd'hui une phase intermédiaire qui est constituée de combinaisons variables de statuts relevant tantôt de rôles adolescents, tantôt de rôles adultes ». En ce sens, la jeunesse ne constitue pas une parenthèse dans le cycle de la vie, mais elle établit une continuité entre deux âges de la vie (l'adolescence et l'âge adulte) qui étaient avant clairement opposés.¹⁸

- **jeune** : il est défini par **La Charte Africaine de la Jeunesse** comme étant la frange de la population appartenant à la tranche d'âge de 15 à 35 ans et les individus âgés

¹⁶ Santé sexuelle et reproductive des jeunes en Afrique, échanges d'expériences, page 25

¹⁷ Santé sexuelle et reproductive des jeunes en Afrique, échanges d'expériences, page 25

¹⁸ Olivier Galland : Sociologie de la jeunesse, page 155

de 15 à 17 ans sont qualifiés comme des « mineurs » conformément à la législation des Etats.¹⁹

Jeune : il est défini par la **politique Nationale de la Jeunesse au Niger** comme une personne dont l'âge est compris entre 14 et 30 ans.

Pour l'**OMS**, le jeune est une personne dont l'âge est compris entre 10 et 24 ans.

Cette définition s'applique à la plupart des programmes et projets soutenus par les organisations du système des Nations Unies. Elle a été adaptée à la SSRAJ.

Dans le cadre de notre travail, nous nous intéresserons non pas à toute la tranche d'âge de 10 à 24 ans telle que définie par l'OMS, mais aux jeunes ayant un âge compris entre 15 et 24 ans car, c'est cette tranche qui est la cible du centre qui fait l'objet de notre étude.

- **centre ami des jeunes** : c'est un lieu rassurant et attrayant qui offre des services de santé sexuelle et reproductive tout en facilitant les échanges entre jeunes et prestataires. Il offre également des loisirs : projections de film, bibliothèque, jeux de société, télévision etc. C'est un lieu qui permet de répondre à la demande des besoins des adolescents en matière de SR/VIH/SIDA à travers les activités de loisir.

- **centre d'écoute, d'orientation et de conseils** pour les adolescents et les jeunes en matière de SSRAJ : c'est le type de centre d'écoute « ami des jeunes ». C'est un centre qui fait fonction d'écoute active, de conseils, d'information et d'éducation des jeunes notamment au sujet de la SSRAJ et des activités socio-éducatives. Ce centre est public quand il est situé dans une Maison de la Culture ; il peut être privé quand il est situé dans des cliniques des ONG; il peut être communautaire quand il est situé dans un groupement.

- **centre de Santé Intégré (CSI) « ami des jeunes »** : c'est un centre qui, en plus des services cliniques et préventifs traditionnels, offre des services et conseils spécifiques aux jeunes (prise en charge en SSRAJ).

- **le Centre Intégré « ami des jeunes »** : c'est un centre qui offre des prestations de services cliniques et préventifs traditionnels et offre des services spécifiques aux adolescents et jeunes (prise en charge en SSRAJ) ainsi que des activités socio-éducatives, culturelles et sportives.

¹⁹ Charte Africaine de la jeunesse, page 3

- **santé de la reproduction** : l'**OMS** définit la santé de la reproduction comme un « état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité »²⁰

La CIPD de Caire 1994 a donné une définition de la santé de reproduction mondialement acceptée. Ainsi, « par santé en matière de la reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités ». ²¹

Pour sa part, **le Niger** a défini la santé de la reproduction (SR) au Symposium de Kollo comme suit : « La santé de la reproduction est l'ensemble des mesures et actions visant à préserver et à améliorer la pérennisation de l'espèce humaine dans un état de complet bien - être physique et socio-culturel et non pas seulement l'absence de maladie ou de perturbations dans l'accomplissement du processus de la reproduction ». ²²

La promotion de santé de la reproduction est toute action tendant à faire prendre conscience aux populations des risques que courent les jeunes du fait d'une gestion de leur sexualité due à l'ignorance ou à des difficultés d'accès à des services adéquats. Il s'agit en fait, d'amener tous les acteurs à comprendre les difficultés de ce groupe vulnérable et d'adhérer à tout programme de développement tendant à répondre à ces besoins.

- **Le paquet minimum d'activité (PMA)** est un ensemble de listes minimales d'activités permettant d'assurer la prise en charge efficace des besoins des adolescents et des jeunes en santé sexuelle et reproductive y compris la prévention des IST/VIH/SIDA.

²⁰ Plan de développement sanitaire 2011-2015, page 35

²¹ Programme d'action de la CIPD (Caire, 1994), Paragraphe 7.2.

²² Plan de développement sanitaire 2005-2009, page 55

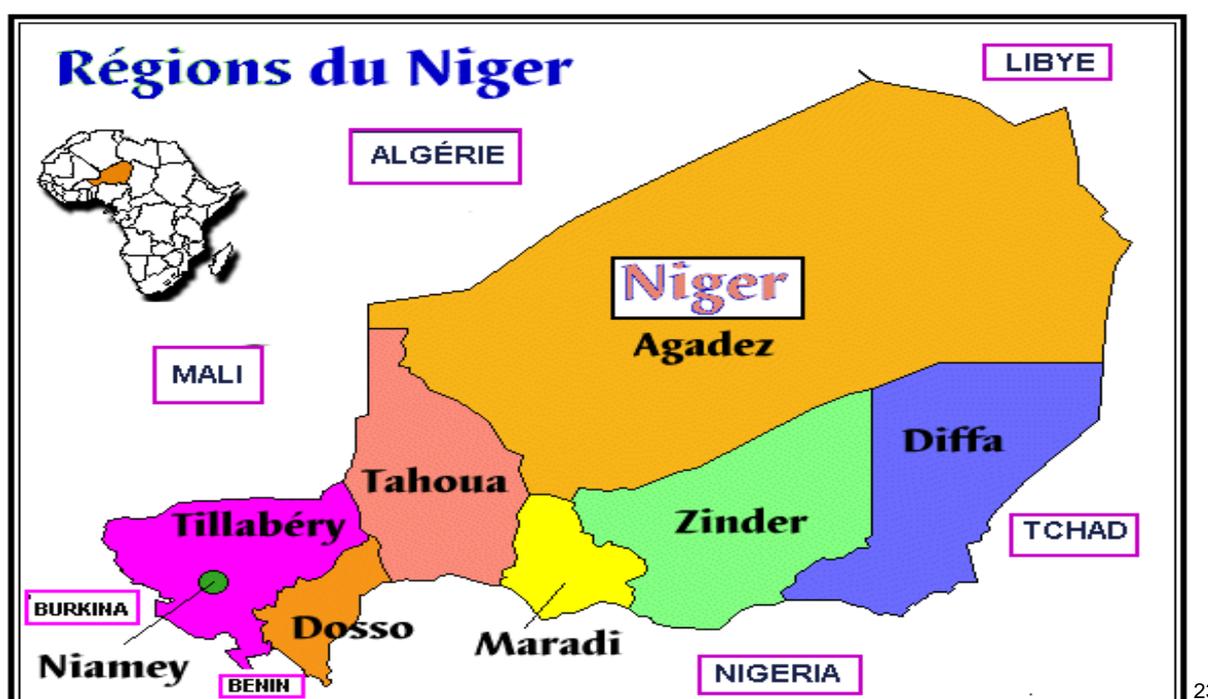
***CHAPITRE II : PRESENTATION DU
CHAMP D'OBSERVATION***

CHAPITRE II : PRESENTATION DU CHAMP D'OBSERVATION

2-1 PRESENTATION DU NIGER

2-1-1 Les Aspects physiques et humains

Située en Afrique Subsaharienne et avec une superficie de 1.267.000 km², la République du Niger est limitée au nord par l'Algérie et la Libye, à l'est par le Tchad, au sud par la République Fédérale du Nigeria et le Bénin, à l'ouest par le Burkina Faso et au nord-ouest par le Mali.



Le relief du Niger est caractérisé par deux bassins sédimentaires et trois régions de socle. Dans la partie nord du pays, la vie humaine se développe par endroit, notamment dans les oasis. Les deux tiers du territoire national sont constitués de massifs et de déserts peu habitables. En effet, moins de 500.000 km² sont habitables et on y pratique l'agriculture et l'élevage qui constituent les principales ressources du Niger.

