



Santé de la reproduction des adolescent·e·s et des jeunes au Sénégal (SANSAS)

Étude baseline sur l'état des indicateurs de la santé de la reproduction des adolescent·e·s et des jeunes de Mbour, Boukiling, Goudomp et Sédhiou au Sénégal

Abdou Salam FALL, socio-anthropologue

Rokhaya CISSÉ, sociologue

Soufianou MOUSSA, démographe et économètre

Ndèye Sokhna CISSÉ, économiste

Mamadou Chérif DIALLO, statisticien

SANSAS est conduit sous l'égide du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS).
Le présent projet est cofinancé par l'Agence Française de Développement (AFD).

Décembre 2021

Les auteurs

Abdou Salam FALL, socio-anthropologue

Rokhaya Cissé, sociologue

Soufianou MOUSSA, démographe et économètre

Ndèye Sokhna Cissé, économiste

Mamadou Chérif DIALLO, statisticien

Les avis exprimés dans le présent rapport n'engagent que les auteur·e·s.

Le présent document bénéficie du soutien de l'Agence Française de Développement. Néanmoins, les idées et les opinions présentées ne représentent pas nécessairement celles de l'AFD et du MSAS.

Remerciements

Le travail sur le terrain n'aurait pu se faire sans le soutien remarquable des assistants de recherche du LARTES qui ont assuré les formations des enquêteurs et le suivi de l'enquête à Mbour et à Sédhiou.

Nos remerciements s'adressent également à Mme Mbaye Masokhna Sène, assistante administrative, Amadou Lamine Touré, Responsable administratif et financier, Amadou Sidibé (comptabilité), ainsi que Alassane Fall et Youssoupha Fall Sall pour la logistique.

Notre gratitude aux membres du consortium (SOLTHIS, Enda Santé, RAES et Equipop), au Coordonnateur du programme SANSAS, aux équipes des bases à Mbour et à Sédhiou pour avoir facilité le déroulement de cette étude.

Notre reconnaissance va également aux autorités locales, aux autorités religieuses, aux médecins chefs de région, aux médecins chefs de district à tous les professionnels de santé qui ont accepté de participer à l'étude.

Nos remerciements à toutes et tous ceux qui ont collaboré à l'élaboration de ce rapport.

Sommaire

SANTÉ DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENT·E·S ET DES JEUNES AU SÉNÉGAL (SANSAS). **Erreur ! Signet non défini.**

Les auteurs.....	i
Remerciements.....	ii
Sommaire.....	iii
Sigles et abréviations	v
Résumé.....	1
1. Contexte et justifications.....	3
2. Objectifs et résultats attendus.....	4
3. Méthodologie.....	5
3.1 Approche méthodologique du volet quantitatif	6
3.2 Approche méthodologique du volet qualitatif.....	7
3.3 Outils de collecte de données	7
3.4 Conduite de la recherche.....	9
3.5 Traitement et analyse des données.....	15
4. Profil des adolescent.e.s et jeunes.....	19
4.1 Effectif et distribution par sexe.....	19
4.2 Répartition par âge	20
4.3 Répartition par statut matrimonial.....	21
4.4 Répartition par statut scolaire	22
5. Résultats	24
5.1 De l'école	24
5.2 De la planification familiale.....	27
5.3 De la santé de la reproduction	31
5.4 De la fécondité et des naissances.....	41
5.5 Du mariage.....	45
5.6 Des mutilations génitales chez les filles	51
5.7 Des consultations des professionnel·le-s de santé	56
5.8 Des droits en santé reproductive	58
Conclusion.....	80
Recommandations	83
Bibliographie	84
Annexes	86
Table des matières.....	126

Liste des tableaux	129
Listes des figures.....	130
Liste des graphiques.....	132
Liste des annexes	133

Sigles et abréviations

A&J	Adolescent·e·s et Jeunes
AFD	Agence Française de Développement
ANDS	Agence Nationale de Démographie et de la Statistique
ASC	Agent de Santé Communautaire
CCA	Centre Conseils Adolescents
CEM	Collège d'Enseignement Moyen
CM	Chef de Ménage
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CPN	Consultation Prêt/Post Natale
DR	District de Recensement
DSDOM	Dispensateur de Soins à Domicile
ENDA Santé	ONG Environnement Développement Action Santé
Equipop	ONG Équilibres et Population
EVF	Éducation à la Vie Familiale
ICP	Infirmier Chef de Poste
IFAN	Institut Fondamental d'Afrique Noire
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LARTES	Laboratoire de Recherche sur les Transformations Économiques et Sociales
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MCD	Infirmier Chef de District
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernemental
PEV	Programme Élargie de Vaccination
PF	Planification Familiale
PS	Professionnel·le·s de Santé
RAES	Réseau africain d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté
SANSAS	Santé Reproductive des Adolescent·e·s et jeunes au Sénégal
Solthis	ONG Solidarité Thérapeutique et Initiative pour la Santé
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé Reproductive des Adolescent·e·s et des Jeunes
SSR	Santé Sexuelle Reproductive
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour l'Adolescence

USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Résumé

Cette étude exploratoire met en évidence l'état des indicateurs et droits des adolescent·e·s et jeunes en santé de la reproduction dans le cadre du Projet « Amélioration des droits et de la santé sexuels et reproductifs des adolescent·e·s et des jeunes au Sénégal » (SANSAS) dans les départements de Mbour (Région de Thiès) de Bounkiling, de Goudomp et de Sédhiou (dans la région de Sédhiou). Faisant partie d'un ensemble de trois études complémentaires, cette recherche cible les adolescent·e·s et jeunes. Elle vise un double objectif :

- produire des analyses du contexte d'intervention du projet (SANSAS) pour mieux calibrer les interventions dans le temps et dans l'espace ;
- déterminer l'état des indicateurs au démarrage du projet et de supporter le processus de suivi-évaluation pendant et après la mise en œuvre des actions.

Sur le plan méthodologique, une double approche a été utilisée, qualitative et quantitative. L'approche quantitative, pour les volets "ménages" et "adolescent·e·s et jeunes" (A&J), est basée sur un échantillonnage représentatif à l'échelle des et répartis entre les communes cibles et témoins. L'échantillon a été constitué à partir des Districts de Recensement (DR). Dans chaque District de Recensement (DR) 22 ménages ont été en moyenne aléatoirement tirés et enquêtés. Et dans chaque ménage départements tous les enfants de 10 à 24 ans retrouvés ont été interviewés. La collecte de données a été organisée de manière électronique (avec CommCare) entre août et septembre 2021 sous la supervision d'une équipe de chercheurs multidisciplinaires. Au total, l'enquête a concerné 26 communes (20 cibles et 6 témoins) et a touché 1 167 ménages (1 013 cibles et 154 témoins) et 1 740 adolescent·e·s et jeunes (A&J), soit 1501 cibles et 239 témoins répartis dans 53 DR. Les données ont été traitées, apurées et analysées principalement sous Stata 17, SPSS et MS Excel.

L'approche qualitative a mis à profit cinq outils de collecte que sont la (i) cartographie des acteurs en santé sexuelle et reproductive (SSR) ; (ii) les entretiens approfondis avec des adolescent·e·s ; les professionnels de santé et les responsables des Club « Éducation à la Vie Familiale » (EVF) ; (iii) les focus-group avec des adolescent·e·s ; (iv) les récits de vie avec les adolescent·e·s et des groupes spécifiques que sont les travailleurs de sexe et les talibés (v) des observations dans les structures de santé. Au total, l'enquête qualitative a porté sur 146 adolescent·e·s et jeunes, 43 professionnels de santé, 32 acteurs communautaires et 05 responsables de Club EVF. Ces données ont été traitées grâce au logiciel Nvivo 12.

Les principaux résultats de l'étude sur la santé de la reproduction des adolescent·e·s révèlent une fréquentation scolaire (autour du tiers des adolescent·e·s et jeunes) qui reste en deçà de la

moyenne nationale dans toutes les deux catégories de communes (cibles et témoins). Cela induit des initiatives pour soutenir l'accès et le maintien des adolescent·e·s et jeunes (A&J) à l'école. Le rôle et l'égalité de tous dans l'accès à l'école, méritent d'être largement expliqués et compris par les adolescent·e·s et les jeunes. Les indicateurs sur le niveau de connaissances sur divers aspects de la planification familiale sont très faibles. La proportion des adolescent·e·s et jeunes ayant au moins un enfant est élevée pour atteindre près du quart des 15/19 ans. Les opérations de renforcement de capacités des A&J en la matière sont nécessaires et urgentes. Il s'agit, entre autres, de renforcer les connaissances sur les moyens d'éviter une grossesse, le lien entre grossesse et règles, le nombre de rapports sexuels, etc.

De même, en matière de SR, les dépistages sont très rares surtout chez les filles et la connaissance des méthodes de prévention contre les IST/VIH-SIDA sont relativement moyennes. L'utilisation des serviettes hygiéniques, bien que globalement assez répandue, est très inégalitaire entre le milieu rural et urbain.

Les violences conjugales apparaissent largement justifiées surtout par les filles pour une raison ou une autre. Le refus d'avoir des relations sexuelles avec le mari ou le fait se sortir sans l'aviser arrivent en tête un peu partout avec un poids plus important dans les communes témoins. Le fait que les filles aient tendance à trouver cette violence "justifiée" rend la sensibilisation nécessaire pour l'éradication des violences au sein du couple.

Dans le domaine de la sexualité, la communauté stigmatise les adolescentes célibataires ayant une activité sexuelle. On observe paradoxalement la tentation et le désir pour les adolescent·e·s et les jeunes de découvrir précocement la sexualité.

Plusieurs stéréotypes sont notés autour de la contraception. Les pratiques contraceptives semblent être réservées principalement aux filles mariées. Les grossesses avant mariage sont également prohibées.

Les mutilations génitales féminines demeurent ancrées dans les pratiques culturelles dans certaines localités de la région de Sédhiou et se font précocement en moyenne autour de 6,5 ans. En revanche, c'est une pratique qu'on retrouve très peu dans le département de Mbour.

Les interventions devraient cibler plusieurs thématiques prioritaires : sensibilisation sur les violences basées sur le genre, formation sur l'utilisation des méthodes contraceptives, la sensibilisation sur le dépistage des IST, la gestion de l'hygiène menstruelle et les risques de grossesse non désirée.

1. Contexte et justifications

Avec une population relativement jeune, le Sénégal accueille 22,5% d'adolescent·e·s de 10-19 ans et 9% de jeunes adultes de 20-24 ans¹ de la population générale (ANSD, 2013). Cette situation démographique est à l'origine d'une augmentation importante des besoins sociaux notamment en santé de la reproduction. Il faut noter une fécondité encore élevée quoiqu'en baisse avec 4,7 enfants par femme en moyenne en 2014 et, dans une moindre mesure, par la diminution du taux de mortalité (ANSD, 2018).

Environ un quart des adolescentes sont mariées avant l'âge de 20 ans et un tiers de tous les adolescent·e·s âgés de 15 à 19 ans sont déjà actifs sexuellement (ANSD et Macro International, 2013). En outre, presque 70% des jeunes femmes non mariées sexuellement actives ont un besoin de contraception non satisfait (MacQuarrie, 2014). Selon l'EDS 2017 (ANSD, 2018), les femmes de 25-49 ans démarrent leur vie sexuelle plus précocement (âge médian aux premiers rapports sexuels de 19,7 ans) que les hommes (23,4 ans). La même source indique que 8% des filles de 15-17 ans ont « déjà commencé leur vie procréative » ; et ce taux atteint 34,1% chez les adolescentes de 19 ans. Le taux de mortalité maternelle reste élevé chez les adolescentes : 629 décès pour 100 000 naissances vivantes comparé à 434 décès pour 100 000 naissances vivantes dans la population adulte (ANSD, 2013). La santé sexuelle et reproductive des jeunes devient une problématique centrale en matière de santé et de développement au Sénégal.

C'est dans ce contexte que le projet « SANSAS » a été initié afin de renforcer l'offre de soins et de services en matière de santé reproductive et de stimuler la demande chez les adolescent·e·s et jeunes (10-24 ans). Ce consortium est formé par (1) l'ONG Solidarité Thérapeutique et Initiative pour la Santé (Solthis) en tant que cheffe de file, (2) l'ONG Environnement Développement Action Santé (Enda Santé), (3) l'ONG Équilibres et Population (Equipop), (4) le Réseau africain d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (RAES) et (5) le Laboratoire de Recherche sur les Transformations économiques et Sociales rattaché de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (LARTES-IFAN) avec le soutien de l'Agence française de Développement (AFD) et en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Action sociale. Le LARTES-IFAN est chargé de conduire tout le volet recherche du projet avec plusieurs composantes sur

¹ L'OMS définit les jeunes comme les personnes âgées de 10 à 24 ans dont les adolescent(e)s de 10 à 19 ans et les jeunes adultes de 20 à 24 ans.

les 20 communes d'intervention et 6 témoins. Cette composante se décline sous le format d'une recherche embarquée qui accompagne les interventions des partenaires suscités dans certaines communes des départements de Sédhiou, Goudomp, Bounkiling et Mbour. Cette composante "Etudes" s'articule autour de plusieurs étapes tout au long du programme SANSAS à savoir une baseline, des études approfondies et en fin de projet une endline.

Le présent rapport entre dans le cadre de l'étude baseline (situation de référence en début de projet) qui comporte trois volets relatifs (1) aux vulnérabilités des ménages, (2) aux indicateurs relatifs à l'effectivité des droits, les inégalités de genre et aspirations des adolescent·e·s et jeunes ; et enfin (3) aux barrières et représentations sur la santé de la reproduction et le genre auprès des différents groupes cibles professionnels du projet (professionnel·le·s de santé, enseignant·e·s et autres personnels éducatifs, parents d'élèves, leaders communautaires). Dans l'ensemble, les études baseline visent un double objectif de collecte des indicateurs de base et d'analyse du contexte d'intervention. Ce rapport traite principalement du deuxième volet des études baseline à savoir **« l'état des indicateurs relatifs à l'effectivité des droits, les inégalités de genre et aspirations des adolescent·e·s et jeunes »**.

Après cette partie introductive, la prochaine section du rapport présente les objectifs et les résultats attendus de l'étude. La troisième section revient sur l'approche méthodologique. Vient ensuite la présentation de la population enquêtée par sexe et par type de communes (cibles et témoins). Les résultats sont ensuite présentés à la cinquième section et s'organisent autour des perceptions sur l'école, la planification familiale, la SR, la fécondité et les naissances, le mariage, les utilisations génitales et les droits en SR. Une conclusion vient tirer les leçons globales issues de l'étude.

2. Objectifs et résultats attendus

Cette étude baseline vise globalement à :

- déterminer le contexte socio-économique et culturel des zones du projet avant intervention ;
- mesurer l'état des indicateurs de la santé de la reproduction des adolescent·e·s et jeunes et rendre du niveau d'effectivité des droits dans le domaine ;
- identifier les barrières à l'accès à des soins de qualité en santé de la reproduction liées aux professionnels de santé ;

- étudier les enjeux et perceptions sur la santé reproduction des adolescent·e·s et jeunes, des professionnel·le·s de santé, enseignant·e·s et personnels éducatifs, parents d'élèves et leaders communautaires ;
- proposer des pistes d'actions pour les acteurs chargés de mise en œuvre des interventions sur le terrain du projet SANSAS.

Quant aux résultats attendus, ils sont :

- Le niveau de connaissances, les choix et préférences des adolescent·e·s et jeunes, les besoins des adolescent.es, jeunes femmes et jeunes hommes en services de santé de la reproduction sont identifiés et permettent de mieux cibler les interventions des différents partenaires du projet.
- Les résultats de l'étude sont largement diffusés et utilisés par une diversité d'acteurs qui prennent davantage en compte les besoins et droits des adolescent.es, jeunes femmes et jeunes hommes, afin de contribuer à l'adoption de politiques favorables à la santé de la reproduction et à l'égalité de genre.
- Les normes sociales et les leviers de changement en faveur de la santé reproductive des adolescent·e·s et jeunes sont analysées et systématisées pour orienter l'action des intervenants et guider la prise de décision aux plans national et local en faveur d'une meilleure prise en charge de la santé de la reproduction des adolescent·e·s et jeunes et de l'égalité de genre.

3. Méthodologie

L'étude a été réalisée dans quatre départements du Sénégal, Mbour, Sédhiou, Bounkiling et Goudomp. Le département de Mbour est une ville sur la petite côte. Il présente des caractéristiques spécifiques à savoir la forte mobilité (migration interne en provenance du Sud et de Dakar), et une croissance démographique avec un afflux important de populations, notamment jeunes. Il s'y ajoute l'émergence de villes nouvelles dans ce département dopé par le tourisme et les infrastructures. Les données sur les grossesses précoces en milieu scolaire de sa région d'appartenance, Thiès, révèlent un taux significatif de 16,3%, le taux le plus important du pays selon une étude du GEEP de 2018. Le choix de la région de Sédhiou (départements de Sédhiou, Bounkiling et Goudomp), située au Sud du Sénégal, s'explique par la forte prévalence de l'excision (75,6% parmi les femmes de 15 à 49 ans et 43% parmi les jeunes filles de moins de 15 ans). Ce taux est le plus élevé après la région de Kédougou. Cette zone présente également le plus fort taux de fécondité du pays (6,4 enfants par femme), et un taux important

d'adolescentes ayant commencé leur vie procréative (23,5%) et de grossesses précoces en milieu scolaire (13,3% - GEEP (2018)).

Notons que cette étude présente la partie descriptive des données collectées sur les adolescent·e·s et jeunes. Des analyses factorielles et explicatives futures viendront approfondir les résultats en proposant, entre autres, des analyses croisées avec les données ménages et celles sur les professionnel·le·s de santé.

3.1 Approche méthodologique du volet quantitatif

Pour le volet quantitatif, l'approche méthodologique, détaillée à l'Annexe 1, repose sur un échantillon aléatoire, stratifié à deux degrés. Dans un premier temps, on tire les Districts de Recensements puis dans chaque DR, des ménages sont tirés tout aussi aléatoirement. Les quatre (4) départements de l'étude sont subdivisés en deux parties selon le milieu de résidence (urbaine et rurale) pour former les strates d'échantillonnage proportionnellement au nombre de ses Districts de Recensement de chaque milieu. Le nombre de DR par département est déterminé suivant le poids démographique de chaque département traduit par la part des 10-24 ans des zones étudiées qu'il concentre. Au total, 8 strates ont été ainsi définies et le tirage des DR a été réalisé indépendamment dans chaque strate. La taille de l'échantillon est choisie de sorte à garantir une représentativité au niveau de chaque strate. Sur le terrain, après le dénombrement des DR tirés, un tirage de 22 ménages a été effectué par les agents de terrain dans chaque DR.

Ainsi, au total, 53 DR ont été tirés dans les quatre départements (38 pour le département de Mbour, 4 pour Bounkiling, 5 pour Goudomp et 6 pour Sédhiou) et répartis en milieu urbain et rural. Cet effectif a été enfin réparti entre les zones cibles et les zones témoins proportionnellement à leur taille en termes de DR tirés. Sur le terrain, au final 1 167 ménages ont été enquêtés regroupant 1 740 adolescent·e·s et jeunes (Tableau 1).

Tableau 1: Répartition de l'échantillon ménages et adolescent adolescent·e·s et jeunes

	Nombre de DR	Nombre de ménages par type de communes			Nombre d'A&J par type de communes		
		Cibles	Témoins	Total	Cibles	Témoins	Total
Mbour	38	791	44	835	1 063	74	1137
Bounkiling	04	87	0	87	70	25	95
Goudomp	05	90	21	111	222	32	254
Sédhiou	06	89	45	134	178	76	254
Total	53	1057	110	1167	1 501	239	1 740

3.2 Approche méthodologique du volet qualitatif

La méthodologie adoptée s'articule autour de la cartographie des acteurs en santé sexuelle et reproductive, les entretiens approfondis avec des adolescent·e·s, les focus group et enfin les observations dans les structures de santé. Au total, l'enquête qualitative a porté sur 146 adolescent·e·s et jeunes, 43 professionnel·le·s de santé, 32 acteurs communautaires et 05 responsables de Club « Éducation à la Vie Familiale » (EVF). Les différents outils utilisés sont décrits plus bas.

3.3 Outils de collecte de données

3.3.1 Outils quantitatifs

Afin de recueillir des informations sur tous les acteurs clés de la question de la SR des A&J, six questionnaires ont été développés et destinés à des publics précis : (1) le questionnaire sur la vulnérabilité des ménages adressé au chef de ménage ; (2) le questionnaire sur l'état des indicateurs et droits des adolescent·e·s destiné aux A&J ; (3) le questionnaire adressé aux professionnel·le·s de santé sur les barrières liées à la SR des A&J ; (4) le questionnaire adressé aux chefs des structures de santé ; (5) le questionnaire adressé aux chefs de district sur le profil des structures de santé ; et (6) le questionnaire destiné au Club « Éducation à la Vie Familiale ».

Questionnaire sur la vulnérabilité des ménages

Le questionnaire ménage est adressé au chef de ménage (CM) ou son représentant et renseigne sur le profil du CM ; les caractéristiques sociodémographiques et économiques du ménage et celles des adolescent·e·s et des jeunes âgés entre 10-24 ans et résidant dans le ménage et leur entourage. Ce questionnaire a également permis de mesurer le niveau de perception des chefs de ménage sur les questions liées à la SR dans leur localité. Tous les ménages tirés ont été enquêtés qu'ils soient composés d'A&J ou non.

Questionnaire sur l'état des indicateurs et droits des adolescent·e·s et des jeunes

Le questionnaire adolescent vise à fournir les informations d'ordre général sur chaque adolescent.e et jeune âgé entre 10-24 ans et à mesurer ses connaissances, aptitudes, pratiques et droits autour de la santé et de la reproduction. Le niveau de fréquentation des services SR par les jeunes pendant le COVID-19 a été aussi investigué.

Questionnaire adressé aux professionnel·le·s de santé sur les barrières liées à la SR des A&J

Le questionnaire s'adresse aux professionnel·le·s de santé chargés d'assurer des prestations liées à la SR dans les structures de santé des communes étudiées. Il vise à collecter les données concernant l'accessibilité aux services, l'adéquation entre l'offre et la demande en SR, la qualité de l'offre de service, le respect des droits des A&J et l'impact du COVID-19 sur le fonctionnement de la structure.

Questionnaire adressé aux chefs des structures de santé

Le questionnaire vise à renseigner les informations sur la structure, le personnel et les équipements. Il vise aussi à évaluer l'interaction de la structure avec les autres programmes en santé de la reproduction dans la structure. Il permet également d'évaluer les barrières d'accès aux services SR liées aux professionnel·le·s de santé.

Questionnaire adressé aux chefs de district sur le profil des structures de santé

Le questionnaire vise à collecter les informations concernant la situation générale du district, les programmes en SR, les activités au sein du district ainsi que des partenaires techniques et financiers du district.

Questionnaire destiné au Club « Éducation à la Vie Familiale »

Le questionnaire s'adresse aux professeurs encadreurs responsables des Clubs "Éducation à la Vie Familiale" (EVF). Il vise à collecter des informations sur le fonctionnement du club, les difficultés rencontrées pendant la mise en œuvre, l'effet des activités sur le comportement des élèves, l'acceptabilité des parents, l'existence de structures sanitaires dans les établissements, les grossesses non désirées dans le milieu scolaire.

Il importe de souligner que les analyses quantitatives du rapport se base principalement sur le « Questionnaire sur l'état des indicateurs et droits des adolescent·e·s et jeunes » ; les autres formulaires de collecte de données (ménages et professionnel·le·s de santé) ont fait l'objet de rapports spécifiques séparés.

3.3.2 Outils qualitatifs

Différents outils qualitatifs ont été utilisés pour approfondir l'analyse quantitative en s'appuyant sur les parcours individuels, des expériences acquises, les barrières d'accès aux services, les perceptions des acteurs et des adolescent·e·s et des jeunes sur les normes sociales en SR. Il s'agit du guide d'entretien administré aux professionnel·e·s de santé et aux prestataires, du guide focus group adolescent·e·s, du guide d'entretien « adolescent·e·s et jeunes », du guide d'entretien pour les acteurs communautaires, du guide d'entretien pour les clubs EVF et du guide récit de vie.

Entretiens approfondis avec des adolescent·e·s

Les entretiens approfondis ont concerné les adolescent·e·s issus d'un sous-groupe de l'enquête quantitative. Une sélection des adolescent·e·s qui ont eu des parcours marquants ou qui ont connu des situations distinctives a été faite pour réaliser avec eux/elles des entretiens approfondis. D'autre part, dans une volonté de diversifier le profil des répondants, des entretiens sont réalisés avec des groupes spécifiques d'adolescent·e·s (enfants de rue, talibés, aides familiaux, etc.) qui n'ont pas pu être touchés par l'enquête quantitative.

Focus group avec des A&J

En plus des entretiens semi-directifs, des focus-group sont réalisés auprès de 120 adolescent·e·s à raison de 5 focus-group par département selon une moyenne estimée à 6 participants par focus. En ce qui concerne la sélection des participants, les critères d'homogénéité du groupe et de la taille ont été respectés (entre quatre et huit personnes). La formulation des questions obéit également à des critères de précision, de concision et d'ouverture afin de capter la diversité des situations des répondants.

3.4 Conduite de la recherche

3.4.1 Soumission du protocole d'enquête au Comité d'éthique

L'État du Sénégal a mis en place le Comité national d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS). Ce dernier a pour rôle d'examiner les protocoles de recherche « SANSAS » et d'émettre un avis éthique et scientifique en vue de fonder la décision du Ministre chargé d'autoriser, de suspendre, ou d'interdire la poursuite d'une recherche.

Dans ce cadre, le LARTES-IFAN a soumis le protocole de recherche SANSAS au Comité éthique le 04 août 2021. Le Comité a évalué le protocole le 26 août 2021 et a demandé des éclaircissements et fait des recommandations au LARTES-IFAN. Ces derniers ont été reçus par le LARTES-IFAN le 02 septembre qui produisit le même jour toutes les réponses. Un avis favorable du CNERS a finalement été obtenu le 06 septembre 2021. Par la suite, l'indispensable "Autorisation administrative" de la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques du ministère de la Santé et de l'Action sociale, a été obtenue le 08 septembre 2021. C'est seulement à cette date que les opérations de terrain ont officiellement été démarrées.

3.4.2 Dénombrement

L'exercice de dénombrement a été d'abord effectué par les agents enquêteurs juste avant les activités de collecte. Il a permis d'actualiser le nombre de concessions et de ménages dans le

DR. Les ménages à enquêter ont été enfin sélectionnés à partir de la liste des ménages énumérés dans chaque DR. Le dénombrement des ménages a contribué à la constitution d'un échantillon représentatif car il prend en considération l'ensemble des ménages de chaque DR considéré.

3.4.3 Sélection des ménages et des A&J à enquêter

Échantillon du sous-volet “ménage”

Après le dénombrement (qui a pris en compte même les ménages sans adolescent·e·s), 22 ménages sont tirés aléatoirement (calcul de pas de sondage). Les ménages indisponibles lors de la collecte (refus, fermé, etc...) ont été remplacés par leur voisin situé le plus à gauche.

Échantillon du sous-volet “adolescent·e·s et jeunes ”

Dans les ménages tirés, tous les membres résidants et âgés de 10 à 24 ans ont été enquêtés. Il n'est pas prévu de remplacement en cas d'absence d'une cible, de refus ou d'incapacité de réponse (maladie ou indisponibilité).

3.4.4 Recrutement et formation des agents de terrain

Tous les agents de terrain ont été directement recrutés par le LARTES-IFAN. Ils sont issus de son répertoire des agents reconnus pour leur compétence et leur sérieux au travail.

La formation des agents de terrain a été réalisée en deux phases :

- la formation des superviseurs à Dakar ;
- la formation des agents enquêteurs dans chaque chef-lieu de région.

La formation des superviseurs à Dakar a été réalisée pendant cinq jours du 23 au 27 septembre 2021. Elle a été assurée par les chercheurs du projet dans les locaux du LARTES-IFAN. Elle a regroupé huit agents séparés formés sur les doubles approches et outils (« quanti » et « quali »).

La formation des agents de terrain a été assurée par les agents superviseurs et a duré cinq jours. Déroulée sur la base des mêmes contenus opérationnels que la formation des superviseurs, elle vise à doter les agents de terrain, premier maillon de la qualité des données, sur le projet, les objectifs de l'enquête et la maîtrise des différents outils et leur mode et conditions d'administration. Une place capitale a été accordée à la « cartographie et dénombrement des ménages » et à la technique de sélection aléatoire des ménages dans les DR. Le temps nécessaire a été consacré à la manipulation de tablette et la simulation d'entretiens intramuros. Puis, un prétest sur le terrain a été effectué avec l'ensemble des enquêteurs dans un DR pilote (à Saly

Golf à Mbour ; à *Santassou 1* et *Mansacounda* à Sédhiou). Enfin, au dernier jour de la formation, la restitution du pré-test a été organisée afin de régler quelques incompréhensions et difficultés suite aux retours des enquêteurs.

À Mbour, la formation des animateurs de terrain s'est déroulée dans les locaux de « ENDA Santé² » sis à Grand Mbour sur cinq jours. À Sédhiou, l'équipe locale du projet SANSAS a mis à la disposition des formateurs du LARTES-IFAN une salle de formation située à Moricounda.

Notons enfin que pour profiter au maximum des acquis de la formation, réduire la durée de la collecte et s'assurer de la disponibilité des agents de terrain, la collecte des données a commencé le lendemain de la fin de la formation. Par ailleurs, les agents de terrain ont été regroupés en binômes pour optimiser l'administration des questionnaires dans le ménage.

3.4.5 Plateforme de collecte de données en ligne

L'application de collecte de données quantitatives a été développée en utilisant la technologie CommCare.

CommCare : une plateforme multifonctions et efficiente des données

La technologie Commcare permet de concevoir des applications sécurisées et évolutives qui permettent de collecter, de stocker et de synchroniser les données en utilisant le téléphone ou une tablette Commcare comprend plusieurs niveaux de sécurisation. D'abord l'accès au backoffice et l'application de collecte sont sécurisés par un nom d'utilisateur et un mot de passe. Ensuite la transmission et le stockage des données collectées sont cryptés par le protocole SSL (https). Enfin, l'agent de terrain ne peut pas supprimer les données non synchronisées sur la tablette.

Travailler hors connexion

CommCare fonctionne parfaitement en mode hors ligne, ce qui permet aux agents de terrain de travailler sans interruption et de synchroniser les données dès que la connexion est disponible.

Supervision en ligne et en temps réel des activités de collecte

CommCare permet d'avoir un rapport détaillé sur la collecte effectuée par chaque agent sur le terrain. Une gestion rigoureuse des permissions permet de garantir la confidentialité des données synchronisées sur la plateforme.

Une administration des questionnaires intuitive et contrôlée en temps réel

Commcare permet aux agents de terrain de travailler de manière efficace en intégrant :

² ENDA Santé est membre du consortium mettant en œuvre le projet SANSAS.

- les différents formulaires à administrer aux différents acteurs ;
- les libellés des questions et les formats des réponses aux questions (saisie libre, réponses multiples, réponses uniques) ;
- les questions obligatoires ;
- les sauts logiques à effectuer à l'intérieur de chaque questionnaire ;
- les vérifications logiques dans les réponses liées pour avoir le maximum de cohérence dans les données finales.

L'application de collecte sur mobile est conçue en respectant toutes les contraintes évoquées plus haut pour la production de données de qualité.

Un backoffice de stockage et de supervision des données collectées a aussi été mis en place.

Ce dernier permet aux différents superviseurs de suivre la progression de l'enquête et de tester la qualité des données en cours d'enquête.

3.4.6 Recheck

L'assurance qualité des données est une des composantes clés de l'enquête. Pour ce faire, nous avons mis en place un dispositif de recheck qui consistait à contrôler la qualité (exactitude, fiabilité, exhaustivité, ...) des données collectées sur le terrain afin d'en assurer le suivi et la validation en temps réel. Ce travail a consisté à administrer à nouveau un questionnaire dans des ménages déjà enquêtés afin de vérifier la fiabilité des données. Autrement dit, il s'agit d'effectuer des contrôles dès le début de l'enquête et de comparer les données collectées dans l'enquête proprement dite et celles issues du recheck. Il permet aussi d'assurer le suivi et la validation des données en temps réel. Le recheck oblige les enquêteurs à faire preuve de responsabilité dans la collecte et ils sont avertis lors de la formation qu'un processus de vérification aléatoire de leur travail sera réalisé.

Pour rendre le recheck effectif, les enquêteurs, les superviseurs et l'équipe recheck ont travaillé en parfaite synergie pour être au même niveau sur l'état d'avancement de l'enquête.

Dimension du recheck

Le recheck a été effectué sur 20% des ménages enquêtés de l'échantillon de l'enquête ménage, soit environ 233 ménages sur un total de 1 167. En d'autres termes, dans chaque District de Recensement (DR), parmi les ménages déjà enquêtés par les agents de la collecte régulière, quatre ménages, tirés aléatoirement, ont fait l'objet d'une vérification au téléphone par une équipe dédiée du LARTES. Ces quatre ménages ont été sélectionnés à partir de la base de données mise en place par l'équipe informatique. L'enquête recheck a démarré

systématiquement dès la disponibilité sur le serveur d'une bonne partie ou de l'ensemble des ménages enquêtés dans un DR donné. Les agents de terrain étant sur place, il devenait de ce fait plus facile pour eux d'opérer les corrections nécessaires.

Recrutement et formation des agents de recheck

La conduite du recheck a été assurée par une équipe de deux agents qui étaient chargés de vérifier les données déjà collectées sur le terrain. Un membre de l'équipe informatique a mis à disposition les informations des ménages concernés aux deux agents recheck. Une session de formation d'un jour a été organisée au LARTES. La formation a porté essentiellement sur les techniques du recheck et les éléments de vérification définis dans le questionnaire recheck.

Organisation de la collecte des données

Les questions du recheck ont été adressées au Chef de Ménage (CM) du ménage sélectionné, avec des questions portant spécifiquement sur un A&J tiré aléatoirement dans le ménage. L'agent du recheck, après s'être présenté et décliné la raison de son appel, était chargé de poser une série de questions uniquement au CM ayant fourni également les données de l'adolescent·e et du jeune. En cas d'indisponibilité d'un CM (numéro de téléphone erroné, téléphone éteint, empêchement, etc.), l'agent du recheck avait la possibilité de le remplacer par un autre ménage tiré aléatoirement par l'équipe informatique. Quand des écarts significatifs ont été observés entre les données du recheck et celles collectées par les agents de terrain, l'agent en charge du recheck contactait au plus vite l'enquêteur ayant enquêté le ménage problématique pour une séance d'explication. Ensuite, en cas d'une réponse non satisfaisante, l'enquêteur avait l'obligation de retourner sur le terrain afin de corriger les données.

Digitalisation

La collecte de données recheck a été effectuée via la tablette avec l'application Commcare. Une fois les ménages sélectionnés par l'équipe informatique, les agents ont procédé au contrôle par téléphone. Les données collectées ont été systématiquement synchronisées avec le serveur. Une extraction quotidienne a été effectuée par l'équipe informatique afin de contrôler la cohérence entre les données recheck et les données de base et aviser les contrôleurs en cas de problème.

3.4.7 Points forts

À Mbour, la disponibilité des professionnel·le·s de santé, l'ouverture et la disponibilité de la plupart des chefs de ménage, l'appui de certaines autorités locales (les chefs de quartier et

directeurs d'établissement), l'appui du secrétaire municipal de la commune de Diass (cours magistraux sur la SR aux animateurs de terrain) ont constitués les points forts de la collecte.

Sur le plan organisationnel, la maîtrise du contour du projet et de la recherche par les agents, la familiarisation avec les questionnaires, la réactivité des superviseurs en ligne et en présentiel ont constitué autant d'atouts. La « lettre d'introduction » signée par le Directeur du LARTES-IFAN et destinée aux autorités administratives et locales a également facilité le travail sur le terrain.

3.4.8 Difficultés rencontrées et solutions apportées

À Mbour, l'une des difficultés majeures rencontrées est liée au développement rapide de la ville qui se traduit par des changements notoires entre les indications sur les cartes de plusieurs DR et la réalité sur le terrain. Pour pallier cela, les agents de terrain ont dû recourir à l'appui des services de la mairie pour retrouver les contours des DR. Par ailleurs, certains ménages tirés sont restés fermés durant la collecte ce qui a entraîné leur exclusion de fait de la collecte.

Tant à Mbour qu'à Sédhiou, on note aussi parmi les difficultés le refus de certains chefs de ménage. Il s'en suit des négociations, avec l'appui du chef du village ou du quartier au besoin, et si cela n'aboutit pas échouent, un remplacement est réalisé après avis de l'équipe de recherche. Enfin, le refus de dévoiler des informations données socioéconomiques du ménage, de nombreuses questions posées par les CM, le refus de répondre à certaines questions sensibles (acte sexuel, caresse) sont à souligner sans oublier la timidité de plusieurs jeunes. Les agents de terrain sont dans ce cas tenus à reposer les questions autrement ou à isoler au maximum le A&J interviewé pour le rendre plus à l'aise ; et en dernier ressort de passer aux questions suivantes. Par ailleurs, sans constituer une limite forte, dans de nombreux cas, les chefs de ménage n'étaient pas présents et ont été représentés par leurs épouses.

Dans les quatre départements, les difficultés rencontrées auprès des professionnel·le·s de santé peuvent être regroupées comme suit : l'indisponibilité des acteurs communautaires, le difficile accès aux ICP (avançant n'avoir pas été informés par le MCD ou submergés par les patients, etc.). Les équipes de terrain ont dû là aussi négocier et user de patience pour pouvoir interroger les personnes ciblées.

3.5 Traitement et analyse des données

3.5.1 Traitement et analyse des données quantitatives

Les données collectées en ligne avec les tablettes ont été exportées sur Excel puis importées sur Stata 17 à des fins d'apurement, de traitement et d'analyse. Les analyses ont porté sur la production des indicateurs globaux et désagrégés suivant plusieurs variables pertinentes (commune, sexe, ...) selon la pertinence et en comparant les communes cibles et les communes témoins. Les tableaux et graphiques ont été produits sur Microsoft Excel avec les formats pertinents.

Les données sont analysées suivant leurs modalités de collecte. Pour des raisons de simplification, certaines variables ont été rendues muettes (par exemple, A&J scolarisée et ceux/celles qui ne le sont pas) et dans d'autres cas des regroupements des valeurs ou modalités ont été réalisés (classe d'âge des A&J par exemple).