Le réseau hydrographique et les conditions climatiques déterminent les activités de la population. Ces activités sont liées notamment à l'agriculture et à l'élevage.

Trois saisons rythment la vie des populations. Il s'agit de la saison sèche et froide, de la saison sèche et chaude et de la saison des pluies. Les températures varient de 15° à 46°C ou plus selon la saison et, avec l'installation de la mousson qui occasionne des pluies régulières, les températures sont douces et la végétation régénère sur toute la bande sahélo - soudanienne du pays.

En 2010, le Niger compte 15.203.822 habitants avec un taux d'accroissement annuel de 3,3% et un taux de fécondité de 7,1 enfants par femme. On relève une distribution presque équilibrée de la population par sexe (50,1% de femmes contre 49,9% d'hommes). Cette population se caractérise par sa jeunesse, car près de la moitié est âgée de moins de 15 ans.

Le pays connaît une forte fécondité liée à plusieurs facteurs dont le plus préoccupant lié à la jeunesse est la précocité des mariages. L'urbanisation est relativement faible (16,6%) mais en forte progression.²⁴

2-1-2 Aspects politiques et institutionnels

La situation politique de la République du Niger est caractérisée par une instabilité des institutions. En effet, de 1960 à 2011, le Niger a connu sept (7) Républiques et quatre (4) régimes d'exception.

Sur le plan administratif, le Niger compte huit (8) régions, trente six (36) départements, vingt huit (28) postes administratifs et deux cent soixante six (266) communes.

2-1-3 Aspects socio-économiques

La situation économique du Niger est fortement marquée par une évolution en dents de scie. L'économie du Niger se caractérise par la coexistence des secteurs agricole, minier et marchand.

²⁴

De 1960 à 1975, l'économie du Niger a été marquée par la composante dominante rurale. Il s'agit de l'agriculture de subsistance et de l'élevage extensif. Le secteur rural occupait plus de 80% de la population active et contribuait à hauteur de 60% à la formation du Produit Intérieur Brut (PIB).²⁵

Cette période de croissance et de prospérité n'a malheureusement pas duré assez longtemps. Le début des années 1980 a été marqué par l'effondrement du marché de l'uranium et le rétrécissement de la capacité d'endettement du pays.

Le taux d'accroissement économique est passé, en termes réels, de 4,6% en 1973 à 2,3% en 1983. Cette récession économique s'est accompagnée d'un déficit budgétaire d'environ 10% du PIB et d'un déficit de la balance des paiements estimé à 22% du PIB.²⁶

Le deuxième rapport de mise en œuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté publié en 2004 relève une performance globalement satisfaisante en ce qui concerne la mise en œuvre du programme économique et financier, des résultats encourageants dans l'accès aux services sociaux de base (santé, éducation, emplois, etc.), un accroissement des infrastructures hydro-agricoles, des infrastructures d'hydraulique urbaine, villageoise et pastorale et une augmentation des activités génératrices de revenus dans le cadre du renforcement de la sécurité alimentaire.

Quant au rapport de 2009, il indique que le taux de croissance de l'économie nigérienne s'est établi en 2009 en terme réel à -1,2% après une hausse de 9,3% en 2008. Cette faible performance est notamment liée à l'impact des aléas climatiques sur la production agricole. En matière de finances publiques, la situation a été caractérisée par une aggravation des déficits budgétaires, liée principalement à la baisse des recettes budgétaires. Les critères de convergence de premier rang à savoir le solde budgétaire de base rapporté au PIB nominal et le taux d'inflation n'ont pas été respectés en 2009.

²⁵ Document de politique de la jeunesse du Niger page 5
²⁶ Ibid, page 5.

Au niveau macro-économique, la Stratégie de Réduction de la Pauvreté a prévu d'accélérer la croissance et de maintenir la stabilité économique. Si les programmes économiques antérieurs ont souffert d'instabilité sociale et politique défavorable, le présent bénéficie du maximum de sérénité pour sa mise en œuvre. La crédibilité retrouvée vis-à-vis de l'extérieur est aussi un grand atout dont l'interaction avec la stabilité sociale peut être une base pour assurer une croissance continue et une économie stable. Au niveau des ménages et des individus, les objectifs de réduction de la pauvreté, d'amélioration du niveau d'éducation, de santé et d'accès à l'eau potable ont toujours été cités comme prioritaires. Cependant, la lutte contre la pauvreté risque d'être confrontée à la croissance rapide de la population nigérienne au cours des prochaines décennies.²⁷

2-2 PRESENTATION DE LA COMMUNAUTE URBAINE DE NIAMEY

La Communauté Urbaine de Niamey (CUN) est créée par la loi n° 98-33 du 14 septembre 1998 qui assimilera Niamey, la capitale du Niger à une région, dont le territoire est constitué par les trois (3) communes dénommées Commune I, Commune II et Commune III. Cette loi a été modifiée plus tard pour amener le nombre de communes à cinq (5) dénommées Commune I, Commune II, Commune III, Commune IV et Commune V.

La Communauté Urbaine de Niamey est limitée au nord-est par le canton de Hamdallaye, à l'est et au sud par le canton de Liboré et à l'ouest par les cantons de Lamordé et de Karma. Elle couvre une superficie de 255 km² avec une population de 707 951 habitants en 2001, dont 358 500 hommes et 349 451 femmes (MEF/BCR, février 2005)²⁸.

2-3 PRESENTATION DE LA COMMUNE V :

2-3-1 Situation Géographique

Cinquième district de la ville de Niamey, puis Commune III à la date de la création de la Communauté urbaine de Niamey en 1988, cette entité est devenue Commune V en 2001, à la faveur de la loi sur la décentralisation. Ce qui fait que la Commune V a vu ses limites s'étendre à d'autres nouveaux villages (au nombre de 9) relevant du

²⁷ Document de Politique Nationale de la Jeunesse, page 6

²⁸ Note de présentation des résultats définitifs du RGP/H-2001, Niamey, page 26

Canton de LAMORDE BITINKODJI. Cette loi ne précise pas les limites de la Commune, en termes de coordonnées géographiques.

Néanmoins, sa limite entre les autres Communes ne souffre d'aucune ambiguïté, le fleuve Niger leur servant de frontière. La Commune V couvre une superficie de 87,86 Km² et regroupe 20 quartiers

2-3-2 Démographie

La Commune V compte une population de 101. 834 habitants (recensement de la Commune V publié en 2005), soit une densité de l'ordre de 1159 habitants au Km². les groupes ethniques de la Commune se composent majoritairement de peulh et Zama ; mais on y trouve aussi des haoussas, des gourmantchés et des ressortissants d'autres pays de la sous - région : Nigeria, Bénin, Mali, Togo.

2-3-3 Aspects Socio-éducatifs

Le taux moyen de scolarisation au niveau de la Commune V est de 77%. Les quartiers Nogaré, Gawèye, Pont Kennedy présentent les plus forts taux, tandis que les plus faibles sont enregistrés à Kirkissoye. Tous les quartiers et villages de la commune V sont dotés d'écoles à l'exception des villages de Gouroubanda, Kosseye et Timiré.

En ce qui concerne l'enseignement secondaire, la Commune compte six collèges d'enseignement général (CEG) (dont 3 privés et 3 publics), 4 lycées (dont 1 public et 3 privés). La commune dispose également d'établissements de formation professionnelle.

2-3-4 Aspects socio-sanitaires

La Commune V de Niamey renferme 3 types d'infrastructures sanitaires publiques : l'Hôpital de District(HD), les centres de santé intégré et les cases de santé(CS). Il existe d'autres établissements de soins qui assurent leurs prestations à titre privé : cliniques, salles de soins, infirmeries et pharmacies.

La couverture sanitaire est de 67,79%, avec le ratio suivant :

- 1 CSI pour 20 477 habitants ;
- 1 infirmier pour 6 009 habitants ;
- 1 médecin pour 35 185 habitants ;

1 sage femme pour 5 119 femmes en âge de procréer.

2-3-5 Partenaires au développement intervenant dans la commune

Il existe plusieurs projets, ONG et partenaires au développement qui interviennent au niveau de la commune V. Ce sont : AREN, PAC, PSPR ; CARE, Word vision, ANBEF.

Les domaines d'intervention de ceux-ci sont aussi multiples que variés et concernent le secteur agricole, l'élevage, l'éducation, la santé, les ressources animales, le développement socio-économique, etc.

2-4 PRESENTATION DE L'ANBEF :

L'Association Nigérienne pour le Bien-être Familial (ANBEF) a été créée le 20 février 1992 par l'Arrêté N°84-06 du 1^{er} mars portant régime des associations modifié par la loi 92-006 du 20 mai 1991.

En 2000, par Arrêté N°260/MI/AT/DGAPI/DLP du 05 septembre 2000, l'ANBEF a acquis le statut d'ONG. Son sigle est ANBEF, son emblème est un couple avec 4 enfants dont le plus jeune est entrain de téter sur fond vert de la carte du Niger. Elle a pour vision, une population épanouie, des services de santé de la reproduction de qualité accessibles à tous notamment aux femmes et aux jeunes. Elle est apolitique, non confessionnelle, non discriminatoire, à but non lucratif et membre de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF).

Elle dispose de quatre (4) Centres Conseils et d'Education pour Jeunes au niveau des communes de Maradi, Dosso, Tahoua et de la Communauté Urbaine de Niamey. Ce dernier centre constitue notre cadre d'étude.

2-5 PRESENTATION DU CENTRE DE CONSEILS ET D'EDUCATION POUR JEUNES DE L'ANBEF (CCEJ) :

Situé dans la commune V, le CCEJ/CUN est une structure à but non lucratif qui fût créée en octobre 1997 grâce au financement du Fonds des Nations - Unies pour la Population, (UNFPA). Ce centre a pour missions de contribuer à l'éducation, l'information et la formation des jeunes et adolescents à travers la sensibilisation en matière de santé sexuelle afin de prévenir les grossesses non désirées, les

IST/VIH/SIDA et les Mutilations Génitales Féminines (MGF). C'est un lieu d'échanges entre adolescents, un lieu d'écoute et d'aide au service des jeunes.

Eu égard à sa mission, le CCEJ a pour objectif de contribuer à amener au moins 50% des jeunes et adolescents à adopter un comportement sexuel responsable en vue de les protéger contre les IST/VIH/SIDA, les grossesses non désirées, le mariage précoce et les mutilations génitales féminines. Pour ce faire, le CCEJ poursuit les objectifs spécifiques suivants :

- informer les jeunes sur les risques liés aux IST/VIH/SIDA, aux grossesses non désirées, aux avortements clandestins et à la sexualité précoce ;
- sensibiliser les jeunes pour une meilleure connaissance des avantages de l'espacement de naissance et des mesures préventives des IST/VIH/SIDA ;
- lutter contre la pauvreté des jeunes filles déscolarisées et non scolarisées à travers les formations dans le domaine des activités génératrices de revenus.

La stratégie adoptée par ce centre se résume à :

- l'organisation des activités d'information, d'éducation et de communication par les animateurs en matière de Santé de la Reproduction par le biais des causeries dans les quartiers ou au CCEJ, soit à la clinique de Planification Familiale(PF) ;
- la formation dispensée à des jeunes filles peu ou pas scolarisées au niveau du foyer féminin du CCEJ.

2-5-1 LES UNITES DU CENTRE

Le CCEJ est composé de 3 unités fonctionnelles :

2-5-1-1 L'Unité médicale :

Les différentes activités de cette unité sont :

- la consultation,
- le dépistage et le traitement des IST,
- le Counselling,
- le dépistage et le traitement des problèmes gynécologiques ;
- la prévention des IST/VIH/SIDA ;
- la consultation à faible coût en cas de grossesse non désirée ;
- le suivi médical et la référence vers les services spécialisés ;

- les consultations médicales générales et la planification familiale ;
- la vente confidentielle des préservatifs et des contraceptifs.

Normalement conçu pour les adolescents âgés de 15-24 ans, l'unité médicale reçoit également des hommes et des femmes de tout âge ayant besoin de soins médicaux, de suivi ou d'ordonnance.

L'ANBEF fournit à la clinique des produits pharmaceutiques, et le principal bailleur est la Fédération Internationale de Planification Familiale (IPPF) qui fournit les préservatifs et autres moyens de contraception moderne. Pour ce qui est des accouchements, les femmes sont référées à la maternité de certaines cliniques ou hôpitaux.

2-5-1-2 L'Unité d'apprentissage :

Elle est constituée d'un foyer féminin où sont formées des jeunes filles, déscolarisées et non scolarisées dans le domaine de la couture, du crochet, de la broderie, du tricotage, de l'art ménager, de l'alphabétisation, de l'économie familiale, de l'hygiène physique et alimentaire, de la vie associative et de la puériculture.

En outre, la responsable du foyer féminin établit un calendrier de sensibilisation des jeunes filles en collaboration avec la cellule IEC à travers des projections de cassettes sur les thèmes relatifs aux IST/VIH/SIDA, aux grossesses non désirées, au mariage précoce, etc. La durée de la formation est de 2 ans, les frais d'inscription sont annuels et s'élèvent à 8 000 FCFA.

2-5-1-3 L'Unité socio-culturelle :

Elle comprend une mini - bibliothèque incluant des vidéos cassettes concernant les thèmes suivants : les grossesses non désirées, la P F, les IST/VIH/SIDA, les moyens de contraception, les mutilations génitales féminines, les avortements provoqués, l'éducation à la vie familiale, les mariages précoces, etc.

Un groupe d'animateurs a en charge cette unité et est formé lors des ateliers organisés par l'ANBEF. Ces animateurs font surtout un travail d'information, de sensibilisation et de prévention soit par le biais des causeries éducatives avec différents groupes de jeunes sur plusieurs sujets parfois selon les demandes, soit par la projection de vidéo éducative et discussions suite au visionnement, soit par l'organisation de spectacle et de sketches.

Comme stratégie d'intervention, les animateurs travaillent avec les fadas (associations de jeunes de quartiers), les clubs des jeunes et les groupements féminins qui sont considérés comme des points de convergence des jeunes.

En ce qui concerne la gratification des animateurs, elle se fait en fonction du nombre de séances menées.

Les animations sont financées par l'IPPF ; cependant, certains partenaires appuient ce volet ; c'est le cas du projet SIDA3, du projet Initiative Jeunes.

2-5-2 LES RESSOURCES HUMAINES:

Le centre a un personnel composé de :

- 1 Sociologue comme Chef de Centre ; Il coordonne toutes les activités du centre. Il est le représentant du centre au niveau de la hiérarchie et rend compte des activités relevant de son service au cours des réunions de centralisation. A ce titre, il joue le rôle de premier responsable chargé du management de la communication. Sa formation de sociologue est un atout du point de vue stratégique eu égard aux missions de ce centre.

- 2 Infirmières Certifiées ;

-1 Maîtresse d'Economie Familiale ;

-1 Gardien.

A ce personnel, s'ajoutent neuf (9) animateurs bénévoles qui mènent des activités d'IEC dans les différents quartiers de la CUN.

2-5-3 LES RESSOURCES MATERIELLES:

Le CCEJ a acquis du matériel de la part de plusieurs partenaires techniques. La qualité de ce matériel est suffisamment acceptable. Cependant, pour les besoins de ses projections dans les villages périphériques, le CCEJ emprunte toujours un groupe électrogène. En effet, le seul groupe électrogène du centre est destiné à une utilisation interne.

Par rapport à l'équipement, pour mener à bien leurs tâches, les animateurs ont à leur disposition :

- du matériel audio-visuel composé de 2 téléviseurs, 2 magnétoscopes, 2 téléprojecteurs et d'un écran ;

- du matériel de sonorisation constitué de 2 postes radios, 2 baffes, 2 hauts parleurs, 2 amplificateurs, d'un régulateur de tension, de fils de connexion et d'un groupe électrogène ;
- d'autres matériels : mallette d'IEC/PF, pagivoltes, diapositives, dépliants sur le CCEJ.

Du point de vue de la logistique, le CCEJ ne dispose que d'une moto et d'une bicyclette destinées au déplacement du planton. Pour leur déplacement dans le cadre des séances de sensibilisation, les animateurs utilisent un taxi ce qui entraîne parfois des retards dans le démarrage des activités. Dans certains cas, ce sont les véhicules des partenaires qui sont mis à contribution dans le souci de sécuriser le matériel.