Dans un premier temps, des analyses croisées entre les variables unitaires d'intérêt, le sexe des A&J et le type de communes (cibles et témoins) ont été produites. Ensuite, des analyses multivariées ont été réalisées à travers notamment l'indicateur synthétique construit pour saisir la « vulnérabilité SR des A&J ». Le proxy a été déterminé à partir des variables unitaires analysées lors des analyses bivariées grâce à une Analyse en Composantes Principales (ACP). Les variables primaires retenues sont : Statut marital, Fréquentation scolaire, École convient plus au garçons qu'aux filles, Éviter de contracter une grossesse tout en ayant des rapports sexuels, Nombre de relations sexuelles non protégées minimum avant de tomber enceinte, Connaissance de la possibilité de tomber enceinte avant ses 1ères règles, Connaissance des IST, Réalisation d'un test de dépistage IST/VIH/SIDA, Adolescent.e a son mot à dire lors pour son mariage, Justification qu'une femme soit battu par son mari pour une raison quelconque. Le proxy de niveau de vie est associé à la première composante regroupant 22,8% de la variabilité totale et a ensuite été utilisé pour classer les ménages en trois groupes (niveau de vulnérabilité SR « élevé », « moyen » et « faible ») grâce à la méthode des nuées dynamiques (Kmeans). Les résultats de la modélisation sont présentés à l'Annexe 2.

3.5.2 Traitement et analyse des données qualitatives

Après la collecte des informations sur le terrain, une formation a été faite sur le logiciel Nvivo. Ce dernier a servi pour l'équipe de recherche de faire un traitement des informations collectées sur le terrain ainsi que sur les documents consultés. Plus précisément, le logiciel Nvivo a facilité la compréhension de la création des données externes et données internes.

Les données externes sont des informations qui proviennent d'autres personnes en lien direct avec la thématique de la recherche tandis que les données internes sont des informations produites par l'équipe cadre de la recherche. À partir des données internes et externes des répertoires ont été créés ainsi que des valeurs d'attribut qui ont servi à faire des classifications des cas à savoir des nœuds d'encodage. Cet exercice a débouché sur l'élaboration du cadre d'analyse présenté ci-dessous qui devrait permettre une meilleure lisibilité des données. Cet outil s'est révélé robuste pour l'analyse de la diversité des situations vécues par les adolescent.e.s et jeunes, l'état des normes sociales ainsi que les enjeux relatifs à la santé de la reproduction.

Cadre d'analyse des données qualitatives de l'enquête baseline SANSAS

- 1. Répartition des rôles dans le ménage**
 - Par sexe
 - Par génération
- 2. Perceptions du bien-être**
 - Liée à l'ado
 - Liée aux réalités socio-culturelles
 - Services sociaux et sanitaires
- 3. Perceptions de l'ado sur la SR**
 - Sexualité
 - Méthodes contraceptives
 - Grossesse
 - Mutilations génitales et autres formes
- 4. Les droits en SR**
 - Intimité/Confidentialité/Qualité de l'offre
 - Accès à l'éducation/Accès à l'information/Prise de décision
 - Accès aux services/Mobilité
 - Liberté d'association/Liberté d'expression
 - Confort de vie/Loisirs/Alimentation
- 5. Connaissances sur la SR**
 - Sur les méthodes contraceptives.
 - Sur les mutilations génitales.
 - Sur les IST.
 - Sur les Grossesses.
 - Sur le mariage
 - Sur l'hygiène menstruelle
- 6. Communication sur la SR**
 - Canaux d'information sur la SR
 - Au sein du ménage
 1. Discussions : possibles et tabous
 2. Sources d'informations
 3. Conseils
 4. Difficultés de mise en pratique
 - A l'école
 1. Cours en SR
 2. Activités des clubs sur les SR
 3. Pertinence des informations
 - Dans les structures de santé
 - Avec les pairs
- 7. Interactions**
 - Interactions des adolescent.e./jeunes dans le milieu scolaire
 - Interactions des adolescent.e./jeunes avec les membres du ménage
 - Interactions des adolescent.e./jeunes avec les professionnels de santé
- 8- Appréciations de l'offre de service**
 - Services demandés et disponibles
 - Appréciations positives
 - Appréciations négatives
- 9- Pratiques des adolescents**
 - Pratiques modernes
 - Pratiques traditionnelles
 - Périodes sensibles pour la SR des jeunes
 - Fréquentation des structures de santé
- 10- Les barrières à l'accès aux services SR**
 - Économique

- Liées aux structures sanitaires
- Socio-culturelles
- Géographiques
- Offres de services
- Les barrières socio-culturelles
- Les barrières liées au Covid-19

Professionnels de santé et acteurs communautaires

1. Organisation des structures et gestion de l'information sur la SR
2. Les besoins en SR des ados
 - Les plus sollicités
 - Profil des utilisateurs
3. Perceptions sur les normes sociales et la SR
4. Qualité de l'offre de service
5. Les barrières liées à l'offre de services SR
6. Les stratégies mises en œuvre
7. Adaptation aux normes et standard de prise en charge
8. Stratégies de sensibilisation en SR
 - Club EVF
 - Centres Ados
 - Autres points de services SR

Les données ont été encodées dans le logiciel d'analyse et des requêtes ont été réalisées. Ces dernières consistent à interroger le logiciel par rapport à deux ou plusieurs informations issues des classifications des cas.

Les résultats obtenus suite aux requêtes confirme l'importance du genre en tant que thématique transverse ainsi que la pertinence du cadre conceptuel fondé sur la théorie de intersectionnalité. Celle-ci désigne en sciences sociales la situation de personnes subissant simultanément plusieurs formes de domination ou de discrimination dans une société. Les approches intersectionnelles ont révélé des dynamiques de race et de classe qui ont inspiré les recherches féministes. On observe un glissement d'un point analytique des comparaisons habituelles liées au genre vers sur les différences entre femmes selon les rapports de pouvoir en vigueur dans les sociétés (Bilge, 2015 ; Tlostanova, 2015).

Cette rupture au plan théorique est fondée sur une critique des travaux féministes qui ont trop souvent éludées les dynamiques inégalitaires des rapports de pouvoir en considérant les femmes l'utilisation du terme femmes comme une catégorie homogène (Lépinar, 2015). Ce renouveau théorique, bien qu'ouvrant de nouvelles pistes de recherche souffre d'un déficit de contextualisation du fait de profondes différences sociétales. En effet, il faut comprendre le contexte d'émergence du concept de l'intersectionnalité qui a été largement porté par les recherches féministes noires américaines qui ont tenté d'intégrer théories sur la race et la classe aux questions de genre.

Dans le cadre de cette présente recherche sur la santé reproductive des adolescent.e.s et jeunes, il n'est pas question de race, ni de classe sociale dans un contexte de vulnérabilités socio-économiques structurelles dans les zones de l'étude mais davantage d'inégalités (entre filles et garçons) liées au niveau d'éducation, au milieu de résidence, à la disponibilité des informations et services de santé de la reproduction mais surtout aux normes sociales de genre.

Les données collectées ont été analysées de manière à rendre compte des trajectoires plurielles et aléatoires de la cible de l'enquête en évitant le piège des catégories identitaires bâties à priori et en mettant l'accent sur les entrecroisements et dynamiques transformationnelles.

4. Profil des adolescent.e.s et jeunes

4.1 Effectif et distribution par sexe

L'enquête a porté au total sur 1 740 adolescent.e.s et jeunes (A&J) réparti.e.s sur les quatre départements comme illustré au Tableau 2. Les communes cibles concentrent 1 605 A&J (soit 92,2% du total) et les témoins 135 A&J (soit 7,8%). Parmi les communes cibles, la commune de Mbour, conformément à son poids démographique, est la plus représentée avec 31,9% des cibles. A l'inverse Popoguine regroupe le moins de A&J (1,1%). Dans les communes témoins, Sandiara est la plus représentée avec 41,5% alors que Diacounda est la moins représentée avec 9,6%.

Dans les communes cibles, la proportion des filles varie entre 76,2% à Wandifa et 28,2% à Simbandi Balante. Dans les communes témoins, Sansamba affiche la plus forte proportion de A&J filles (57,1%) alors que Sandiara compte la plus faible proportion (35,5%).

Tableau 2 : Effectif des enquêté.e.s et pourcentage des filles par commune

	n	% total	% adolescentes/Jeunes filles
Joal-Fadiouth	116	7,7	65,1
N'guenene	56	3,8	50,0
N'diagianiao	67	4,5	44,8
Popenguine	16	1,1	61,3
Diass	63	4,2	70,2
Sindia	84	5,6	52,5
Mbour	485	32,3	62,5
N'Guekhokh	53	3,5	51,8
Saly Portudal	64	4,3	56,3
Malicounda	145	9,7	51,0
Sédhiou	59	3,9	44,9

Bambali	45	3,0	50,9
Djiredji	28	1,9	53,1
Tankon	34	2,3	55,6
Ndiamalathiel	23	1,5	67,8
Wandifa	19	1,3	76,2
Simbandi Balante	56	3,7	28,2
Goudomp	30	2,0	63,5
Karantaba	26	1,7	34,9
Simbandi Brassou	31	2,1	62,9
Total cibles	2	100,0	56,6
Témoins			
Sandiara	86	36,0	35,5
Sansamba	34	14,4	57,1
Benete-Bijini	23	9,4	51,2
Diacounda	20	8,4	56,0
Yarang Balante	44	18,5	37,5
Ngaparou	32	13,4	62,5
Total témoins	239	100,0	45,8

Source : LARTES-IFAN (2021)

4.2 Répartition par âge

Dans les communes cibles, 38,3% des A&J ont entre 11 et 14 ans alors que 38,2% et 23,6% ont respectivement entre 15-19 ans et 20-24 ans (Tableau 3). Dans les communes témoins, la classe d'âge 11-14 ans est la plus représentée avec 44,5% des A&J alors que les 15-19 ans et les 20-24 ans représentent respectivement 36,6% et 18,9%.

Tableau 3 : Distribution des A&J par classe d'âge et par commune

	11-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	Total
Joal-Fadiouth	33,9	39,8	26,3	100,0
N'guenene	29,7	34,4	35,9	100,0
N'diagianiao	27,5	47,9	24,6	100,0
Popenguine	12,9	45,2	41,9	100,0
Diass	25,7	42,1	32,2	100,0
Sindia	47,4	38,3	14,3	100,0
Mbour	37,0	36,1	26,8	100,0
N'Guekhokh	46,7	32,0	21,3	100,0
Saly Portudal	30,1	44,8	25,1	100,0
Malicounda	41,9	40,8	17,3	100,0
Sédhiou	54,0	31,5	14,5	100,0
Bambali	28,1	45,6	26,3	100,0

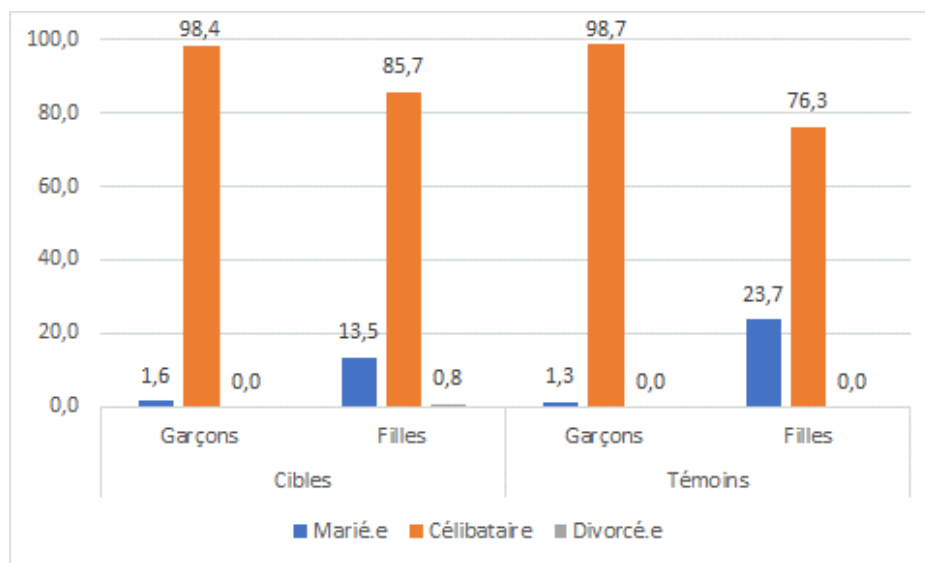
Djiredji	46,9	37,5	15,6	100,0
Tankon	33,3	37,0	29,6	100,0
Ndiamalathiel	41,4	35,7	23,0	100,0
Wandifa	81,0	19,1	0,0	100,0
Simbandi Balante	30,4	47,0	22,6	100,0
Goudomp	48,1	40,4	11,5	100,0
Karantaba	49,2	34,9	15,9	100,0
Simbandi Brassou	61,0	27,9	11,1	100,0
Total cibles	38,3	38,2	23,5	100,0
Témoins				
Sandiara	54,3	30,6	15,1	100,0
Sansamba	14,3	60,0	25,7	100,0
Benete-Bijini	46,3	26,8	26,8	100,0
Diacounda	40,0	24,0	36,0	100,0
Yarang Balante	50,0	40,6	9,4	100,0
Ngaparou	40,6	31,3	28,1	100,0
Total témoins	44,0	35,9	20,2	100,0

Source : LARTES-IFAN (2021)

4.3 Répartition par statut matrimonial

Indépendamment de la nature de communes, les garçons sont dans leur quasi-totalité célibataires (98,4% dans les communes cibles et 98,7% dans les témoins) comme l'indique la Figure 1 (les résultats détaillés par communes sont présentés en Annexe 4). Les A&J mariés sont essentiellement observés parmi les filles à hauteur de 13,5% dans les communes cibles et de 23,7% dans les témoins.

Figure 1 : Statut matrimonial selon le sexe et le type de communes (%)

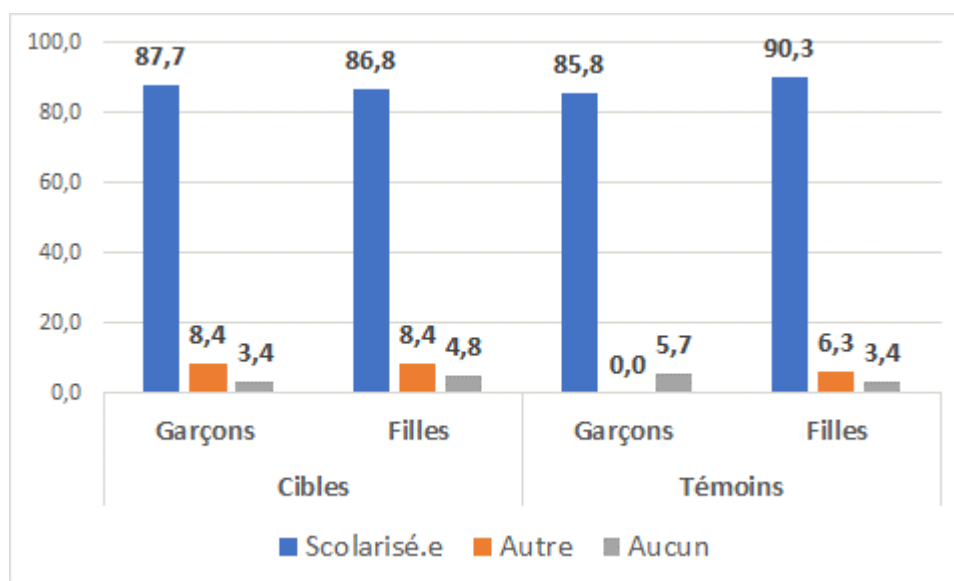


Source : LARTES-IFAN (2021)

4.4 Répartition par statut scolaire

Dans les types de commune les A&J sont dans leur grande majorité scolarisé.e.s avec néanmoins une différence suivant le sexe en fonction du type de zone (Figure 2). Dans les communes cibles, la proportion des A&J fréquentant ou ayant fréquenté l'école est sensiblement la même chez les filles (86 ,8) et les garçons (87,7%). Par contre, dans les communes témoins, les filles affichent un taux de scolarisation (90,3%) plus important que les garçons (85,8%).

Figure 2 : Profil d’instruction des A&J selon le sexe et le type de communes (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

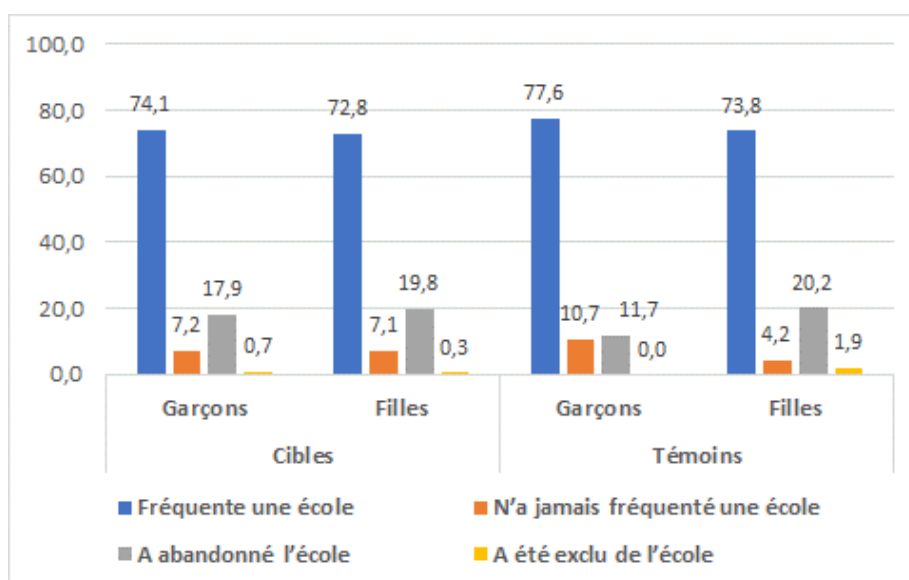
5. Résultats

5.1 De l'école

5.1.1 Fréquentation scolaire

Près de trois quarts des A&J fréquentent un établissement scolaire (Figure 3). Dans les communes cibles la proportion des A&J scolarisé.e.s est de 73,9% chez les garçons et 72,6% chez les filles. Ces taux sont un peu plus élevés dans les communes témoins et sont respectivement de 78,9% et 76,7%. Le niveau d'abandon est relativement élevé (autour de 20%) quels que soient le type de communes et le sexe des A&J à l'exception des garçons des communes témoins où il tourne de 11,7%. Les garçons témoins sont plus marqués par un niveau élevé de ceux qui n'ont jamais fréquenté un établissement scolaire (10,7%).

Figure 3 : Fréquentation scolaire selon le sexe et le type de communes (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

5.1.2 Raisons de la non fréquentation scolaire

Chez les garçons, le refus d'aller à l'école des A&J (18,6%), l'exercice d'activités génératrices de revenus (16,6%) et les difficultés financières rencontrées par les ménages (15,1%) constituent les trois principales raisons de la non fréquentation scolaire. Chez les filles, le refus d'aller à l'école arrive en tête avec 20%, suivi par les tâches ménagères (14,1%) et le mariage (12,3%).

Tableau 4 : Raison de non fréquentation des A&J de l'école (%)

	Garçons	Filles	Ensemble
Mariage	0,0	12,3	7,0
Grossesse	0,0	2,6	1,5
Contrainte financière	15,1	6,2	10,0
Éloignement de l'école	1,4	1,2	1,2
Refus d'aller à l'école	18,6	20,0	19,4
Refus d'un parent	10,3	7,2	8,5
Tâches ménagères	3,6	14,1	9,6
État de santé	3,6	5,9	4,9
Activités génératrices de revenu	16,6	3,6	9,2
Faibles résultats scolaires	15,0	12,2	13,4
Autre	15,8	14,8	15,2
Total(%)	100,0	100,0	100,0
Total (n)	209	248	457

Source : LARTES-IFAN (2021)

Les données qualitatives confirment cette tendance. Les adolescent·e·s de Sédhio et de Mbour rencontrent des difficultés financières pour la poursuite de leurs études, ce qui engendre le plus souvent l'abandon scolaire comme l'explique cet adolescent :

“J’ai parfois des problèmes pour acheter des fournitures et payer mes frais d’inscriptions car ma mère n’a pas des moyens financiers. Ma mère se débrouille pour acheter des fournitures d’abord pour ensuite payer les frais d’inscription au milieu de l’année scolaire. On me renvoie parfois sous prétexte que je n’ai pas payé les frais d’inscription. Ma mère est alors obligée de négocier avec les responsables de l’école pour payer petit-à-petit les frais d’inscription. C’est vraiment difficile et je n’ai pas le choix. On m’a renvoyé à deux reprises l’année dernière” (Adolescent, 16 ans, célibataire, Mbour).