2-5-4 LES RESSOURCES FINANCIERES :

Les principaux partenaires qui financent les activités du CCEJ sont l'IPPF, l'UNFPA, l'Initiative Jeunes, le projet SIDA3, le Projet Marketing Social et Prévention du SIDA, Lux Développement, Vision Mondiale, la JICA et l'Etat du Niger. Cependant, le CCEJ ne dispose pas d'un plan d'action qui lui est spécifique. Le Budget est une sorte d'enveloppe globale gérée par le Bureau National de l'ANBEF dans laquelle le responsable du centre a estimé à environ six (6) à huit (8) millions la part allouée au volet communication en 2010, soit environ 3%. En dehors des activités prévues dans le plan d'actions, il y a des activités non prévues. Selon le chef du centre, ces types d'activités avoisinaient la somme de cinq (5) millions en 2010. Il s'agit des activités de sensibilisation sur le VIH/Sida financées par la JICA dans 5 villages périphériques de Niamey, et celles financées par l'UNESCO et le projet SIDA 3 dans les établissements scolaires.

Par rapport au financement, l'équipement du CCEJ a été obtenu par le biais du Fonds des Nations - Unies pour la Population (UNFPA), de LUX Développement et de l'IPPF.

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

3-1- POPULATION MERE :

Notre population mère est l'ensemble des adolescents et jeunes âgés de 15 à 24 ans qui viennent visiter le Centre ami des jeunes de l'ONG ANBEF ou qui le fréquentent. L'effectif des jeunes pris en charge n'est pas constant. Cela signifie qu'il y a toujours de nouveaux jeunes et adolescents qui se présentent pour la prise en charge. Par conséquent, l'effectif est constamment en hausse. En plus de ces jeunes, il faut ajouter le personnel de l'ONG et celui du CCEJ.

3-1-1 Échantillon:

Pour extraire notre échantillon, nous avons choisi la méthode non probabiliste. Nous avons considéré un effectif de 50 jeunes et adolescents pour administrer le questionnaire. En outre, pour choisir les personnes à interroger, nous nous sommes basées sur les raisons suivantes :

- les jeunes et les adolescents fréquentant le centre ;
- le personnel ayant une mission dans la prise en charge dont une issue du staff technique de l'ONG et l'autre du centre.

3-2 INSTRUMENTS DE RECHERCHE :

Pour collecter les informations, nous avons choisi deux outils adaptés à notre recherche : le questionnaire et le guide d'entretien

3-2-1 Le questionnaire:

Cet outil nous a permis d'interroger un grand nombre de jeunes en un temps record. Nous avons élaboré un seul questionnaire qui est administré aux adolescents et aux jeunes. Il est composé des questions relatives au sujet de recherche.

Ces questions posées ont permis aux adolescents et aux jeunes de s'exprimer sur plusieurs aspects, notamment leur profession, les canaux de communication, les raisons de visite du centre, les difficultés qu'ils vivent dans les centres. Les jeunes ont eu aussi l'occasion d'apprécier la prise en charge et faire part de leurs besoins et attentes.

3-2-2 Le guide d'entretien:

Dans le cadre de notre étude, deux guides ont été élaborés dont le premier est administré au coordonnateur de l'ONG ANBEF et le second au responsable du centre d'éducation et de conseil pour jeunes de l'ANBEF. Toutes ces personnes se sont prononcées et ont apporté une contribution significative à la réalisation de ce travail. Les questions posées au chef du centre portent surtout sur les activités du centre, le fonctionnement et les stratégies utilisées pour le rendre plus visible.

3-3 DIFFICULTEES RENCONTREES :

Notons que nous avons rencontré des difficultés au cours de cette étude qui sont :

- d'ordre méthodologique

. Elles sont relatives aux questions suivantes : Par où commencer ? Comment structurer le plan?

- les réactions de méfiance que suscite toute enquête de la part des enquêtés ;

- les réponses multiples : les enquêtés répondent plusieurs fois à une question au lieu de cocher une seule réponse ;

- l'indisponibilité et le manque d'enthousiasme de certains cadres à répondre à notre sollicitation ;

- l'accessibilité à la documentation : la plupart des étudiants empruntent des documents dans les bibliothèques ou auprès des tierces personnes et ne les remettent pas, ce qui explique la réticence de certaines personnes à mettre à notre disposition la documentation nécessaire.

***CHAPITRE IV : PRESENTATION,
ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS***

CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'ETUDE

4-1 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS :

Tableau N°1 : Répartition par âge et par sexe

Sexe Age	Homme	Femme	Effectif	Pourcentage
15-19	13	16	29	58%
20-24	13	8	21	42%
Total	26	24	50	100%

Ce tableau indique que parmi les 50 jeunes et adolescents enquêtés, 29 dont 16 filles et 13 garçons sont âgés de 15 à 19 ans, soit 58% et 21 jeunes et adolescents dont 13 garçons et 8 filles sont âgés de 20 à 24 soit 42%.

Suite à la présentation de ce tableau, on remarque que les adolescents et les jeunes dont l'âge est compris entre 15 et 19 ans fréquentent plus le centre. Ils représentent 58%. Cette situation s'explique par le fait que cette tranche d'âge est composée par des adolescents. Ceux-ci, dans leur majorité écrasante, sont menacés par des problèmes divers : IST/VIH/SIDA, grossesses non désirées, avortement clandestin etc.

La prédominance de la tranche d'âge 15 à 19 ans, s'expliquerait par le fait qu'à cet âge, les jeunes veulent s'informer en matière de santé de la reproduction, et pratiquer la sexualité en limitant le maximum de risques liés aux IST/VIH/SIDA et aux grossesses non désirées. C'est pendant cette période qu'ils veulent découvrir la sexualité.

En ce qui concerne le sexe, nous constatons une forte fréquentation du centre par les jeunes filles. Cette importante représentativité trouve sans nul doute sa raison par l'apprentissage de diverses activités comme la couture, le tricotage, la cuisine au sein du centre. Cet apprentissage permettra aux jeunes filles de s'insérer dans la vie active.

Tableau N°2 : Répartition par sexe et selon leur niveau d'étude

Sexe Niveau d'instruction	Homme	Femme	Effectif	Pourcentage
Primaire	2	7	9	18%
Secondaire	13	11	24	48%
Supérieur	10	6	16	32%
Autres	1	-	1	2%
Total	26	24	50	100%

Il ressort de ce tableau que sur les 50 jeunes et adolescents enquêtés, 24 personnes dont 13 garçons et 11 filles ont le niveau secondaire, soit 48%, 16 personnes dont 10 garçons et 6 filles ont le niveau supérieur, soit 32%, 9 personnes dont 2 garçons et 1 fille ont le niveau primaire, soit 18% et 1 personne n'est pas scolarisée, soit 2%.

La présentation de ce tableau a fait ressortir un fort taux d'instruction pour le niveau secondaire. Celui-ci qui est de 48% reflète la prédominance des élèves vu l'emplacement du centre. Ce dernier est situé à côté d'un établissement scolaire permettant aux élèves de le fréquenter pendant les heures où ils n'ont pas cours avec un professeur.

Au secondaire, les élèves affichent une certaine curiosité et veulent tout découvrir surtout par rapport à la sexualité. Aussi, les étudiants ont – ils un taux non négligeable de 16%. Celui-ci s'expliquerait également par l'emplacement de l'université dans la commune V qui abrite le centre.

Tableau n° 3 : Répartition par sexe et profession

Sexe Profession	Homme	Femme	Effectif	Pourcentage
Elève	13	13	26	52%
Étudiant	8	6	14	28%
Fonctionnaire	3	-	3	6%
Autres	2	5	7	14%
Total	26	24	50	100%

Ce tableau montre que sur les 50 enquêtés, 26 personnes dont 13 garçons et 13 filles sont des élèves, soit 52% ,14 personnes dont 8 garçons et 6 filles sont des étudiants, soit 28%, 7 personnes dont 2 garçons et 5 filles sont autres, soit 14%, c'est-à-dire des chômeurs, des sans-emploi. 3 garçons sont des fonctionnaires soit 6%.

La présentation de ce tableau fait ressortir un taux de 52% chez les élèves et 28% chez les étudiants. Cette situation s'expliquerait par l'emplacement du centre qui est situé à côté des établissements scolaires. Les 14% ne sont pas aussi négligeables car, ils représentent les chômeurs, les stagiaires, les appelés de service civique national. Quel que soit leur profession, les jeunes aujourd'hui se préoccupent de leur situation.