5.1.3 Convenance de l'école selon le genre

Dans les communes cibles, 27% des garçons considèrent que l'école convient mieux aux garçons qu'aux filles et ce taux est particulièrement élevé dans les communes de Ndiamalathiel (57,1%) ; de N'diagianiao (46,5%) et de Sindia (38,8%) comme illustré au Tableau 5. Chez les filles, 10,5% trouvent que l'école convient mieux aux garçons qu'aux filles et ce particulièrement dans les communes de N'diagianiao (28,3%) ; de Tankon (20%) et de Malicounda (18,6%).

Dans les communes témoins, les résultats globaux sont semblables à ceux observés dans les communes cibles : la proportion de garçons estimant que l'école convient plus aux garçons qu'aux filles est de 28% et de 7,6% chez les filles. Sandiara (49%) et Benete- Bijini (25%) constituent les communes dans lesquelles les garçons soutiennent le plus que l'école convient plus aux garçons qu'aux filles.. Chez les filles, c'est seulement à Sandiara que cette position est partagée par 27,1% des filles.

Tableau 5 : Proportion des A&J estimant que l'école convient mieux aux garçons qu'aux filles (%)

	Chez les garçons	Chez les filles
Joal-Fadiouth	37,5	3,3
N'guenene	28,1	15,6
N'diagianiao	46,5	28,3
Popenguine	8,3	0,0
Diass	7,9	0,0
Sindia	38,8	8,0
Mbour	34,5	13,6
N'Guekhokh	19,0	10,5
Saly Portudal	2,4	0,0
Malicounda	34,7	18,6
Sédhiou	8,3	2,5
Bambali	10,7	3,5
Djiredji	0,0	0,0
Tankon	16,7	20,0
Ndiamalathiel	57,1	6,8
Wandifa	20,0	6,3
Simbandi Balante	23,6	13,3
Goudomp	10,5	9,1
Karantaba	7,3	4,6
Simbandi Brassou	5,0	11,8
Total cibles	27,0	10,7
Témoins		
Sandiara	49,0	27,1
Sansamba	13,3	0,0
Benete-Bijini	25,0	0,0
Diacounda	0,0	0,0
Yarang Balante	5,0	0,0
Ngaparou	25,0	0,0
Total témoins	28,0	7,6

Source : LARTES-IFAN (2021)

5.1.4 Raisons de la meilleure convenance de l'école aux garçons qu'aux filles (%)

Le prétexte « *les garçons ont plus de responsabilité que les filles* » est la raison la plus partagée tant par les garçons que les filles pour justifier le fait que l'école convient plus aux garçons qu'aux filles (avec respectivement 66,6% et 60,2%) comme illustré au Tableau 6. Le deuxième argument avancé par les A&J est « *la place des filles est à la maison* » réunissant 21,6% des garçons et 33,5% des filles.

Tableau 6 : Les raisons selon lesquelles l'école convient plus aux garçons qu'aux filles (%)

	Garçons	Filles	Ensemble
Les garçons ont plus de responsabilités	66,6	60,2	64,5
La place des filles est à la maison	21,6	33,5	25,5
La tradition	9,0	8,7	8,9
Les garçons accèdent plus facilement à l'école	9,0	15,6	11,2
Les garçons se déplacent plus facilement	4,4	6,8	5,2
Les garçons ont une meilleure probabilité d'achèvement	12,4	15,9	13,6
Autres raisons	11,7	14,3	14,2

Source : LARTES-IFAN (2021)

5.2 De la planification familiale

5.2.1 Connaissances et perceptions sur les méthodes contraceptives

Les informations recueillies auprès des adolescent·e·s révèlent qu'ils ont des connaissances et des perceptions diverses sur les méthodes contraceptives et leur utilisation selon le statut matrimonial. Au sein des couples, les adolescent·e·s perçoivent l'utilisation de la contraception comme une décision émanant des deux conjoints comme le raconte cette jeune fille mariée :

« Un homme doit se soucier de la santé de sa femme dans la mesure où, il y a des femmes qui ont des naissances très rapprochées et si elles ne font pas du planning, cela va se répercuter négativement sur leur santé ainsi que sur la santé de leurs bébés. De ce fait, le rôle de l'homme est d'aider sa femme à faire du planning afin qu'elle se repose parce qu'une femme n'est pas une pondeuse. Porter et donner une vie nécessite avant tout une santé » (Jeune fille, 21 ans, mariée, Mbour).

Toutefois, les adolescent·e·s ont une perception selon laquelle, l'utilisation de la contraception chez une adolescente nouvellement mariée peut amoindrir ses chances d'avoir une progéniture. Comme nous le dit cette jeune fille :

« [...] il est préférable d'avoir un ou deux enfants avant de faire le planning. D'autant plus que, le planning est réservé uniquement aux femmes qui font beaucoup d'enfants pour qu'elles espacent leurs naissances ». (Jeune fille, 20 ans, célibataire, Mbour).

Par ailleurs, l'utilisation de la contraception chez les adolescentes célibataires est perçue par la communauté comme une sorte de dévergondage, d'une prostitution masquée comme le souligne cette jeune fille :

« Il y a des filles célibataires qui le font juste pour ne pas tomber enceinte parce qu'elles ont des rapports sexuels avec beaucoup de partenaires » (Jeune fille, 20 ans, célibataire, Mbour).

De même, cette perception est partagée au niveau des adolescent·e·s comme le montre ce jeune garçon :

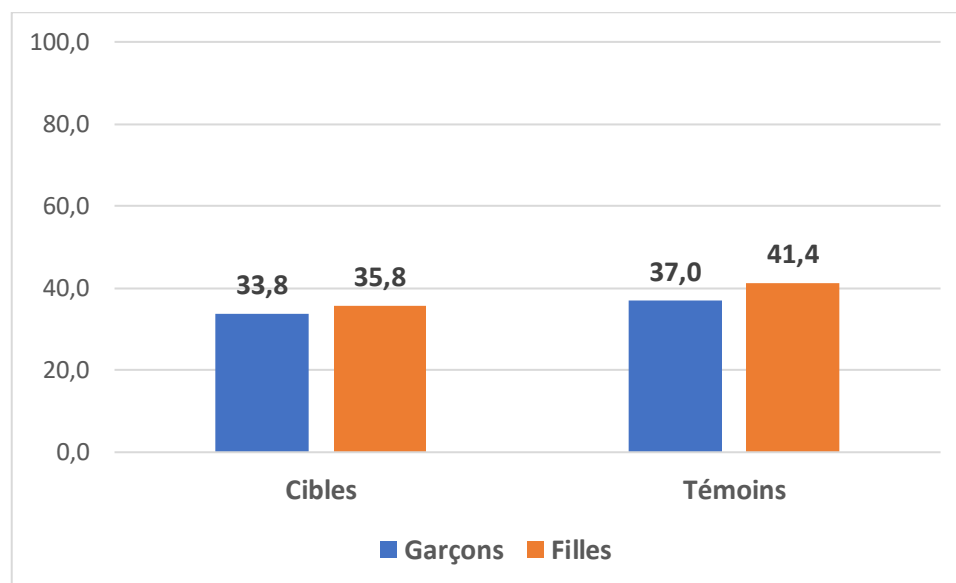
« Je pensais que la planification familiale était pour les femmes qui ont déjà un mari. Mais, j'ai constaté que même les femmes qui ne sont pas mariées le font. Je trouve que la fille qui ne s'est pas mariée ne doit pas faire une planification familiale. C'est non seulement une insulte pour elle, mais cela favorise la prostitution. [...] ». (Jeunes garçon, 24 ans, célibataire, Sédhiou)

5.2.2 Évitement de grossesse et activités sexuelles

La Figure 4 montre que dans les communes cibles 33,8% des garçons savent qu'on peut éviter de contracter une grossesse tout en ayant des rapports sexuels. Ce taux est plus élevé chez les filles chez qui il atteint 35,8%. Les communes (les données par communes sont détaillées en Annexe 5) de Popoguine et de Diass enregistrent les plus grandes proportions d'A&J connaissant qu'une femme peut éviter de tomber enceinte tout en ayant des rapports sexuels avec respectivement 66,7% et 76,6% (chez les garçons) et 73,7% et 65% (chez les filles). Les garçons de Wandifa affichent le plus faible niveau de connaissance de la possibilité d'éviter d'avoir une grossesse tout en ayant des rapports sexuels (0%). Chez les filles c'est à Karantaba que ce niveau de connaissance est le plus faible (4,6%). De même les garçons de Karantaba connaissent très peu cette possibilité (4,9%).

Dans les communes témoins, 37% des garçons savent qu'il est possible d'avoir des rapports sexuels sans contracter une grossesse contre 41,4% chez les filles. Le plus faible niveau de connaissance chez les garçons est observé à Benete-Bijini (30%) et chez les filles à Yarang Balante (16,7%).

Figure 4: Proportion des adolescent·e·s qui savent qu'on peut éviter de contracter une grossesse tout en ayant des rapports sexuels (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

Les données recueillies auprès des adolescent·e·s et jeunes révèlent qu'ils ont des connaissances sur la contraception qui constitue un moyen efficace et sûr pour éviter une grossesse et espacer les naissances au sein des couples.

«La planification familiale est un moyen pour espacer les naissances. Pour les méthodes, je connais le brin, la pilule, l'implant et le chapelet ». (Femme, 35 ans, Actrice communautaire, Mbour).

« Ce qu'ils nous ont dit à propos du préservatif est que si on veut avoir des relations sexuelles et qu'on veut éviter une grossesse non désirée, on peut l'utiliser. Mais aussi il faut veiller à bien le mettre pour éviter qu'il se rompe ou qu'il y ait une poche d'air, parce que s'il y a une poche d'air, ce n'est pas bon parce que si ton partenaire a une infection, il pourrait te contaminer ». (Garçon, 15 ans, Membre du club CCA, Popenguine).

Pour certains, l'utilisation de la contraception est réservée aux marié.e.s et est soumise à l'approbation du conjoint. De plus, il ressort dans les données que certains adolescent·e·s recommandent de le faire après avoir déjà eu à procréer.

« Ce n'est pas bon pour les filles célibataires. Même quand la fille est mariée, elle doit avoir le consentement de son mari avant de faire un planning, car il est préférable d'avoir un ou deux enfants avant de le faire. D'autant plus que le planning est réservé uniquement aux femmes qui font beaucoup d'enfants pour écarter les naissances. Par

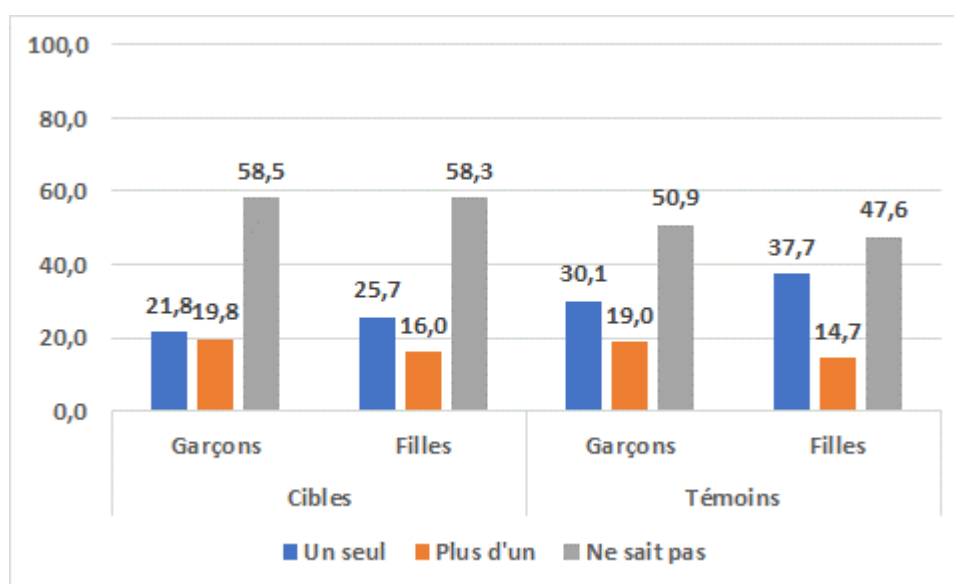
contre, il y a des filles célibataires qui le font juste pour ne pas tomber enceinte parce qu'elles ont des rapports sexuels avec beaucoup de partenaires ». (Jeune fille, 20 ans, Kirene).

5.2.3 Nombre minimum de rapports sexuels non protégés pour contracter une grossesse

Près d'un cinquième (21,8%) des garçons des communes cibles considèrent qu'un seul rapport sexuel non protégé suffit pour entraîner une grossesse contre 25,7% chez les filles (Figure 5). Dans ces mêmes communes, 19,8% de garçons pensent qu'il faut avoir plus d'un rapport sexuel non protégé pour tomber enceinte contre 19% chez les filles. Il faut souligner que six A&J sur dix ne connaissant pas le nombre de rapport sexuel minimum pouvant entraîner une grossesse (58,5% chez les garçons et 58,3% chez les filles).

Les garçons des communes témoins considèrent à hauteur de 30,1% qu'un seul rapport sexuel non protégé peut provoquer la contraction d'une grossesse contre 37,7% chez les filles. Bien que partout élevée, la proportion de ceux qui ne savent pas le nombre minimum de rapport sexuel est plus importante chez les garçons (50,9%) que chez les filles (47,6%).

Figure 5: Nombre de rapports sexuels non protégés pour qu'une femme puisse contracter une grossesse selon les A&J (%)

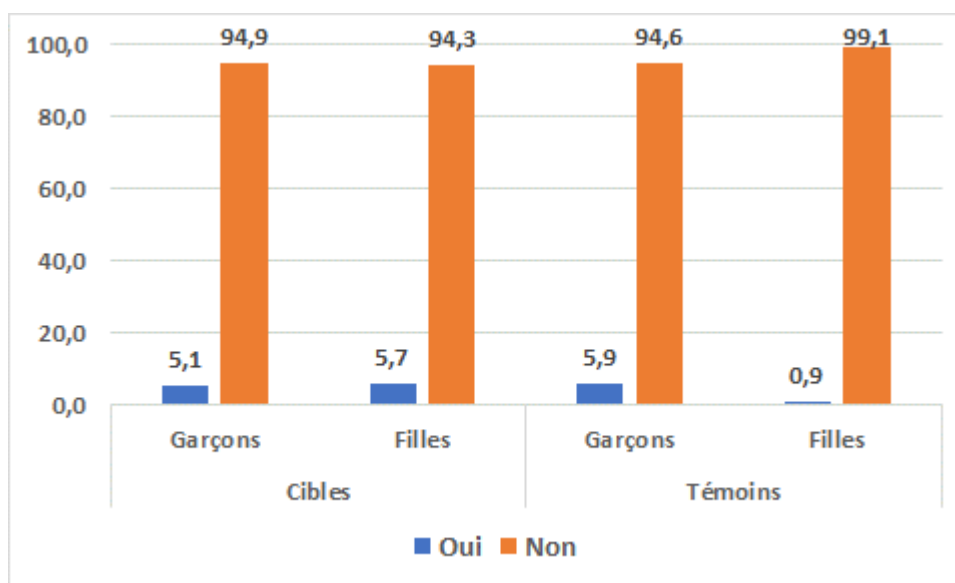


Source : LARTES-IFAN (2021)

5.2.4 Connaissance de la possibilité de contracter une grossesse avant les premières règles

Les proportions de A&J qui savent qu'une femme peut tomber enceinte avant ses premières règles sont respectivement de 5,1% et 5,7% chez les garçons et chez les filles des communes cibles. Chez les garçons le même niveau de connaissance est observé dans les communes témoins (5,9%) alors qu'il est plus faible (0,9%) chez les filles (Figure 6).

Figure 6: Proportion d'A&J qui savent qu'une femme peut contracter une grossesse avant ses premières règles (%)



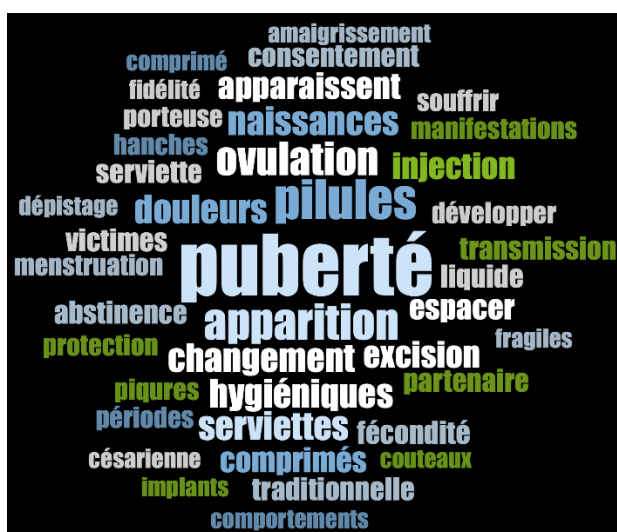
5.3 De la santé de la reproduction

La santé reproductive est exposée par sous-thématiques : puberté, connaissance des IST, utilisation des méthodes contraceptives, test de dépistage IST-VIH, évitement des IST, transmission des IST, utilisation des serviettes hygiéniques, fécondité et naissances, mariage, mutilations génitales féminines, consultation des professionnel·le·s de santé, droits en SR et violences.

5.3.1 Puberté

Les données qualitatives montrent que la puberté est une période charnière pour les adolescent·e·s et jeunes. Ils savent qu'à partir de cette période, des besoins nouveaux émergent. Les adolescent·e·s se trouvent confrontés à des progrès dans la connaissance de soi, la renégociation des formes de relations avec autrui, l'intensification de l'identité de genre. Les changements se multiplient et induisent de nouvelles attitudes et pratiques.

Graphique 1: Mots clés autour de la puberté



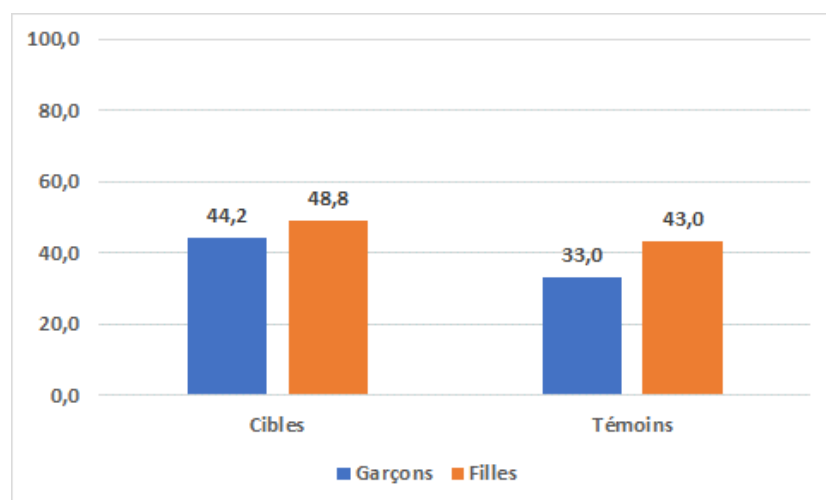
Source : LARTES-IFAN (2021)

Il apparaît que les mots les plus récurrents dans l'analyse du discours des enquêtés sur la santé de la reproduction sont : les pilules, changements, serviettes hygiéniques, ovulation, douleurs, naissances, etc.

5.3.2 Connaissance des IST

Les IST sont connues par 44,2% des garçons dans les communes cibles contre 48,8% chez les filles. Dans les communes témoins, seuls 33% des garçons connaissent les IST contre 43% chez les filles.

Figure 7: Proportion des A&J ayant connaissance des IST (%)



La même tendance apparaît dans les données qualitatives. Des adolescent·e·s savent que les IST sont des maladies sexuellement transmissibles qu'on peut contracter après des rapports sexuels non protégés. Les propos de ces adolescent·e·s sont explicites :

“Les conséquences sont les maladies sexuellement transmissibles, parce que la femme peu savoir qu'elle est infectée et ne pas le dire à son partenaire. Ce dernier aussi sera contaminé s'il n'est pas protégé. Donc il faut y aller avec la tête froide et une vision claire pour ne pas tomber dans le piège” (Adolescent, 21 ans, Joal).

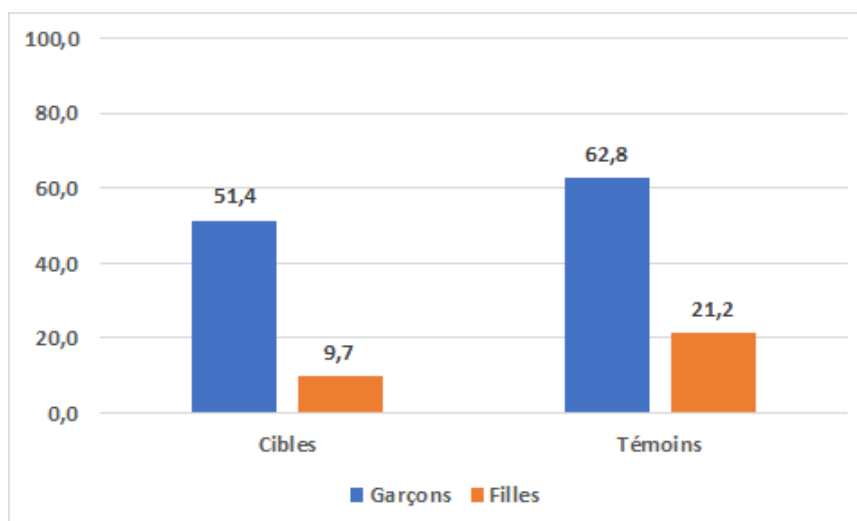
« Il y a des risques sanitaires liés à la pratique sexuelle. Personnellement, je n'ai jamais été malade à cause de ça. Il y a des maladies qui affectent le pénis (IST). Vous pouvez le contracter si vous faites des rapports sexuels répétés » (Adolescent, 16 ans, Sadassou).

5.3.3 Utilisation d'une méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel

Plus de la moitié des garçons ont utilisé une planification familiale lors du premier rapport sexuel dans les communes cibles. À l'inverse, la proportion de filles ayant utilisé une planification familiale est très faible (9,7%) comparée à celle des garçons.

La proportion de A&J des communes témoins ayant utilisé une planification familiale lors du premier rapport sexuel est plus importante que celle des communes cibles. Dans celles-ci, elle s'élève à 62,8% chez les garçons et 21,2% chez les filles.

Figure 8: Proportion de A&J ayant utilisée une méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel par commune (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

Les données qualitatives révèlent que certains adolescent·e·s qui ont une activité sexuelle déclarent l'utilisation du préservatif est aléatoire. Cet adolescent explique que dans les situations où sa partenaire exige un préservatif, il ne force pas mais va quand même solliciter une autre fille qui elle accepte les rapports non protégés. Cela démontre tout de même que certaines filles ont le pouvoir de négocier voire de refuser les rapports sexuels protégés quitte à mettre en péril la relation avec le partenaire.

“Pour les deux, ce n’est pas un problème, je peux faire des rapports non protégés tandis que pour l’autre ce n’est pas possible. Elle me dit qu’on lui a conseillé de se protéger à chaque acte sexuel. C’est pourquoi, je suis obligé de respecter ce qu’elle dit si je veux coucher avec elle. Parfois si elle refuse et que je n’ai pas de solutions, je pars chez les autres pour satisfaire mes désirs. (Adolescent, 16 ans, élève, célibataire, Sédhiou)”

Par ailleurs, les professionnel·le·s de santé interviewés soutiennent que l'activité sexuelle est précoce chez les adolescent·e·s avec une méconnaissance des risques encourus. Selon eux, cela reste un réel problème dans les deux zones et est assimilé à un “vagabondage” sexuel. La sexualité précoce pose des problèmes de santé sexuelle chez les adolescent·e·s et jeunes aussi bien dans la zone de Sédhiou que celle de Mbour. Paradoxalement, les jeunes s'adonnent très tôt à l'activité sexuelle alors que l'utilisation de méthode contraceptive reste faible. Ce qui explique l'existence de grossesses précoces et infections sexuellement transmissibles. La plupart du temps les adolescent·e·s tentent de corriger les conséquences de leurs comportements à risque en ayant recours à la contraception d'urgence ou à l'avortement.

“L’activité sexuelle est très précoce dans cette zone. Les adolescent·e·s ont tout le temps des rapports sexuels non protégés alors, pour ne pas tomber enceinte leur partenaire vient parfois leur acheter des contraceptifs. Il y’a aussi des femmes qui les utilisent et je ne sais pas si elles sont mariées ou pas. En effet, dans tous les cas à chaque fois que l’adolescent.e vient c’est parce qu’il est trop tard et que le rapport sexuel sans protection est déjà fait » ; (Femme de 50 ans, Pharmacienne, Mbour, Thiès).

Dans ce récit, cette adolescente raconte son vécu de la grossesse précoce pendant l’année scolaire :

Encadré 1 : Cas d’une adolescente victime de grossesse précoce (Bounkiling)

J’ai 20 ans et je suis élève au lycée de Diacounda. [...] J’étais en classe de Terminale, je devais faire le BAC et je suis tombée enceinte durant l’année scolaire. Je sortais avec quelqu’un, on a eu des rapports et c’est là que je suis tombée enceinte. Lorsque je suis tombée enceinte, j’avais déçu mes parents parce qu’ils n’attendaient pas ça de moi. Ensuite, j’avais en tête de me faire avorter yaax eumb bi car, j’étais élève en ce moment. Et c’était la première fois que cela m’arrivait. Le garçon, auteur de la grossesse, aussi, me proposait d’avorter mais j’ai refusé parce que, si je me faisais avorter, je pourrais y perdre la vie. Je n’ai pas trop d’expériences là-dessus mais le peu que je sais, et cela je l’ai appris en cours de SVT, est que je pourrais perdre la vie si je me faisais avorter. Il continuait à insister, et c’est là que nos différends ont commencé à surgir. Par la suite, nous avons rompu la relation. [...] les parents du garçon ont été mis au courant de ma grossesse mais ils n’ont pas voulu assumer leurs responsabilités par rapport à ma prise en charge. Ils ne jouaient pas leur rôle comme il se devait dans la mesure où, c’était mon père ou mon oncle qui se chargeaient des frais des consultations prénatales et des ordonnances prescrites. Même après mon accouchement, ils n’ont pas voulu rembourser, ni payer les factures liées à la grossesse et à la maternité. Et toutes ces dépenses-là, je relevais et je les notais quelque part. [...] La grossesse en milieu scolaire c’est quelque chose de très difficile, tu t’absentes fréquemment pour cause de maladies répétitives. Cela l’est encore plus quand tu es en classe d’examen. Ainsi, je n’ai pas pu décrocher mon baccalauréat la première année à cause de cela. Pour la deuxième année aussi, j’ai dû m’occuper de mon enfant et de faire les travaux domestiques avant de partir à l’école. Je passais chaque matin chez les parents paternels du bébé où je le déposais auprès de sa grand-mère pour aller faire cours. [...] Cette situation est très difficile, je n’avais pas l’habitude d’allier les études et de bien prendre soin de mon enfant parce que la nuit, tu es épuisée et tu n’arrives plus à apprendre correctement tes leçons. Et pour cause durant les examens du premier semestre je n’avais pas eu la moyenne. J’avais une moyenne de 9,91/20. Néanmoins, au second semestre lorsque je commençais à m’habituer à la situation, j’ai redoublé d’effort. J’ai pu me rattraper et finalement avoir la moyenne avec 10 et poussière et j’étais huitième (08eme) dans ma classe. Après les examens, j’ai refait le BAC mais, j’ai encore échoué. Et cette année encore je vais retenter ma chance.

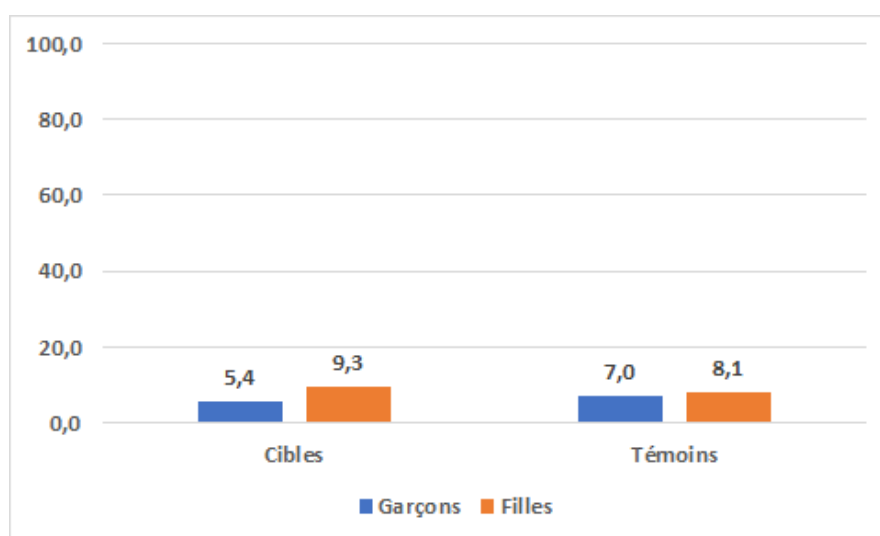
Par ailleurs, il ressort des propos de ce professionnel de santé que la sexualité précoce est mal perçue et que l’usage des contraceptifs devrait être réservé aux femmes mariées. On note que l’idéologie qui entoure le discours sur la sexualité des adolescent·e·s est une fois de plus en décalage avec les pratiques. Ce que le discours dominant attend d’eux ne correspond pas toujours aux aspirations. Cet autre professionnel va plus loin dans le jugement et la morale lorsqu’il parle de vagabondage :

“Je peux dire que c’est le “vagabondage” sexuel non protégé, des rapports sexuels non protégés. Tu te réveilles un beau jour, tu vois quelqu’un et automatiquement tu entretiens des rapports avec lui, c’est dangereux. J’ai plusieurs fois vu ça ici, j’ai même un ami intime à qui cela est arrivé” ; (Homme, professionnel de santé, Sédhiou).

5.3.4 Test de dépistage IST/SIDA

Les A&J ayant fait un test de dépistage aux IST/SIDA restent faibles quels que soient le sexe et le type de communes (Figure 9). Chez les garçons des communes cibles, 5,4% ont passé un dépistage IST/SIDA contre 9,3% chez les filles. Les proportions de garçons et de filles qui se sont dépistés restent proches dans les communes témoins (7% chez les garçons et 8,1% chez les filles).

Figure 9: Proportion de A&J ayant passé un test de dépistage IST/SIDA (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

Dans les interviews, il ressort que les adolescent·e·s disposent des informations sur le VIH/IST. Toutefois, nombreux d’entre eux ne se rendent pas dans les structures de santé pour faire le dépistage comme le raconte cet adolescent :

“J’entends souvent les gens parler d’aller se dépister à l’hôpital. À défaut de s’abstenir, les jeunes peuvent faire des dépistages. C’est une bonne chose que de s’enquérir de sa santé. On peut avoir un rapport en étant contaminé et transmettre ces maladies à son partenaire ou au bébé en cas de grossesse. Tout ça parce qu’on ne se dépiste pas ». (Focus group garçons, 22 ans, numéro 1, pêcheur, Mbour)”

Dans ce récit, une adolescente porteuse du VIH raconte son vécu de la maladie :

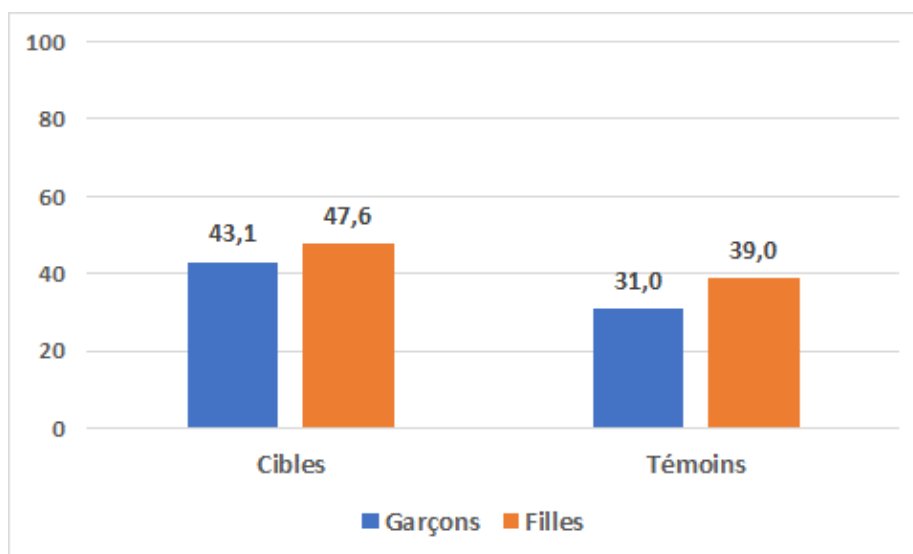
Encadré 2 : Cas d'une adolescente victime de VIH/SIDA (Mbour)

J'ai 23 ans, j'habite à Mbour et j'ai arrêté mes études en classe de 3ème faute de moyens. J'étais toute jeune et j'étudiais en classe de CI, subitement je suis tombée malade. On m'a hospitalisée à l'hôpital presque pendant 2 mois. Je suis restée longtemps là-bas sous traitement. J'avais un énorme abcès au niveau du cou et j'ai dû subir une intervention chirurgicale. Par la suite, j'ai pu guérir mais je continuais à aller aux rendez-vous régulièrement. J'étais étonnée de continuer à aller en consultation et je ne savais pas pourquoi. Certes j'étais très jeune mais je m'interrogeais en me disant qui-est-ce qui m'arrivait ? Je voyais mes proches me mettre à l'écart, m'isoler. Un jour, un de mes oncles m'a interdit de toucher à son satala (théière en plastique) car je suis malade selon lui. Cela m'avait vraiment choquée même si j'étais très jeune. J'ai continué à me rendre à l'hôpital jusqu'à mes 14 ans. Un jour, alors que j'étais partie en rendez-vous à l'hôpital, une médiatrice m'a conviée à son bureau, on discutait et elle s'est mise à me montrer des dessins en m'expliquant plusieurs cas de figures notamment ceux qui prennent ou pas leurs médicaments et les conséquences que cela engendre dans chacun des cas. Dans la discussion, elle a fini par me dire que j'ai le VIH/SIDA. Je me suis mise à en rire et quand j'ai fini d'en rire elle m'a demandé pourquoi j'avais cette réaction hilare. Je lui ai dit, comment j'ai pu choper le VIH ? Elle m'a dit que je l'ai eu par la transmission mère-enfant car ma mère a le VIH. Cette révélation m'avait beaucoup choquée. Je suis rentrée chez moi et même si cela me faisait très mal, je me suis dit que si je manifestais de la tristesse ou me lamentais, j'allais mettre mal à l'aise ma mère. Alors j'ai décidé de tout prendre sur moi. J'ai aussi décidé de prendre comme indiqué les médicaments et de remettre tout entre les mains de Dieu espérant qu'il ne m'arrive rien. J'ai continué à aller jusqu'à l'âge de 17 ans. Là on a transféré mon dossier à Mbour pour que je puisse éviter le long déplacement (Mbour-Dakar) et réduire les coûts de transport et autres. [...] on m'a demandé de venir en consultation régulièrement mais j'avoue que ce n'était pas facile au début car il y'avait une dame à qui apparemment je ne plaisais pas. Elle me parlait mal, m'humiliait et m'ignorait. Je ne sais pas pourquoi elle se comportait ainsi avec moi. Jusque-là je ne saurais dire pourquoi elle ne me supporte pas. [...] Je ne me suis jamais mariée et je me suis toujours posée la question de savoir si un jour je pourrais trouver un mari avec ma maladie. Mes proches m'ont toujours rassuré en me disant que j'ai tout mon avenir devant moi et que je suis jeune. [...] Je me disais que le mieux pour moi c'est de trouver un conjoint qui a le même statut (séropositif) que moi. Certes, j'avais des appréhensions sur mon potentiel conjoint. On m'a une fois mise en rapport avec quelqu'un mais celui-ci ne m'inspirait pas confiance. Il avait des comportements suspects et la preuve il a été emprisonné récemment et si je n'avais pas fait attention il allait m'entraîner avec lui. Si j'étais naïve il allait abuser de ma confiance et détruire ma vie. On s'est connu et le lendemain il m'invite à aller chez lui et me demande d'avoir l'autorisation de ma mère en lui disant que son fils devait fêter son anniversaire, ce qui n'était pas vrai du tout. Celui qui vous demande de mentir à votre mère et ment en utilisant son fils n'est pas digne de confiance car il n'hésiterait pas à vous mentir aussi. Ma mère m'a demandé de prendre mes distances avec lui car ce n'était pas une bonne personne. Quelques temps après cela on l'a emprisonné pour viol sur une fille. L'autre aventure que j'ai eue par la suite c'était avec une personne beaucoup plus âgée que moi mais selon moi ce n'est pas le genre d'homme à bien s'occuper ou mettre une femme dans de bonnes conditions. De bonnes conditions ne veulent pas dire avoir de l'argent mais c'est respecter la femme et bien l'estimer. Ce n'est pas le genre d'homme à faire cela car il a l'esprit trop limité. On est restés ensemble près d'une semaine et j'ai vu en lui des insuffisances qui font que je me suis dite qu'on n'est pas compatibles. J'ai remarqué qu'il est impulsif, il te crie dessus et il est trop autoritaire alors que pour moi une relation ce n'est pas cela. Certes, l'homme doit être l'autorité mais tout doit passer par une communication respectueuse. Je ne pense pas que ce soit nécessaire de crier ou de faire de l'abus autoritaire raison pour laquelle j'ai tout de suite mis fin à notre relation. [...] Je ne suis pas sexuellement active mais je mène une vie normale comme tout un chacun. Je m'abstiens pour ne pas faire des choses que j'aurais à regretter.

5.3.5 Connaissance des moyens d'éviter les IST

Dans les communes cibles, 43,1% de garçons disent connaître comment éviter les IST contre 47,6% chez les filles. Les A&J connaissant comment éviter les IST sont moins importants dans les communes témoins (31% chez les garçons contre 39% chez les filles). Il faut noter que quelle soit la commune, la proportion de filles connaissant comment éviter les IST est plus importante que celle des garçons (Figure 10).