Tableau n°4 : Connaissance du centre à travers un canal

Différents canaux	Effectifs	Pourcentage
Radio	3	6%
Télévision	3	6%
Journal	2	4%
Ami (e)	29	58%
Parents	6	12%
Autres	15	30%
Total	-	-

Ce tableau indique que parmi les jeunes et adolescents enquêtés, 29 personnes sont informées de l'existence du centre par leurs amis (es), soit 58% ,15 sont informées par d'autres sources comme les ONG et associations soit, 30%, 6 sont informés par leurs parents, soit 12%, 3 sont informés à travers la télévision, soit 6% et 3 autres par la radio, soit 6%.

58% des enquêtés ont été informés de l'existence du centre par leur ami (e). Cette situation s'explique par le fait que le jeune préfère s'informer auprès de son pair. La sexualité étant un sujet tabou, elle n'est pas abordée de manière générale dans le cercle familial.

Dans cette situation, les jeunes préfèrent communiquer, échanger entre eux. Ils acquièrent des informations auprès de leurs amis (es) car, pour eux, ces sources

demeurent les principales sources d'informations. 30% connaissent également le centre par le biais de certaines ONG comme Vision Mondiale. Celle-ci s'intéresse à la question de la jeunesse et, dans le cadre de son programme d'appui aux jeunes, elle a inscrit plusieurs filles dans le centre en vue d'apprendre certaines activités comme la couture, le tricotage, etc.

Les 12% sont informés par leurs parents. Ceux-ci ont tenu à informer leurs enfants afin de les inscrire à l'unité d'apprentissage. Ici, les parents ne voient que le côté apprentissage et ignorent même les objectifs assignés au centre.

Tableau n°5 : Raisons de visite du centre

Raisons de visite	Effectif	Pourcentage
A l'occasion d'une kermesse	2	4%
Sensibilisation et sketchs	16	32%
Information	18	36%
Jeu concours (Tayizahi)	4	8%
Dépistage	4	8%
Couture	4	8%
Accompagner un ami	1	2%
Mouvement d'action des jeunes	1	2%
Total	50	100%

Il ressort de ce tableau que sur les 50 jeunes et adolescents enquêtés, 18 personnes, soit 36% ont visité le centre pour avoir des informations, 16 personnes, soit 32% ont visité le centre à l'occasion des séances de sensibilisation, 4, soit 8% à l'occasion des séances de dépistage. Aussi, 4 personnes, soit 8% ont visité le centre pour apprendre la couture et 4 soit à l'occasion du jeu concours Tayizahi.²⁹

Il ressort toujours de ce tableau que 2 adolescents et jeunes, soit 4% ont visité le centre à l'occasion d'une kermesse, 1 personne, soit 2% pour accompagner un ami et 1 autre personne, soit 2% par le mouvement d'action de la jeunesse.

²⁹ Tayizahi: jeu éducatif permettant aux adolescents et jeunes d'avoir des informations sur la SR.

Les résultats de ce tableau nous montrent que les principaux motifs qui amènent les adolescents et jeunes au centre sont les sensibilisations sur les IST/VIH/Sida et les sketches, (32%) et la recherche d'informations (36%). On peut donc dire que la fréquentation des adolescents et des jeunes au centre est en harmonie avec les objectifs poursuivis par celui-ci surtout, quand on sait que l'éducation sexuelle n'est pas développée dans le milieu familial.

Certains motifs avancés par les jeunes sont, l'apprentissage de la couture, le dépistage, à l'occasion de certaines activités événementielles telles que la journée internationale de lutte contre le SIDA, les kermesses, les jeux concours et les réunions dans le cadre des activités du Mouvement d'Action de la Jeunesse (MAJ). Nous pouvons dire que les jeunes connaissent bien les activités menées au sein du centre.

Tableau n°6 : Appréciation du centre par les jeunes

Appréciation	Effectif	Pourcentage
Bonne	36	72%
Assez bonne	5	10%
Passable	4	8%
Mauvaise	3	6%
Sans avis	2	4%
Total	50	100%

Ce tableau indique que 36 adolescents et jeunes enquêtés, soit 72% ont une bonne appréciation du centre. Pour 5, soit 10% l'appréciation est assez bonne, 4, soit 8% affirment qu'elle est passable. 3 enquêtés soit 6% ont une mauvaise appréciation et les 2 soit 4% n'ont donné aucun avis.

La présentation des résultats de ce tableau montre que 72% des adolescents et des jeunes ont une bonne appréciation du centre. Cette situation s'explique par le fait que la création d'un centre qui traite de la question de la jeunesse particulièrement de la SR est une action salutaire à encourager. Ce centre mène également beaucoup d'activités qui intéressent les jeunes. Le CCEJ constitue un cadre d'épanouissement des jeunes.

Tableau n°7 : Activités menées par le centre et connues par les jeunes.

Activités	Effectif	Pourcentage
Activité d'apprentissage	24	48%
Activité sportive	0	0%
Activité éducative	20	40%
Activité culturelle	3	6%
Activité médicale	50	100%
Appui aux jeunes filles	3	6%

Ce tableau présente les différentes activités menées par le CCEJ et connues par les enquêtés. Ainsi, pour 50 adolescents et jeunes, soit 100%, l'activité médicale est exécutée dans le centre. 24 adolescents et jeunes soit 48% savent que les activités d'apprentissage sont menées et pour 20 adolescents et jeunes soit 40% l'activité éducative est menée au centre. Selon les mêmes enquêtés, 3, soit 6% affirment que les activités culturelles sont organisées dans le centre.

3 autres enquêtés soit 6% affirment qu'un appui est accordé aux jeunes filles en fin de formation.

La connaissance des activités du centre par les jeunes montre à 100% que l'activité médicale est exécutée dans le centre. Cette affirmation des enquêtés s'explique par le fait que le CCEJ à travers l'unité médicale reçoit en dehors des adolescents et jeunes, des hommes et des femmes de tout âge ayant besoin de soins médicaux, de suivi ou d'ordonnance. Les soins médicaux sont ouverts à toutes les couches sociales de la Commune.

L'activité d'apprentissage est connue à 48%. Compte tenu de l'existence de l'unité d'apprentissage au sein du centre, beaucoup de jeunes savent que les activités comme la couture, la cuisine, le tricotage, la broderie sont dispensées.

Concernant l'activité éducative, elle est connue à 40% par les jeunes. Cette situation s'explique par le fait que l'un des objectifs que poursuit le CCEJ est d'informer les jeunes sur les risques liés aux IST/VIH/SIDA, aux grossesses non désirées, aux avortements clandestins et à la sexualité précoce.

Le centre, par le biais de ses animateurs organise aussi des activités d'information, d'éducation et de communication en matière de Santé de la Reproduction à travers

des causeries dans les quartiers ou au CCEJ. Cette animation dans les quartiers a joué un rôle important dans la connaissance des activités du centre par les jeunes. Quant aux activités culturelles et l'appui aux jeunes filles, celles-ci sont connues à 3% chacune. Les premières par le fait que le CCEJ organise des sketches dans le cadre des sensibilisations qu'il entreprend. Des appuis sont accordés aux jeunes filles en fin de formation afin de leur permettre de s'insérer dans la vie active.

Tableau n°8 : Prestations dont les adolescents et les jeunes ont bénéficiés

Avis	Effectif	Pourcentage
Oui	46	92%
Non	4	8%
Total	50	100%

Il ressort de ce tableau que 46 adolescents et jeunes, soit 92% ont bénéficié des prestations offertes par le centre et 4 jeunes seulement, soit 8% n'ont bénéficié d'aucune prestation.

Ce tableau abordant les prestations reçues par les adolescents et jeunes au centre nous indique que 92% des enquêtés ont bénéficié d'une prestation. Ce fort taux s'explique par l'importance d'une gamme variée d'activités offertes par le centre et la connaissance de celles-ci par les jeunes. Ils ont aussi facilement accès aux prestations fournies par le centre (achat des préservatifs, demande de méthodes contraceptives modernes et accès facile aux informations sur la santé de la reproduction etc.). Il faut également noter la prise de conscience des jeunes et adolescents par rapport à leurs besoins d'information en matière de santé sexuelle et reproductive.