Figure 10: Proportion des A&J connaissant comment éviter une IST (%)



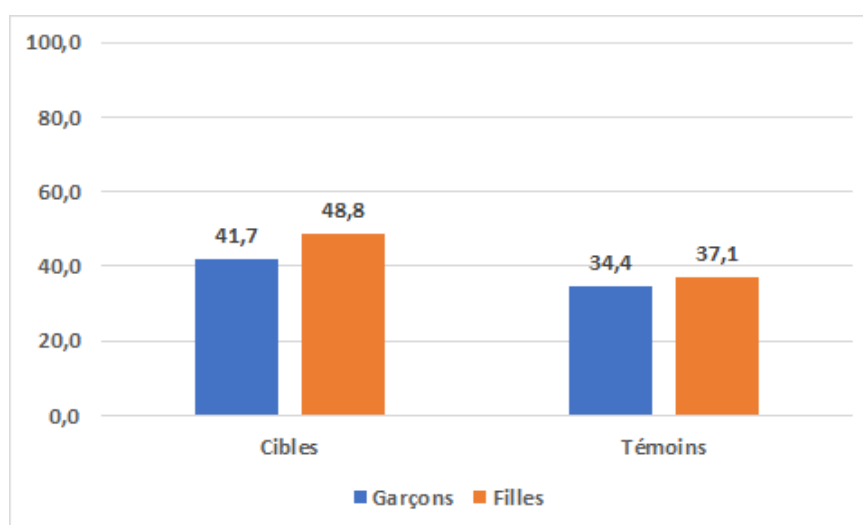
Source : LARTES-IFAN (2021)

5.3.6 Transmission des IST

Les modes de transmission des IST sont connus par 41,7% des garçons dans les communes cibles et par 48,8% des filles (Figure 11). Les communes de Diass (82,4% chez les garçons et 81,7% chez les filles) et Popoguine (75% chez les garçons et 73,7% chez les filles) ont les proportions de A&J connaissant les modes de transmissions des IST les plus élevées (Annexe 12).

Dans les communes témoins, la proportion de garçons connaissant comment se transmet une IST s'élève à 34,4% contre 37,4% chez les filles. Les A&J de la commune de Sansamba ont une meilleure connaissance de la transmission des IST (60% chez les garçons et 50% chez les filles).

Figure 11: Proportion des A&J connaissant comment se transmettent les IST (%)



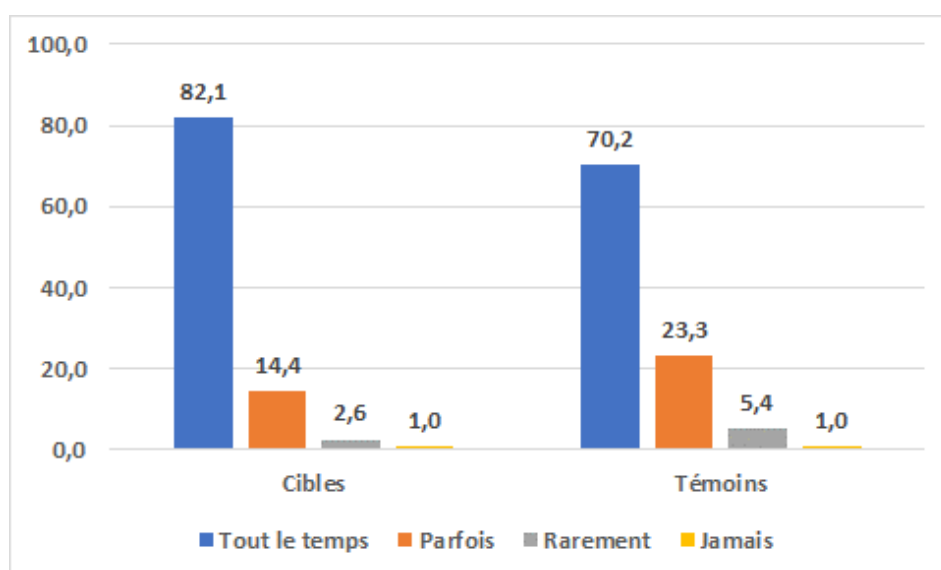
Source : LARTES-IFAN (2021)

5.3.7 Utilisation de serviettes hygiéniques

Plus de quatre cinquième (82,1%) des A&J filles utilisent les serviettes hygiéniques régulièrement dans les communes cibles au moment où 14,4% l'utilisent que de temps en temps (parfois) comme illustré à la Figure 12. L'ensemble des A&J des communes de Popoguine, Diass, Saly Portudal, Tankon, Ndiamalathiel et Wandifa utilisent les serviettes hygiéniques. Les communes de Karantaba (13,3%), Goudomp (9,1%), Nguenene (5%) et Malicopunda (3,2%) concentrent les plus grandes proportions de filles n'ayant jamais utilisé les serviettes hygiéniques (Annexe 13).

Dans les communes témoins, six filles sur dix (70,2%) utilisent des serviettes hygiéniques quotidiennement (Figure 12). Aussi, trois filles sur dix (23,3%) soutiennent en utiliser de temps en temps et environ une fille sur dix n'en recourt jamais (1%). Diacounda présente une dualité remarquable : alors que la commune affiche la plus forte proportion des filles qui utilisent toujours les serviettes hygiéniques (91,7%), elle enregistre également la plus forte part de celle qui n'en recourent jamais (8,3%) (Annexe 13). Dans les autres communes témoins, la proportion de filles qui n'utilisent jamais de serviettes hygiéniques est nulle.

Figure 12: Proportion de A&J filles utilisant des serviettes hygiéniques (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

Les pratiques liées à la gestion de l'hygiène menstruelle sont diverses. Certaines adolescentes affirment recevoir des conseils de leur mère pour une gestion plus discrète des règles durant leurs périodes. Ces conseils vont dans le sens de la propreté, de l'alimentation et des activités à mener et à éviter.

Encadré 3 : Cas d'une adolescente sur la gestion de l'hygiène menstruelle (Sédhiou)

J'ai 18ans, je suis célibataire et élève en classe de troisième. [...] Dans notre maison, nous vivons avec notre tante, la sœur de ma mère. Je me confiais beaucoup à elle sur des choses de la vie. Elle, à son tour, me conseille et m'encadre sur des dérives que je faisais. Je me rappelle le jour où je voyais mes règles pour la première fois, j'étais sous la douche en prenant mon bain j'ai vu du sang couler sur mes cuisses, j'avais eu très peur. Je me suis précipitée auprès de ma tante pour lui montrer le sang en enroulant ma serviette sur mon corps, elle a subitement rigolé avant qu'elle ne m'explique que c'est bien normal pour une femme. Elle m'a précisé que je dois dorénavant voir mes règles chaque moi et que je ne suis plus une gamine. L'apparition de mes règles doit faire de moi une fille mature et majeure. Je ne dois plus m'aventurer dans les tentations avec les garçons sinon, je risquerais de tomber enceinte. Par rapport à l'hygiène intime de mes règles, elle m'a conseillée de me changer toutes les quatre heures de temps pour éviter les irritations et infections. Elle avait terminé les explications en m'offrant des serviettes hygiéniques. Après usage de chaque serviette, je la rince proprement et la jette à la poubelle. Chez nous ici, nos toilettes sont des fosses perdues je le jette directement là-bas. Il est interdit aussi de jeter le coton après usage sans nettoyage à la poubelle ou à l'air libre, sinon on peut te taxer d'une fille qui n'a pas d'hygiène intime. En même temps, tu es exposée au mauvais œil, même si une personne voudrait te faire du mal ou te marabouter elle pourrait s'en servir. Du coup, ma maman veille beaucoup à ce que j'entretienne correctement mes linges intimes pendant mes périodes de menstruation. [...] Les mois qui suivent n'ont pas été faciles pour moi. En effet, à la veille de chaque apparition de mes règles, je tombais tout le temps malade. Je souffrais des maux de ventre avec le corps chaud, parfois je ressentais des douleurs au niveau de mes pieds. Le plus souvent, ça se passe à l'école, c'est des moments où j'ai du mal à poursuivre mes cours. Je peux m'absenter deux jours à cause de ces douleurs. [...] Chaque mois, j'économisais de l'argent pour pouvoir acheter un paquet de serviette hygiénique, parfois c'est ma mère qui m'en donne ou mon père. Mais le plus souvent, quand on m'offre de l'argent j'épargne en premier l'argent de mon paquet de coton avant de dépenser le reste sur autres choses.

“Dans notre culture, quand tu commences à voir tes menstrues, ta maman te donne des conseils pour ton hygiène intime mais aussi comment utiliser tes serviettes hygiéniques. Nos mamans nous interdisent de montrer le sang à qui que ce soit, de bien garder les tissus à l’abri du regard des autres, il est très sacré dans la vie féconde de la femme et de celle de ses enfants. De bien nettoyer les tissus, d’éviter à tout prix qu’ils brûlent ou qu’on les perd parce que, d’après elles, cela entraînera des conséquences désastreuses sur toi et ta progéniture. Le mieux selon nos mamans, c’est d’enterrer les tissus si toutefois, ils ne sont plus d’usage” ; (Jeune fille, 21 ans élève, célibataire, Mbour).

Par ailleurs, pour d’autres filles, le manque de moyens financiers constitue une contrainte majeure pour la bonne gestion de leur hygiène menstruelle. Ainsi, pour elles, l’utilisation de tissus est considérée comme le seul moyen de garder une bonne hygiène durant cette période comme le raconte cette jeune fille :

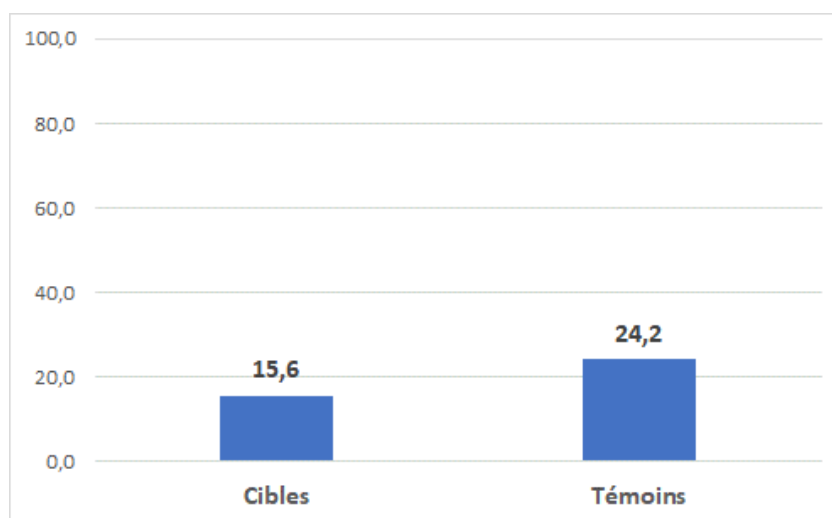
“J’utilise des serviettes hygiéniques si j’ai de l’argent. Au cas contraire, j’utilise des tissus. Je me change à plusieurs reprises si ce sont les tissus, je les lave et les mets au soleil pour les sécher” ; (Jeune fille, 20 ans élève, célibataire, Mbour).

5.4 De la fécondité et des naissances

5.4.1 A&J filles ayant au moins un enfant

La proportion des filles ayant donné naissance au moins une fois varie fortement entre les communes cibles (15,6%) et les communes témoins (24,2%) comme l’indique la Figure 13. Dans les communes cibles N'diaganiao (44,1%) et Joal-Fadiouth (34,8%) concentrent de loin les fortes proportions de filles ayant au moins un enfant (Annexe 14) et tirent par conséquent la moyenne de groupe des communes cibles vers le haut. Elles sont suivies par N'Guekhokh (18,4%) et Simbandi Balante (18,2%). Toutes les communes témoins enregistrent un nombre relativement élevé des filles ayant déjà donné naissance avec un pic à Sandiara (42,1%) suivie par Sansamba (23,5%) ; Benete-Bijini (23,1%) ; Diacounda (16,7%) et Yarang Balante (22,2%).

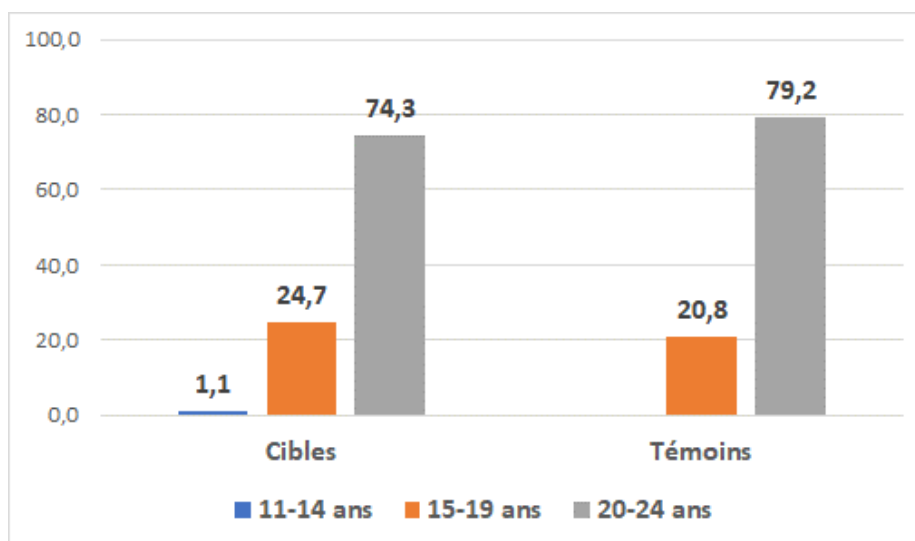
Figure 13: Proportion des adolescentes ayant au moins un enfant (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

La Figure 14 montre que, comme attendu, la proportion des A&J filles ayant au moins un enfant croît en fonction des âges. Elle présente la même tendance dans les deux types de communes avec environ 75% (dans les cibles) et 80% (dans les témoins) parmi les filles âgées de 20-24 ans et le reste concentré chez les 15-19 ans.

Figure 14: Proportion des filles ayant au moins un enfant selon la tranche d'âge des A&J (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

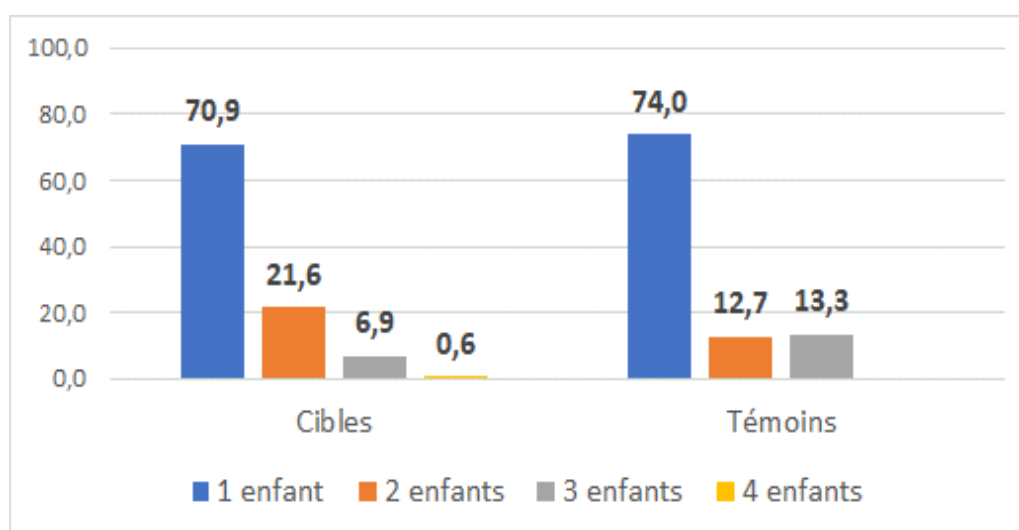
5.4.2 Nombre d'enfants chez les filles

Quel que soit le type de commune, la grande majorité des filles ayant déjà donné naissance ont un seul enfant (70,9% dans les communes cibles et 70% dans les témoins) comme illustré à la

Figure 15. Les filles mères des communes cibles Popenguine, Diass, Sindia, Ngaparou, Tankon, Simbandi Balante, Goudomp et Karantaba ont chacune un seul enfant (Annexe 15). À l'inverse, les A&J mères de Djiredji, Ndiamalathiel et Simbandi Brassou ont toutes au moins deux enfants.

Dans les communes témoins, les filles qui ont plus d'un enfant sont rencontrées à Yarang Balante (50%), à Sandiara (37,4%) et Sansamba (25%) (Annexe 15). Dans les deux autres communes témoins, toutes les filles mères ont un seul enfant.

Figure 15: Distribution des nombres d'enfants chez les A&J filles par commune (%)

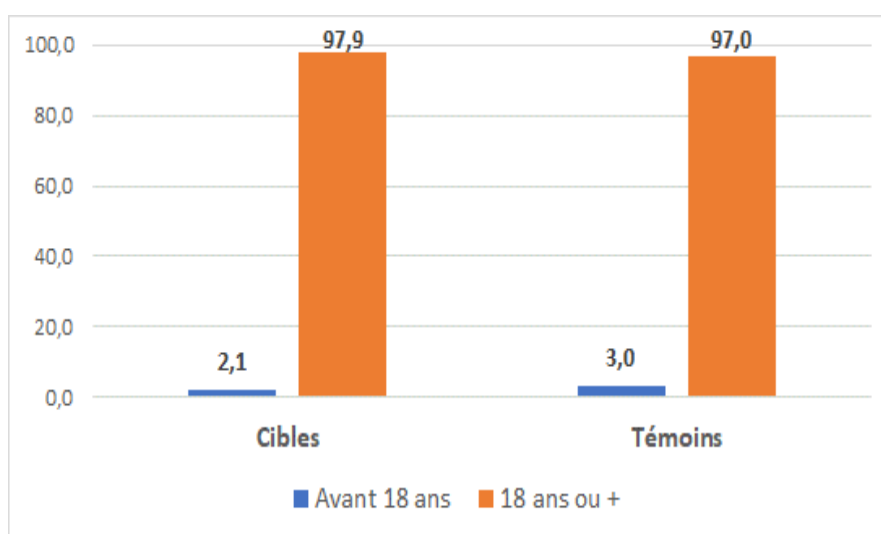


Source : LARTES-IFAN (2021)

5.4.3 Âge à la première grossesse

Dans l'ensemble, la quasi-totalité A&J mères ont donné naissance alors qu'elles ont au moins dix-huit : 97,9% dans les communes cibles et 97% dans les témoins (Figure 16). Parmi les communes cibles, N'diagianiao (10,2%) se distingue par la plus importante part de A&J mères ayant donné naissance avant leur 18 ans (Annexe 16). Dans les communes témoins, la proportion de filles ayant eu un enfant avant 18 ans est homogène.

Figure 16: Âge de la première grossesse par commune (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

Les données qualitatives montrent que les communautés ont une mauvaise perception des filles célibataires enceintes. Ces dernières sont stigmatisées et considérées comme des filles de mœurs légères. Pour empêcher la fille de subir ce fardeau social, la communauté lui recommande de pratiquer l’abstinence jusqu’au mariage. D’où les propos de cette fille :

“Dans notre communauté, on n’aime pas les filles qui tombent enceintes sans avoir de mari. Le plus souvent, on conseille aux adolescentes de s’abstenir et d’attendre le mariage pour faire des rapports sexuels. (Jeune fille, 19 ans, célibataire, Sédhiou)”.

“Dans ce village, les gens conçoivent mal les filles célibataires qui contractent une grossesse. C’est une réalité qui n’honore pas les parents et la famille. C’est une pratique très mal appréciée dans cette localité. Les filles qui incarnent certaines valeurs sont rarement dans cette situation. (Jeune fille, 20 ans célibataire, secrétaire club adolescent-e-s, Popenguine)”.

En dépit des normes et valeurs sociales qui prônent l’abstinence jusqu’au mariage, certains parents adoptent comme stratégie le recours à la méthode contraceptive pour leurs filles afin d’éviter les grossesses hors mariage. Les propos de cette jeune fille sont révélateurs à ce sujet :

“Les parents ont honte que leurs enfants subissent des grossesses hors mariage. Mais ce qui est dommage, au lieu de parler à leurs enfants, les mamans préfèrent les amener faire du planning” (Jeune fille, 20ans, mariée, Bounkiling).

Par ailleurs, les adolescent·e·s sont conscients des conséquences d’une naissance hors mariage, sachant que l’enfant risque d’être rejeté par la société à moins que le père n’épouse la mère comme nous l’explique ce jeune homme :

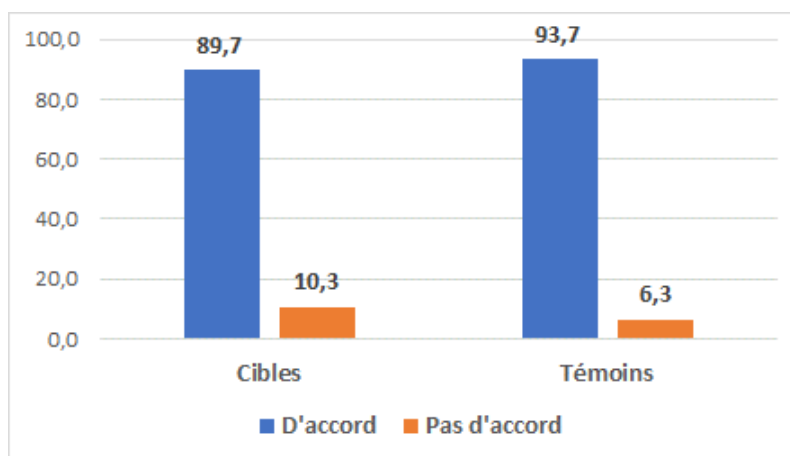
“Et de la fornication peut naître un enfant. Ce dernier en grandissant ne pourra pas être imam. Et si après sa naissance son père n’épouse pas sa mère, il ne pourra pas bénéficier de l’héritage du père”. (Jeune homme, 19 ans, célibataire, Mbour) ”.

5.5 Du mariage

5.5.1 Accord des A&J mariées avec leur mariage

L’écrasante majorité des filles mariées disent être d’accord avec le mariage dans les deux types de communes (89,7% dans les communes cibles et 93,7% dans les communes témoins) comme l’indique la Figure 17. Dans les communes cibles, les A&J filles mariées non d’accord avec le mariage sont essentiellement rencontrées à Diass (50,0%) ; Karantaba (50,0%) ; Saly Portudal (33,3%) et Ndiamalathiel (33,3%) (Annexe 17). Dans les communes témoins, seules les communes de Benete- Bijini (50,0%) et de Sandiara (8,1 %) ont des filles mariées sans être d’accord (Annexe 17).

Figure 17: Proportion de A&J filles mariées d'accord ou non avec le mariage (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

5.5.2 Âge minimum pour le mariage d’une fille

Les A&J, filles ou garçons, estiment tous que l’âge minimum pour qu’une fille se marie est en moyenne de 20 ans (Tableau 7). L’âge minimum pour le mariage d’une fille varie de 12 à 36 ans chez les garçons et 13 à 36 ans chez les filles. Autrement dit, la différence de l’âge à partir

duquel une fille peut se marier estimé par les filles est juste d'un an supérieur à celui considéré par les garçons. Cette moyenne est de 19,9 ans quel que soit le sexe dans les communes cibles alors qu'elle est de 19,1 ans selon les garçons contre 18,8 selon les filles.

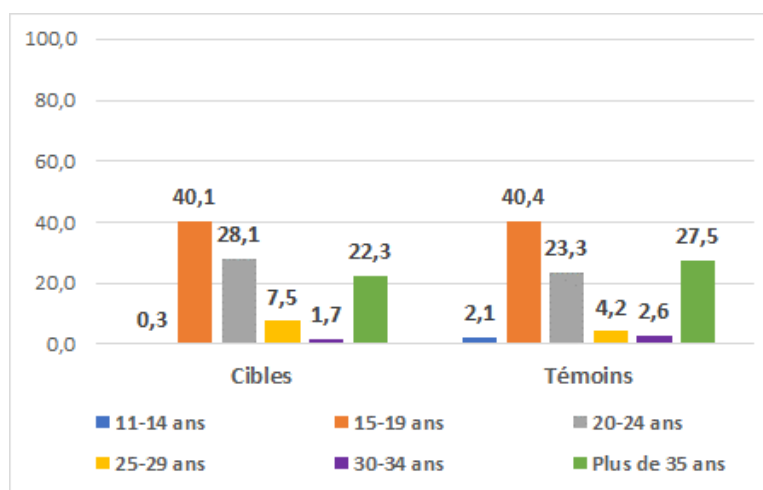
Tableau 7 : Statistiques descriptives sur l'âge minimum pour le mariage d'une fille

		n	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Cibles	Selon les garçons	511	19,9	3,2	13	36
	Selon les filles	664	19,9	3,3	13	36
Témoins	Selon les garçons	85	19,1	3,3	12	30
	Selon les filles	64	18,8	2,9	15	30

Source : LARTES-IFAN (2021)

Tant dans les communes cibles que dans les communes témoins, la tranche d'âge 15-19 ans est estimée comme l'âge minimum pour qu'une fille se marie selon les garçons (Figure 18). Cette tranche d'âge regroupe 40,1% des garçons des communes cibles et 40,4% de ceux des communes témoins. Dans les communes cibles, la tranche d'âge 20-24 ans constitue la deuxième préférence pour les garçons (28,1%) et est suivie par les plus de 35 ans (22,3%). Dans les communes témoins, on retrouve les mêmes tranches d'âge dans un ordre différent : plus de 35 ans arrive en deuxième position (27,5%) suivie par 20-24 ans (23,3%).

Figure 18: Âge minimum pour qu'une fille se marie selon les A&J garçons (%)

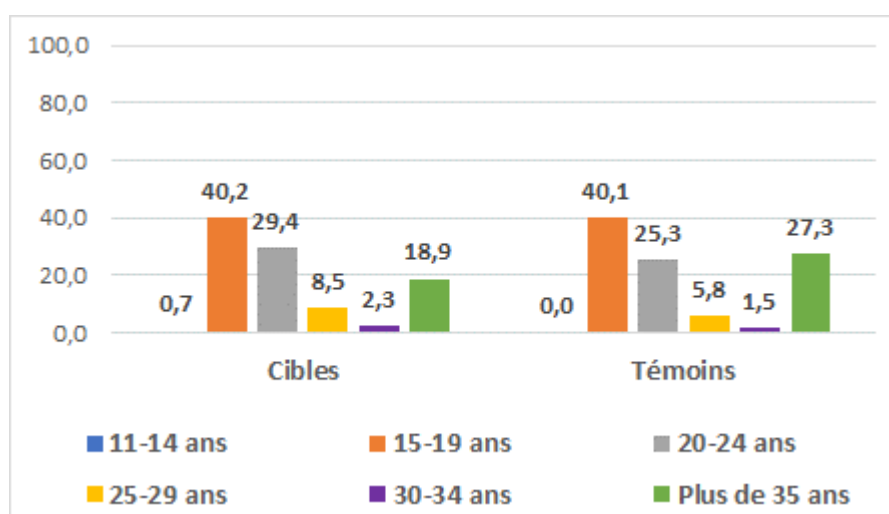


Source : LARTES-IFAN (2021)

Selon les filles, la tranche d'âge minimale prépondérante à partir de laquelle une fille peut se marier est la même que celle observée chez les garçons (15-19 ans). Elle est de 40,2% dans les communes cibles et de 40,1% dans les témoins (Figure 19). Comme chez les garçons, les

tranches d'âge 25-29 ans et surtout 30-34 ans sont faiblement retenues par les filles. À l'inverse, près de trois filles sur dix dans les communes témoins et deux sur dix dans les communes cibles pensent qu'une fille doit se marier respectivement entre 20-24 ans (29,4% chez les cibles contre 25,3% chez les témoins) et plus de 30 ans (18,9% chez les cibles contre 27,3% chez les témoins). Les mêmes avis dans des proportions identiques sont recueillis dans les communes cibles.

Figure 19: Âge minimum pour qu'une fille se marie selon les filles par commune (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

5.5.3 Âge minimum pour le mariage d'un garçon

Le Tableau 8 montre qu'en moyenne l'âge minimum pour se marier pour un garçon est sensiblement le même chez les garçons (22,9 ans) que chez les filles (23,4 ans). Toutefois, l'âge minimum pour qu'un garçon se marie souligné par les garçons est plus faible (13 ans) que celui estimé par les filles (15 ans). Les avis des A&J garçons comme filles sur l'âge minimum pour le mariage d'un garçon sont similaires quel que soit le type de commune.

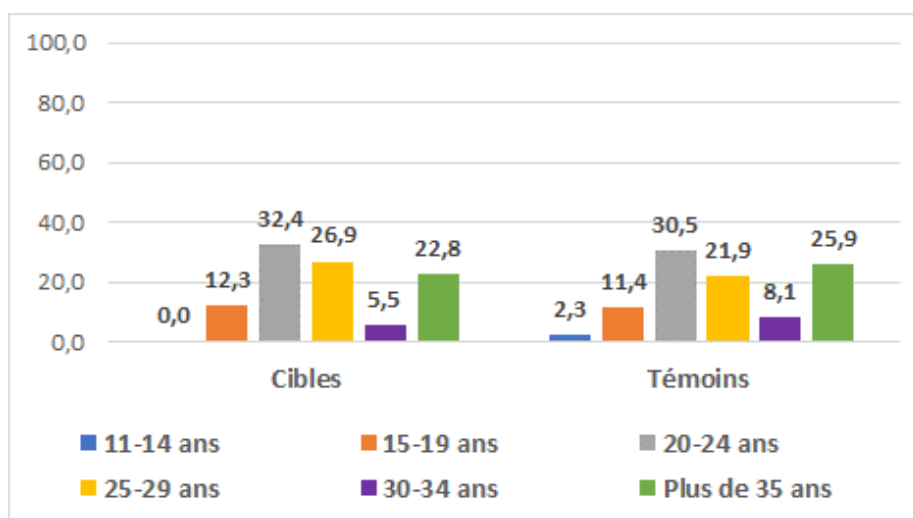
Tableau 8: Statistiques descriptives sur l'âge minimum pour le mariage d'un garçon

		n	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Cibles	Selon les garçons	513	23,0	3,9	15	36
	Selon les filles	611	23,4	3,8	15	36
Témoins	Selon les garçons	88	22,4	4,3	13	30
	Selon les filles	62	23,4	3,9	16	30

Source : LARTES-IFAN (2021)

Près d'un tiers des garçons soutiennent que l'âge minimum de se marier pour un garçon est compris entre 20-24 ans, quel que soit le type de commune comme l'indique la Figure 20 (32,4% dans les communes cibles et 30,5% dans les communes témoins). Cette classe est suivie par les classes 25-29 ans (26,9%) et 30 ans ou + (22,8%) dans les communes cibles. Dans les communes témoins, la tranche d'âge 30 ans ou + (25,9%) vient en deuxième position suivie par la classe 25-29 ans (21,9%).

Figure 20: Âge minimum pour qu'un garçon se marie selon les A&J garçons par commune (%)

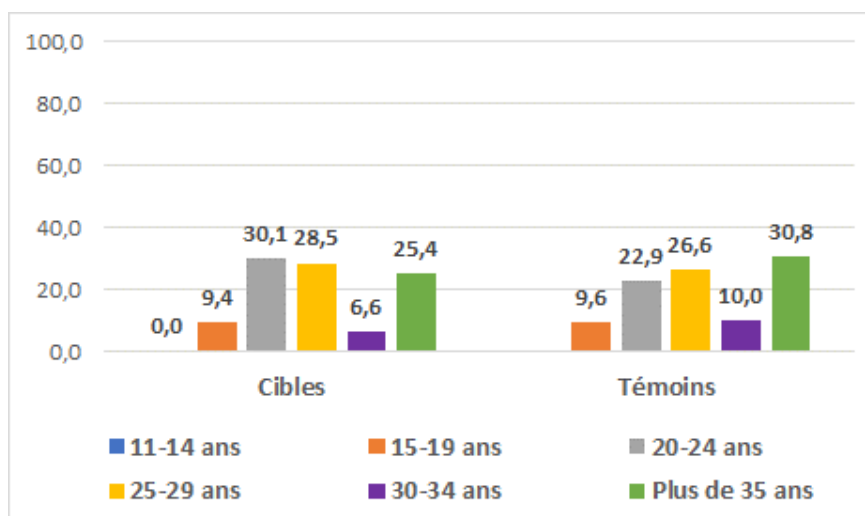


Source : LARTES-IFAN (2021)

L'âge minimum de mariage d'un garçon estimé par les filles est très variable mais suit sensiblement le même schéma dans les deux types de communes (

Figure 21). Les avis sont concentrés entre trois classes d'âge sans distinction majeure notamment dans les communes cibles : 20,1% des filles pensent que cet âge se situe entre 20 et 24 ans ; 28,5% entre 25 et 29 ans et 25,4% au-delà de 35 ans. Dans les communes témoins, on remarque un léger recul de la tranche 25-29 ans (26,6%) au profit de la préférence pour 35 ans ou plus pour qu'un garçon se marie selon les filles (30,8%).

Figure 21: Âge minimum pour qu'un garçon se marie selon les filles par type de commune (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

En revanche, les données qualitatives révèlent que certaines familles n'attendent pas l'âge minimum pour donner leurs filles en mariage dans le département de Mbour et de Sédhiou. Les interviewés affirment que c'est la logique de préservation des filles qui est le facteur déterminant dans cette pratique comme nous le révèle ce garçon :

“J’avais parlé tantôt des mariages précoces et il faut savoir que la cause vient de la peur des parents. Les parents ont peur de voir leur fille tomber enceinte c’est la raison pour laquelle ils les donnent en mariage. Quand ils voient la fille en train de sortir avec des garçons, ils se précipitent pour la donner en mariage. (Jeune garçon, 24 ans, célibataire, Sédhiou)”.

Toutefois, les adolescent·e·s perçoivent le mariage comme une chose sacrée qui doit être formalisée suivant le choix et le consentement des filles. Selon eux, le mariage forcé n'est pas une solution efficace pour combattre la dégradation des mœurs. À Mbour, les clubs adolescent·e·s sensibilisent sur les effets des mariages d'enfants et mènent des activités pour lutter contre les mariages forcés. C'est dans cette logique que ce responsable s'exprime :

« On sensibilise les filles sur le choix de leur conjoint. Le premier critère à vérifier est l'amour. Le mariage forcé est à combattre. Si on n'aime pas une personne, on ne pourra pas se comporter d'une certaine façon avec lui » ; (Homme, 29 ans, célibataire, président club adolescent·e·s, Popenguine).

Encadré 4 : Cas d'une adolescente victime de mariage forcé doublé de viol (Mbour)

Je n'avais que 15 ans à l'époque. J'étais une fille très attachée à ses études. Pour moi, mon destin de succès dans les études était déjà tracé. J'avais connu le mariage forcé doublé de viol. On vivait ensemble dans la même maison. J'étais confiée dans cette maison pour des vacances scolaires car ma grand-mère n'avait pas d'enfant. Donc, j'étais venue uniquement pour l'assister dans les tâches ménagères. J'étais innocente et je me disais que tout avait été planifié. Finalement, on m'avait obligé de faire le transfert pour continuer mes études dans le village. [...] Je n'avais jamais eu un sentiment d'amour à l'égard de ce vieux. Je le traite de vieux car, il est de la même génération que ma mère. Je suis sûre qu'il avait plus de 40 ans à l'époque. Ce mariage avait marqué le début de mon calvaire. [...] J'ai vécu l'enfer dans ce mariage qui n'a duré que le temps d'une rose (moins d'un an). Les ignobles souvenirs me reviennent en tête lorsque j'entretenais avec lui pour la première fois des rapports intimes. Je précise que je n'avais entretenu avec lui des rapports intimes que deux fois. J'avais été attachée au niveau du lit. Personne ne se proposait pour venir à mon secours. Tous les membres de la maison étaient complices. La deuxième fois, j'avais été droguée. [...] Malheureusement, j'avais déjà contracté une grossesse à la suite de ces deux chaînes de viol. Je n'avais aucune envie de garder cette grossesse.

En dépit des efforts de sensibilisation, le mariage n'est pas souvent un choix personnel pour la plupart des jeunes filles adolescentes. Dans le cas de cette adolescente, le mariage avec un inconnu a été décidé par la mère :

" Il est de Joal, il était venu à Kolda lors d'un gamou. Dès qu'il m'a vu, il a dit qu'il m'aimait et il l'a dit à ma grand-mère et quand elle me l'a dit j'ai dit non je ne veux pas me marier, je veux continuer mes études. Elle me dit que le mariage est un apprentissage et je lui ai dit que je ne voulais pas mais elle a dit que je vais me marier si tu veux va te suicider mais le mariage aura lieu" (fille mariée, 17 ans Sédhiou).

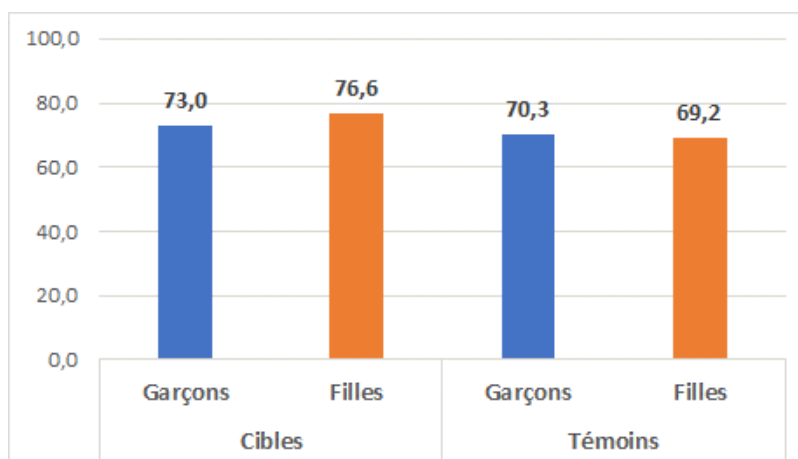
Par ailleurs, les contraintes économiques des ménages obligent les filles à se marier tôt. Elles ont une conception selon laquelle, le fait de se marier leur permet de sortir de la précarité économique qu'elles subissent au sein du ménage, comme nous l'affirme cette adolescente :

"Le fait que les filles se marient très tôt est lié au manque de moyens des parents. Ces derniers veulent se décharger des frais de prise en charge. Si les moyens font vraiment défaut, on essaiera à chaque fois de trouver un alibi pour se libérer" (Adolescent, 17 ans, célibataire, Mbour).

5.5.4 Avoir son mot à dire lors de son mariage

La grande majorité des A&J estiment qu'ils ont le droit d'avoir leur mot à dire lors de leur mariage (Figure 22). Néanmoins des différences subsistent entre les garçons et les filles. Dans les communes cibles, ce sont les filles qui partagent le plus cet avis (76,6% contre 73% chez les garçons). En revanche, dans les communes témoins, les garçons (70,3%) épousent plus cette position que les filles (69,2%).

Figure 22: Proportion de A&J considérant que l'adolescent(e) doit avoir son mot à dire lors de son mariage (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

5.6 Des mutilations génitales chez les filles

5.6.1 Prévalence des mutilations génitales

Parmi les filles, 73 (7,8%) affirment avoir subi une mutilation génitale (Tableau 9). Un nombre non négligeable des filles n'ont pas voulu répondre à la question traduisant les tabous entourant la question.