Tableau n°9: Appréciation de la qualité de prestation reçue par les jeunes

Degrés d'appréciation	Effectif	Pourcentage
Très satisfaisante	37	74%
Peu satisfaisante	6	12%
Pas du tout	2	4%
Sans avis	9	18%
Total		

Ce tableau montre que 37% des jeunes et adolescents enquêtés, soit 74% ont une appréciation très satisfaisante des prestations reçues, 9, soit 18% sont sans avis, 6, soit 12% sont très peu satisfaits et 2, soit 4% ne le sont pas du tout.

L'appréciation de la qualité des prestations montre que les jeunes ont une appréciation positive de la qualité de soins. 74% des adolescents et des jeunes sont satisfaits des prestations reçues. Cette situation s'explique par le fait que les prestataires sont à la hauteur des tâches qui leur sont demandées. C'est l'occasion, pour le jeune, de se confier entièrement au prestataire qui le met en confiance en vue d'un échange sans tabou. L'appréciation de la qualité des prestations est due également à l'amélioration des comportements des prestataires de service envers les jeunes

Tableau n°10 : qualité de l'accueil au niveau du centre

Appréciation	Effectif	Pourcentage
Bon	32	64%
Acceptable	9	18%
Mauvais	2	4%
Sans avis	7	14%
Total	50%	100%

Ce tableau indique que sur les 50 jeunes et adolescents enquêtés, 32, soit 64% affirment que l'accueil est bien, 9 personnes, soit 18% pensent que c'est acceptable. 7 personnes, soit 14% sont sans avis et pour 2 personnes, soit 4% affirment que l'accueil est de mauvaise qualité.

L'analyse de ce tableau indiquant la qualité de l'accueil au niveau du centre indique que les adolescents et jeunes apprécient positivement l'accueil à 32%. Nous pouvons dire à ce niveau que les jeunes sont bien accueillis par les prestataires de service. L'appréciation de la qualité de l'accueil est due également à l'amélioration des comportements des prestataires de service envers les jeunes. Ce changement est un indicateur important qui permettrait aux jeunes de fréquenter davantage les centres amis des jeunes.

Tableau n°11 : Problèmes rencontrés par les jeunes

Obstacles	Effectifs	Pourcentage
Problème de confidentialité	1	2%
Absence d'installations sportives	38	76%
Ressources humaines insuffisantes	20	40%
Coût élevé des prestations	24	48%
Eloignement du centre	28	56%
Horaires non adaptés	7	14%
Autres	8	16%

Ce tableau montre que 38 personnes, soit 76% relèvent le manque d'installations sportives comme difficultés, 28 jeunes et adolescents, soit 56% accusent l'éloignement du centre, 24, soit 48% récriminent le coût élevé des prestations, 20, soit 40% accusent l'insuffisance des ressources humaines.

Pour 8, soit 16% l'insuffisance du matériel de travail et le coût élevé des accessoires de travail constituent un handicap, 7, soit 14% pensent que les horaires ne sont pas adaptés et pour 1 personne, soit 2%, le problème de confidentialité est notoire.

Par rapport aux difficultés que rencontrent les adolescents et les jeunes dans les centres, ceux-ci avancent l'absence d'installations sportives dans le centre, l'éloignement du centre, le coût élevé des prestations, l'insuffisance des ressources

humaines, les horaires non adaptés, le problème de confidentialité et la peur de rencontrer une connaissance ou un parent dans le centre.

Ces préoccupations sont dues au fait que la majorité des centres ne disposent pas d'aire de jeu. Dans le document du PMA, les centres de conseil d'éducation pour jeunes qu'abritent les ONG et associations, doivent disposer des aires de jeu afin de faciliter l'accès aux jeunes dans ces centres.

En effet, un jeune peut fréquenter un centre ami disposant d'un espace de jeu sans qu'on se rende compte du motif de sa visite. Les aires de jeu (terrain de foot, salle de jeu etc.) constituent un facteur déterminant pour la fréquentation des jeunes dans les centres amis des jeunes.

La situation actuelle des jeunes caractérisée par le chômage, le faible revenu ne leur permet pas de faire face aux coûts de certaines prestations comme le traitement des IST/VIH/SIDA, le traitement des certaines maladies.

L'insuffisance des ressources humaines s'explique par le fait que le centre ne dispose que d'un seul agent pour trois (3) promotions au niveau de l'unité d'apprentissage.

Par rapport à l'éloignement, le CCEJ est l'unique centre des jeunes situé dans la commune V de Niamey. Celle-ci est très vaste, avec une superficie de 87,86 Km² et regroupe 20 quartiers éloignés les uns des autres.

Pour les jeunes, les horaires ne sont pas adaptés parce que ceux-ci sont les mêmes que ceux des établissements scolaires. Sachant que la catégorie la plus importante des jeunes qui fréquente le centre est constituée d'élèves et d'étudiants, ceux-ci ne peuvent se libérer des cours afin de fréquenter le centre. Les horaires sont aussi inadaptés pour certains jeunes notamment les filles qui sont en apprentissage compte tenu de l'éloignement de ces dernières.

Il faut aussi souligner quelques comportements tels que le manque de confidentialité bien que moindre (rare) et la peur de rencontrer une connaissance ou un parent au CCEJ. Cette réaction des jeunes s'explique par le fait que le centre n'est pas uniquement fréquenté par les adolescents et les jeunes. D'autres catégories de la population le fréquentent notamment les femmes enceintes, les adultes et les enfants alors que celui-ci a été conçu pour les jeunes et les adolescents.

Tableau n°12 : Connaissance du centre par les parents (canaux par lesquels les parents ont entendu parler du centre selon les jeunes)

Canaux	Effectif	Pourcentage
Autorités administratives	3	6%
Autorités coutumières	1	2%
ONG et Associations	12	24%
Autres	21	42%
Aucun canal	13	26%
Total	50	100%

Il ressort de ce tableau que 42% des parents des adolescents et des jeunes enquêtés ont été informés de l'existence du centre par d'autres canaux, c'est-à-dire les amis des parents, 26% ne sont pas informés, 24% sont informés par les ONG et associations, 6% par les autorités administratives et 2% par les autorités coutumières.

De ce tableau, on constate que les parents ont été informés de l'existence du centre par d'autres parents, soit un taux de 42%. Nous pouvons dire que la communication inter personnelle a été fondamentale car elle a permis aux parents de s'informer sur l'existence du centre.

L'indicateur clé qui a favorisé la connaissance de centre par ces parents est l'existence de l'unité d'apprentissage. Celle-ci a permis à de nombreux parents d'inscrire leurs filles au centre.

Les ONG et associations ont joué un rôle fondamental dans la communication avec un taux de 24%. Cela s'explique par le fait que beaucoup d'ONG s'intéressent à la question de la jeunesse, notamment la prise en charge des jeunes filles. Elles sont parvenues à convaincre les parents dont les filles sont déscolarisées à fréquenter le CCEJ pour l'apprentissage de certaines activités comme la couture, la broderie, etc. Ces ONG ont réussi à inscrire beaucoup de jeunes filles.

Les autorités administratives ont joué un rôle important par l'information des parents à travers des réunions que certaines structures comme l'ANBEF avaient eu à organiser en collaboration avec les maires. La participation des chefs coutumiers dont le taux est relativement faible (2%) est due au fait que ces chefs ne sont peut-

être pas informés du fonctionnement du centre ou ont une mauvaise perception de la mission du CCEJ.

26% des parents ne sont informés par aucun canal. Cette position des adultes est à prendre très au sérieux car, cela peut s'expliquer par le fait que ces parents n'ont eu accès à aucun moyen de communication.

Tableau n° 13 : Réaction des parents suite à la création du centre (selon les jeunes).

Réactions	Effectifs	Pourcentage
Acceptation	35	70%
Méfiance	1	2%
Colère	0	0
Sans avis	14	28%
Total	50	100%

Ce tableau indique que 70% des parents des enquêtés sont favorables à la création du centre, 28% sont sans avis, et 1% a adopté une attitude de méfiance.

Les adultes ne sont certes pas les bénéficiaires directs des activités menées par le CCEJ. Cependant, en tant que parents, la perception qu'ils ont des activités du centre peut avoir une influence négative ou positive sur les comportements des jeunes vis-à-vis de celui-ci.

Selon les jeunes, 70% des parents ont une perception positive de la mission du centre. De manière générale, ces positions sont celles des parents dont le centre participe de manière significative à l'encadrement des jeunes filles (couture, broderie etc.).

28% des parents sont sans avis et 2% sont méfiants. Ces positions des parents doivent nous interpeller car, cela peut avoir des répercussions négatives pour les activités sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes.

Au demeurant, ces jeunes ne peuvent fréquenter le centre qu'avec l'autorisation des parents surtout pour ce qui est des filles. Pour ces parents, les centres peuvent être mal indiqués pour regrouper des jeunes filles et garçons car, ces genres de rencontres peuvent constituer, pour eux, des occasions de débauche.

Tableau n°14 : Répartition des jeunes et adolescents selon leur besoins et attentes pour une meilleure prise en charge dans les centres amis des jeunes.

Attentes	Effectif	Pourcentage
Multiplication des centres d'écoute	40	80%
Gratuité des soins	40	80%
Diminution du coût de soins	15	30%
Diminution des frais d'inscription	20	40%
Création des salles de jeux	15	30%
Création d'installation sportive	20	40%

Ce tableau nous donne des indications sur les besoins et les attentes des adolescents et des jeunes pour une meilleure prise en charge dans les centres amis des jeunes. 80% des adolescents et des jeunes souhaiteraient que les centres soient multiplié, 80% aspirent a la gratuité des soins, 40% des enquêtés optent pour la diminution des frais d'inscription, 40% pour la création des installations sportives et 15% pour la création de salle de jeu.

Ces besoins se sont fait ressentir compte tenu des difficultés que rencontrent les adolescents et les jeunes dans les centres amis des jeunes. Par rapport aux attentes, les jeunes souhaiteraient qu'il y ait une multiplication des CCEJ, la gratuité des soins, la diminution des coûts de soins, la diminution des frais d'inscription pour l'unité d'apprentissage. Les jeunes souhaiteraient également que des salles de jeux soient créées et des installations sportives mises en place. Ces besoins se sont fait ressentir compte tenu des difficultés que rencontrent les adolescents et les jeunes dans les centres amis des jeunes.

4-2 Synthèse des Difficultés liées à la prise en charge des adolescents et jeunes dans les centres amis des jeunes :

L'analyse des difficultés liées à la prise en charge des adolescents et des jeunes dans les centres amis des jeunes nous a permis de constater les difficultés auxquelles sont confrontées ces personnes. Il s'agit notamment du coût élevé des prestations, de l'éloignement du centre, de l'insuffisance de ressources humaines, de l'inadaptation des horaires.

En effet, 52% des adolescents et des jeunes sont des élèves et 28% sont des étudiants. Ceux - ci n'ont aucun emploi leur permettant de faire face aux frais médicaux.

58% des adolescents et des jeunes qui fréquentent le CCEJ sont âgés de 15 à 19 ans et n'exercent aucune activité génératrice de revenus.

Ces situations ne sont pas de nature à créer des conditions favorables à la prise en charge des adolescents et des jeunes, particulièrement la prise en charge médicale.

-56% des adolescents et des jeunes vivent loin du CCEJ. Cette préoccupation n'est pas de nature à favoriser la fréquentation du centre surtout lorsqu'on sait que c'est l'unique centre des jeunes en matière de SR qu'abrite la Commune V. Ces jeunes n'ont également aucune activité leur permettant de faire face aux frais de déplacement.

- 40% des enquêtés sont confrontés aux problèmes de ressources humaines. Ce cas est spécifique à l'unité d'apprentissage qui emploie une enseignante pour trois (3) promotions.

- le manque d'installations sportives évoqué par 76% des adolescents et des jeunes peut entraver la fréquentation du centre alors que dans le contexte actuel, ces installations peuvent être un facteur déterminant pour la fréquentation des jeunes dans les Centres amis des jeunes en général et, en particulier celui de l'ANBEF.

- Les 16% des adolescents sont aussi confrontés à l'inadéquation des horaires. Ce problème peut entraver la fréquentation des adolescents surtout si nous connaissons la situation de précarité dans laquelle vivent les parents et les jeunes, qui ne permet pas aux jeunes de faire face aux frais de transport.

- 26% des parents ne sont pas informés de l'existence du CCEJ et 28% des parents sont sans avis concernant la création du CCEJ. Ce comportement ne favorise pas la prise en charge.

- 2% des parents sont informés de l'existence du CCEJ par les leaders d'opinion (chefs coutumiers, chefs religieux). Cette situation n'est pas favorable à la prise en charge des adolescents et des jeunes dans les centres amis des jeunes vu le contexte culturel dans lequel nous vivons.

Au regard des difficultés que nous avons enregistrées, nous pouvons dire qu'elles sont liées aux mauvaises conditions socio-économiques des jeunes et à la non prise en compte des besoins des jeunes dans les centres amis des jeunes.

4-3 RECOMMANDATIONS

Après avoir passé en revue les difficultés qui freinent la prise en charge des adolescents et des jeunes dans les centres amis des jeunes, il est important au terme de cette étude, de formuler des recommandations susceptibles d'améliorer les conditions de prise en charge des adolescents et des jeunes.

A L'ENDROIT DU GOUVERNEMENT :

- multiplier les centres amis des jeunes.
- offrir gratuitement les soins aux adolescents et jeunes qui fréquentent les centres amis des jeunes.
- entreprendre des campagnes de plaidoyer auprès des leaders d'opinions afin de les amener à s'intéresser à la question de la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes.
- entreprendre des campagnes de sensibilisations des populations sur les questions liées à la santé de la reproduction des adolescents et jeunes.
- renforcer le fond d'insertion des jeunes afin de permettre à des nombreux jeunes d'en bénéficier.
- créer des installations sportives et des salles de jeux dans les centres amis des jeunes relevant de sa compétence.
- appuyer les Centres amis des jeunes des ONG et Associations.

A L'ENDROIT DES PARENTS :

- porter une attention à la question de la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et jeunes.
- aider les jeunes à trouver une activité génératrice de revenus (AGR).

A L'ENDROIT DES JEUNES :

- fréquenter les centres amis des jeunes.
- suivre les conseils des animateurs et des responsables des centres amis des jeunes.

A L'ENDROIT DU CCEJ :

- entreprendre des campagnes de sensibilisation des populations sur les questions liées à la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes ;
- diminuer le coût des prestations médicales ;
- prendre en compte uniquement les adolescents et jeunes dans le CCEJ ;
- mettre à la disposition des jeunes des espaces récréatifs, attractifs pour dissiper la peur d'être vu (installations sportives et des salles de jeux) ;
- recruter le personnel ;
- faire des plaidoyers auprès des Partenaires au développement afin de les amener à investir au CCEJ.

A L'ENDROIT DE L'ANBEF

- multiplier les centres d'écoute pour jeunes ;
- faire un plaidoyer auprès des partenaires au développement pour la prise en compte des besoins des jeunes ;
- continuer à faire des plaidoyers pour créer un environnement favorable à la promotion de la SSR/A/J auprès des autorités administratives, politiques et coutumières ;
- mobiliser plus de ressources pour satisfaire les besoins importants des jeunes en matière de santé de la reproduction.

A L'ENDROIT DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT :

- Soutenir financièrement et techniquement les activités des Centres amis des jeunes en général et en particulier celles du CCEJ et de l'ANBEF.

CONCLUSION

Au terme de notre travail, nous avons passé en revue les multiples problèmes que les adolescents et les jeunes rencontrent dans le centre de conseils et d'éducation pour jeunes de Niamey dans sa mission d'information, d'éducation, de sensibilisation et de prestations des services dans le domaine de la santé reproductive.

Il ressort de cette étude un certain nombre d'atouts qui constituent des acquis à capitaliser. En effet, à travers un dispositif de communication qui lui est propre, le CCEJ est parvenu à se donner une bonne image par rapport à l'accueil, à la qualité des prestations données et est aussi arrivé à convaincre les jeunes à adhérer aux objectifs qu'il poursuit.

Mais, à côté de ces atouts, plusieurs contraintes sont à relever et des actions concrètes doivent être menées pour y faire face. D'un côté, les jeunes ne partagent pas la vision du CCEJ sur son aspect relatif à la prise en charge médicale et considèrent que les coûts sont très élevés. De l'autre, on note l'absence de certains volets comme les activités sportives, les salles de jeux. Aussi, note-t-on la fréquentation du centre par d'autres couches sociales. Le CCEJ peut relever cependant le défi.

La prise en charge des adolescents et des jeunes est de nos jours un problème qui nous interpelle tous. Elle est une priorité et constitue un défi majeur pour tous, avec l'implication des communautés de base, des décideurs politiques en passant par les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux et les partenaires au développement.

Nous pensons que les recommandations que nous avons faites permettront aux pouvoirs publics, aux partenaires au développement, aux ONG et associations de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des adolescents et des jeunes dans les centres amis des jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

A OUVRAGES GENERAUX :

- BEAUD, MICHEL. (2001), **l'art de la thèse, comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, un mémoire de DEA ou de maitrise, ou de travail universitaire**, Paris, édition la découverte, 197 pages.
- GALLAND, OLIVIER. (1991), **Sociologie de la jeunesse**, Amand Colin, Paris, 231 pages.

B ETUDES :

- CABINET DU PREMIER MINISTRE, (2008-2012), ***Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté***, Niamey, 131 pages.
- CENTRE D'ETUDE ET DE RECHERCHE SUR LA POPULATION POUR LE DEVELOPPEMENT, (1995), ***Etude sur la santé reproductive chez les adolescents dans le Sahel***, Niger, 35 pages.
- CENTRE D'ETUDE ET DE RECHERCHE SUR LA POPULATION POUR LE DEVELOPPEMENT, (2000), ***Lueurs d'espoirs : la santé de la reproduction des adolescents au sahel***, Bamako, 22 pages.
- CERPOD, Population Council, OMS, (2001), ***Amélioration de la santé de la reproduction des adolescents au Sénégal, enquête de base***, presse de l'imprimerie Saint-Paul, 48 pages.
- FOND DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION, (1999), ***La transition : Santé, sexualité et droits des jeunes en matière de Reproduction***, New York, 30 pages.
- FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION, (2001), ***Les problèmes démographiques***, 65 pages.
- GEORGE GUELLA et WOOG VANESSA,(2004), ***Santé sexuelle au Burkina Faso : Résultats de l'enquête nationale sur les adolescents***, 152 pages.
- INITIATIVE JEUNES, (2002), ***Connaissances, attitudes, pratiques, besoins et attentes des jeunes en matière de santé de la reproduction***, 198 pages.
- INITIATIVE JEUNES, (2004), ***Etude des textes juridiques et lois relatifs à la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes et adolescents au Niger***, 44 pages.

- MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. (1997), **Projet de programme d'action de la jeunesse (PAJ)**, 90 pages.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LES ENDEMIES, (2007), **Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes et adolescents dans les zones d'intervention du Programme Renforcement de la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes, y compris la Prévention des IST/VBIH/SIDA**, Niger, 200 pages.
- MINISTERE DE LA SANTE, (2008), **Document du paquet minimum d'activité(PMA) en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes**, Niger 57 pages.
- URSULA SCHOCH et DR. REGINA GÖRGEN,(2003), **La santé sexuelle et reproductive des jeunes en Afrique, Echanges d'expériences**, Bonn, 233 pages.

C RAPPORTS :

- CENTRE D'ETUDE ET DE LA FAMILLE AFRICAINE. (2001), **Compétences en prise en charge des jeunes et adolescents en santé de la reproduction**, Lomé, 119 pages.
- FOND DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION, (2000), **Evaluation du sous programme Santé de la reproduction des jeunes**, Niamey 35 pages.
- MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES DU NIGER, (2005), **Rapport de l'analyse des résultats définitifs du 3^{ème} RGP/H-2001, la fécondité**, Niamey, 96 pages.
- MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES DU NIGER,(2005), **Note de présentation des résultats définitifs du RGP/H-2001**, Niamey, 26 pages.

D REVUE, PLAN ET PROGRAMME:

- COMMISSION DE L'UNION AFRICAINE : **Charte Africaine de la Jeunesse**, 25 pages.
- COMMISSION DE L'UNION AFRICAINE, (2006), **Le plan d'Action sur la Santé Sexuelle et Reproductive et les Droits**, Maputo 24 pages.
- FOND DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION, (1994), **Programme d'action de conférence internationale sur la population et le développement**, Caire du 5 au 13 septembre 1994.
- INITIATIVE JEUNES, (2002), **Document de projet**, 45 pages.

- INITIATIVE JEUNES, (2005), **Document de programme**, 50 pages.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LES ENDEMIES, (2004), **Plan de Développement Sanitaire 2005-2009**, Niamey, 208 pages.
- MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DE SPORTS, (2010), **Document de politique de la jeunesse**, 28 pages.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LES ENDEMIES, (2004), **Plan de Développement Sanitaire 2011-2015**, Niamey, 227 pages

ANNEXES

Questionnaires adressé aux jeunes et adolescents dans le cadre de l'étude concernant leur prise en charge dans les centres amis des jeunes.

1 Identification

1-1 Age :

15-19 ans

20-24 ans

1-2 Sexe :

Féminin Masculin

2 Situation matrimoniale

Célibataire

Marié

Divorcé

Autres (à préciser)

3 Niveau d'instruction

Primaire Secondaire

Supérieur Autres (à préciser)

4 Profession

Elève Etudiant

Fonctionnaire Autres (à préciser)

5 Etes-vous au courant de l'existence d'un centre de conseil et d'éducation pour jeunes dans votre commune?

Oui Non

Si oui lequel ?

6 Par quel canal avez-vous appris l'existence de ce centre ?

Radio Télé

Ami Parent

Journal Autres à préciser

7 Avez-vous une fois visité le centre ?

Oui Non

Si oui à quelle occasion ?

Si non pourquoi ?

8 Quelle (s) appréciation (s) faites-vous du centre ?

Bonne Assez bonne

Passable Mauvaise

Sans avis

9 Quelles sont les différentes activités menées par le centre ?

Activités d'apprentissage Activité culturelle

Activité sportive Activité médicale

Activité éducative Appui aux jeunes filles

10 Avez-vous bénéficié de prestation (s) offertes par le centre ?

Oui Non

11 Quelle appréciation faites-vous de la qualité de la prestation reçue ?

Très satisfaisante

Peu satisfaisante

Pas du tout

Sans avis

12 Quelle est la qualité de l'accueil ?

Bonne Acceptable Mauvaise Sans avis

13 Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans les centres ?

- Problème de confidentialité

- Manque d'infrastructure socio-éducative

- Insuffisance de ressources humaines

- Qualité des prestations

- Cout élevé des prestations

- Eloignement du centre

- Horaire non adapté
- Autres à préciser

14 Est-ce que vos parents sont informés de l'existence du centre et des activités menées par le centre ?

Oui Non

Si oui par quel canal ?

Autorités Administratives

Autorités Coutumières

ONG et Associations

Aucun canal

Autres (à préciser)

15 Quelle a été leurs réactions ?

Acceptation

Méfiance

Colères

Sans avis

Si non pourquoi ?

16 Quelles sont vos besoins et vos attentes pour une meilleure prise en charge des jeunes et adolescents dans le centre ?

Guide d'entretien adressé à la Secrétaire Générale de L'ANBEF

1 Quelle est la date de création de l'ONG ?

2 Quels sont ses objectifs ?

3 Quelles sont les principales activités menées ?

4 Quelles sont les partenaires de l'ONG ?

5 Quel rapport existe-t-il entre votre association, le Ministère de la Jeunesse et des Sports et celui de la Santé publique?

6 Que pensez-vous de la prise en charge des adolescents et des jeunes dans les centres amis des jeunes en général et particulièrement dans le centre créé par votre ONG ?

7 Quelles sont vos perspectives ?

8 Quelles sont vos recommandations en vue d'une amélioration de la prise en charge des besoins des adolescents et des jeunes ?

Guide d'entretien adressé aux responsables du centre de conseil et d'éducation pour jeunes de L'ANBEF

1 En quelle année le centre a été créé ?

2 Quelle est la mission assignée à ce centre ?

3 Quelles sont les différentes unités existantes au niveau de votre centre ?

4 Quelles sont les différentes activités menées par le centre ?

5 Quel est le nombre des jeunes ayant bénéficié d'une prise en charge médicale et de séance de sensibilisation

6 Quelles sont les stratégies utilisées pour une mobilisation ?

7 Quelles sont les difficultés liées à la mise en œuvre du PMA dans votre centre?

8 Quels sont vos différents partenaires ?

9 De quel moyen logistique et matériel disposez-vous pour conduire ou mener vos activités ?

10 Quelle recommandation faites-vous pour une meilleure prise en charge des jeunes et adolescents ?