Tableau 9: Prévalence des mutilations génitales

	n	%
Mutilées	73	7,8
Non Mutilées	797	84,7
Pas de réponse	71	7,5
Total	941	100

Source : LARTES-IFAN (2021)

Pourtant, les données qualitatives confirment que la mutilation génitale féminine reste une pratique traditionnelle bien ancrée dans le vécu quotidien des adolescentes à Sédhiou. Certaines militent même en faveur de cette pratique en considérant celles qui ne sont pas excisées comme impures :

“Ici on fait le "NINKAY" c'est la grande circoncision, une femme qui vient sans être excisée, dégage une odeur et on saura que celle-là n'a pas été excisée. On dit souvent qu'une femme excisée ne peut pas avoir d'enfant, ce n'est pas vrai, nos grands parents l'ont fait et ils ont eu beaucoup d'enfants et aucune maladie” (Fille, 22 ans, célibataire sans enfant, Bounkiling).

Les données qualitatives montrent que parmi les mutilations génitales, l’excision est dominante et les parents jouent un rôle important dans le maintien de la pratique qu’ils considèrent comme une méthode de préservation de la jeune fille célibataire. Le nuage de mots ci-dessous laisse transparaître la violence qui entoure la pratique dans le discours des répondants à travers les mots “blessure, déchirures, agression, inconvenients, dénoncer, arrêter, dépassé, inconsciente”.

Graphique 2: Mots clés autour de la mutilation génitale



Le poids des normes socio-culturelles et de la famille est manifeste à tel point que l’excision est considérée comme une “habitude” qui risque de se perpétuer de génération en génération comme l’indique cette adolescente à Goudomp :

“La mutilation. On nous disait que si on ne la faisait pas, on allait nous frapper. En réalité, c’est pour éviter d’avoir des rapports sexuels, qu’on nous fait ça. C’est ça qu’on va raconter à nos enfants ”. (Jeune fille, 18 ans, Goudomp).

Cependant, selon certains interviewés, cette pratique est quasi inexistante à Mbour où elle est considérée comme néfaste. Dans cette localité, certains professionnels de santé déplorent de manière explicite les conséquences de cette pratique sur la vie sexuelle et procréative des femmes. Les propos de ces interviewés confirment cette tendance :

“La mutilation génitale n’existe pas dans cette localité. C’est une pratique à éviter et à bannir. On a dépassé cette étape. Il faut au moins préserver le plaisir sexuel de la fille. Ces filles mutilées ne sentent pas le plaisir sexuel. Par conséquent, on doit arrêter ces pratiques pour le bonheur des filles” (garçon 23 ans, célibataire sans enfant, Popenguine).

“Au moment de l'accouchement ça joue sur l'expulsion car on assiste à des déchirures” (Femme, Professionnel de santé, 47 ans, Mbour).

Par ailleurs, l'excision est considérée comme une violence basée sur le genre et les propos de ce responsable de Club EVF sont révélateurs à ce sujet :

“L'excision est une agression, c'est une violence basée sur le genre dans le sens où, nous n'avons pas le droit de mutiler le corps d'une personne”. (Homme, Coordonnateur club EVF, 49 ans, Mbour).

Ce responsable poursuit en expliquant que d'habitude, les filles sont mutilées dès le plus bas âge. Dans de nombreux cas, les filles ne découvriront que plus tard qu'elles ont été excisées et n'ont aucun souvenir de cette expérience :

Encadré 5 : Cas d'une adolescente excisée à l'âge de 2 ans

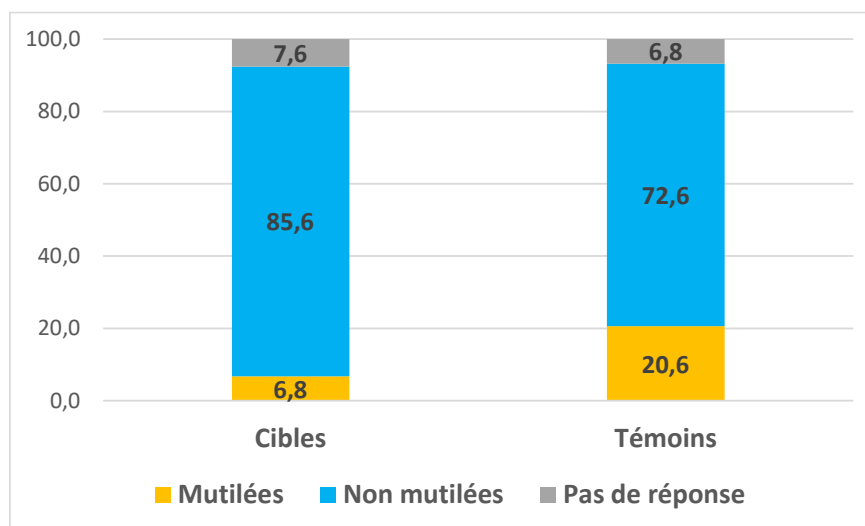
J'ai 15 ans, je suis en classe de 4^{ème}. [...] C'était ma tante qui m'a excisée à l'âge de 2 ans. J'étais choquée quand j'ai appris qu'on m'avait excisée. Ma grand-mère m'a dit que les femmes de notre village étaient excisées à bas âge. C'était une femme peulh qui m'a excisée. Elle habitait à côté de notre maison. Mais maintenant, le centre conseils pour ado est venu et a sensibilisé toutes ces femmes qui font l'excision. Elles ont compris et ont cessé de faire l'excision. L'une d'entre elle, est notre marraine aujourd'hui. Quand j'ai appris que l'excision n'est pas une bonne chose, je me suis sentie coupable, j'ai passé tout mon temps à pleurer parce qu'on m'a expliqué au centre qu'il y a plusieurs types : type 1, type 2, type 3 et type 4. Et on nous a dit à la formation que le type 4 est très dangereux. Et ma grand-mère m'a dit que j'ai subi le type 1. Ma grand-mère ne me cache rien, elle me dit tout. Même sur la santé sexuelle et reproductive, c'est elle qui m'a tout dit avant mon entrée dans le centre. Elle m'a amené au centre pour me confier aux pairs éducateurs du centre. On peut dire aujourd'hui que j'ai des connaissances sur l'excision mais pas tellement. Quand on parle d'excision les gens n'en parlent pas trop. Les mamans n'aiment pas entendre parler d'excision, d'autres aiment et certaines n'aiment pas. Tout ce que je sais, est que l'excision détruit la vie reproductive de la femme. J'ai beaucoup d'amies de ma génération qui ont subi l'excision de type 1. [...] L'excision a des conséquences car, elle peut amener l'hémorragie, perte de sang, la fistule obstétricale, cela peut amener toute sortes de maladies y compris le handicap. Cette année, nous avons fait un camp de vacances à Kolda. On a vu une fille handicapée qui était excisée. J'ai aussi une amie peulh qui est excisée et qui est mariée à l'âge 14 ans en classe de 6^{ème}. Elle a accouché et le bébé était décédé. Elle n'a pas pu accoucher seule.

5.6.2 Niveau des mutilations génitales par commune

La proportion de filles ayant subi une mutilation génitale varie fortement selon le type de commune (Figure 23). Elle est particulièrement élevée dans les communes témoins où elle atteint le deux cinquième des filles interrogées (20,6%). C'est un niveau environ quatre fois plus élevé que celui observé dans les communes cibles (6,8%). Dans les communes témoins,

les filles ayant subies de mutilations génitales sont rencontrées particulièrement à Benete- Bijini (57,1%) ; Sansamba (50%) et Diacounda (42,9%) (Annexe 23). Dans les communes cibles, les mutilations sont plus observées à Bambali (37,9%) ; à Sédhiou (34,9%) et à Djiredji (29,4%) (Annexe 23).

Figure 23: Proportion de A&J filles ayant subi une mutilation génitale par commune (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

5.6.3 Âge au moment de la mutilation génitale

L'âge moyen auquel les filles ont subi une mutilation génitale est d'environ 7 ans dans les communes cibles et un peu précocement dans les communes témoins (5,8 ans) comme le montre le Tableau 10. Toutefois, les plus jeunes à être mutilées avaient moins d'un an dans les communes cibles contre trois dans les communes témoins. De même, c'est dans les communes cibles qu'on retrouve les cas de mutilations les plus tardifs (23 ans contre 16 ans dans les communes témoins).

Tableau 10: Statistiques descriptives sur l'âge au moment de la mutilation génitale

	n	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Cibles	67	6,9	5,0	0	23
Témoins	29	5,8	2,7	3	16

Source : LARTES-IFAN (2021)

Quel que soit l'âge au moment de la première mutilation, il ressort dans les interviews que la communauté est consciente des inconvénients de la pratique des mutilations génitales sur la santé sexuelle et reproductive des adolescent·e·s et des jeunes. Au sein des jeunes couples d'aujourd'hui, la mutilation est un sujet de discussion.

En général, pendant l'accouchement, la fille a de sérieux problèmes. Je m'explique. Quand le clitoris est enlevé, il y a plus d'élasticité au niveau du vagin parce que, non seulement il y a un liquide qui doit sortir pour lubrifier le vagin, mais aussi il y a beaucoup de déchirures. Dans une salle d'accouchement la fille excisée peut souffrir des heures pour accoucher alors que la fille non excisée ne prendra jamais autant de temps. Mais aussi une fille excisée n'a pas de plaisir sexuel. Il n'y a point d'avantage avec les excisions » (Homme, 35 ans, infirmier chef de poste).

Les conséquences de l'excision restent diverses et se manifestent à partir des règles jusqu'à l'accouchement. Cette jeune fille victime d'excision revient sur effets de cette pratique pendant sa période menstruelle :

Encadré 6 : Cas d'une adolescente sur la gestion de l'hygiène menstruelle et victime d'excision

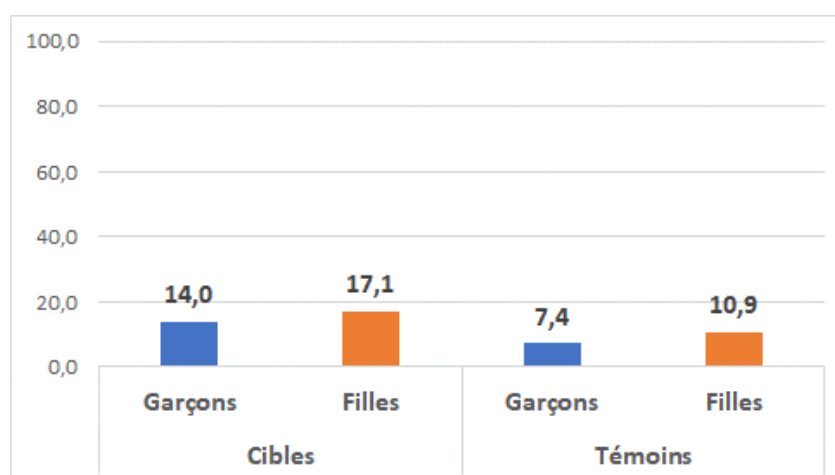
J'ai 21 ans et je suis célibataire sans enfant et je suis en classe de seconde. [...] Quand je vois mes menstrues, mes seins deviennent très fermes et durs, j'ai des maux de bas-ventre avant, pendant et après les règles. J'utilise des serviettes hygiéniques si j'ai de l'argent. Au cas contraire, j'utilise des tissus. Je me change à plusieurs reprises si ce sont les tissus, je les lave et les mets sous le soleil pour les sécher. Si ce sont les serviettes hygiéniques, je les nettoie d'abord avant de les mettre dans la poubelle. Dans notre culture, c'est mal vu de voir les règles d'une fille surtout quand il s'agit d'un mauvais œil qui l'a vu, cela peut se répercuter sur ta reproduction au point que tu seras stérile à vie. Également, les personnes malintentionnées peuvent utiliser ce sang pour te marabouter afin que tu deviennes folle ou que tu ne te maries pas. C'est pour cette raison que ma mère me conseille tout le temps de bien nettoyer les choses avant de les jeter. J'ai des menstrues très abondantes et parfois, je fais le grand lavage pour me purifier mais dès le lendemain, je continue à voir du sang. Du coup, mes règles peuvent durer 06 à 08 jours avec un intervalle d'une journée. Ma seule difficulté, ce sont les règles douloureuses et c'est très pénible à supporter. Mais, je fais de mon mieux pour ne pas rester alitée car, ma mère me recommande de faire les activités domestiques puisque cela diminue la douleur. [...] Dans notre culture, quand tu commences à voir tes menstrues, ta maman te prodigue des conseils sur comment pratiquer ton hygiène intime mais aussi comment traiter tes serviettes hygiéniques. Nos mamans nous interdisent de montrer le sang à qui que ce soit, de bien garder les tissus à l'insu de tout le monde car, il est très sacré dans la vie féconde de la femme et de celle de ses enfants. De bien nettoyer les tissus, d'éviter à tout prix qu'ils se brûlent ou qu'on les perde parce que, d'après elles, cela entraînera des conséquences très désastreuses sur toi et sur ta reproduction. Le mieux selon nos mamans, c'est d'enterrer les tissus si toutefois ils ne sont plus d'usage. [...] je ne saurais dire les conséquences parce que, je ne suis pas encore mariée. J'ai entendu dire qu'une femme excisée sera frigide toutefois je ne peux pas le certifier. Mais à ce que je sache, mes règles douloureuses sont causées par l'excision. Cependant, quand j'en parle à ma mère, elle me dit que cela n'a aucun rapport parce qu'il y a des filles qui ne sont pas excisées et qui ont des règles douloureuses. Je sais que cela aura des conséquences sur ma vie de couple, surtout lors de ma nuit de noce et de mes accouchements. Quand j'y pense j'ai des regrets et en même temps j'ai peur. Néanmoins, c'est une pratique culturelle de mon ethnie et je ne pouvais pas m'en passer. Parfois, je discute avec mes cousines qui sont mariées, je leur pose des questions sur leur vie de couple. Une de mes cousines m'a dit que nos premiers rapports sexuels seront plus douloureux contrairement aux autres femmes qui n'ont pas été excisées. Quand j'y pense j'ai vraiment peur. En revanche, ce qui me rassure c'est qu'elle a eu une grossesse sans problème et un accouchement sans complication.

5.7 Des consultations des professionnel·le·s de santé

5.7.1 Consultation de médecin

Le niveau de consultation de médecin par les A&J pour leur santé physique et émotionnelle est faible quels que soient le genre et le type de commune (Figure 24). À titre illustratif, dans les communes cibles, seuls 14% des garçons et 17,1% des filles ont consulté un médecin. Dans les communes témoins, ces chiffres sont encore plus bas : 7,4% des garçons et 10,9% des filles.

Figure 24: Proportion de A&J ayant consulté un médecin au sujet de leur santé physique et émotionnelle par commune (%)

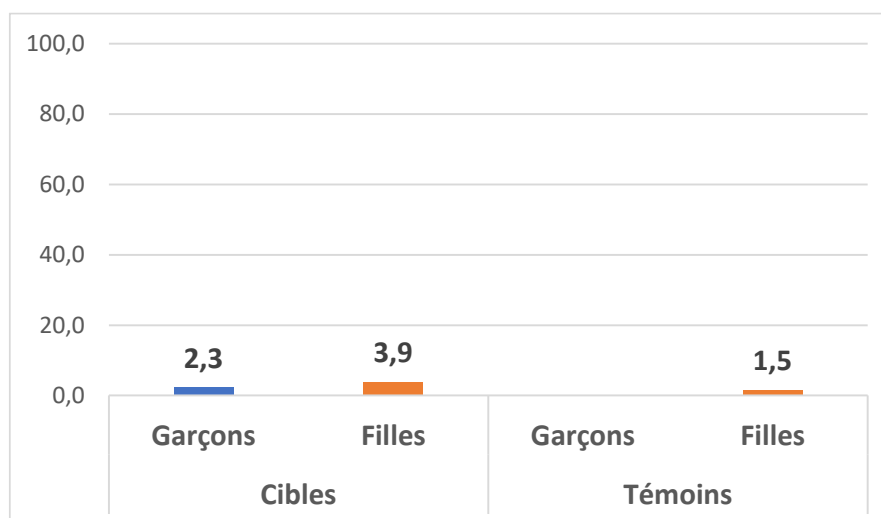


Source : LARTES-IFAN (2021)

5.7.2 Consultation d'un pharmacien

Les pharmaciens ont été très peu sollicités par les A&J au sujet de leur santé physique et émotionnelle. La proportion de fille ayant consulté un pharmacien est légèrement supérieure à celle des garçons dans les deux types de communes comme l'indique la Figure 25. Dans les communes cibles, elle est de 2,3% pour les garçons contre 3,9% chez les filles. Aucun garçon n'a été voir un pharmacien dans les communes témoins et chez les filles le niveau reste très faible (1,5%). En fait parmi les communes témoins, les filles qui ont consulté un pharmacien sont toutes à Sandiara où elles ne représentent que 5,5%. Ces résultats peuvent s'expliquer en grande partie par la faible implémentation des officines pharmaceutiques dans la plupart des lieux de l'enquête (Annexe 25).

Figure 25: Proportion de A&J ayant consulté un pharmacien au sujet de leur santé physique et émotionnelle par commune (%)

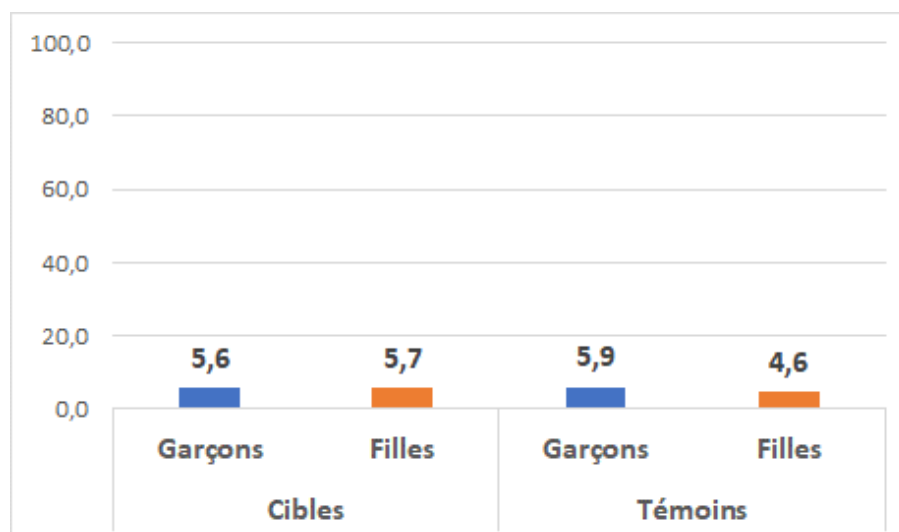


Source : LARTES-IFAN (2021)

5.7.3 Consultation d'un infirmier

La part de A&J ayant vu un infirmier au sujet de leur santé physique et émotionnelles est très faible quels que soient le genre et le type de commune. Dans les communes cibles, les proportions de garçons et de filles qui ont visité un infirmier restent identiques (5,6%) comme illustré dans la Figure 26. Dans les communes témoins, la proportion de garçons (6,6%) est faiblement supérieure à celle de filles (5,6%). Les communes de Popenguine, de Saly Portudal et de Ngaparou n'enregistrent aucun A&J ayant consulté un infirmier (Annexe 26). La commune de Diacounda est la seule à n'avoir pas enregistré de visite d'un infirmier A&J (Annexe 26).

Figure 26: Proportion de A&J ayant consulté un infirmier au sujet de sa santé physique et émotionnelle (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

5.8 Des droits en santé reproductive

5.8.1 Intimité/Confidentialité/Qualité de l'offre

Il ressort des données qualitatives que les droits à la confidentialité, à l'intimité et à la liberté de l'offre de services sont les plus revendiqués. Par ailleurs, les droits à la confiance, à la sécurité, à la qualité, à l'information sont aussi considérés comme des droits fondamentaux. Le mot "parents" occupe une place non négligeable dans le nuage de mots et cela se traduit dans le discours des adolescent·e·s qui considèrent que les parents jouent un rôle important dans le respect des droits.

Graphique 3: Les mots clés autour des droits des A&J sur la SR



Source : LARTES-IFAN (2021)

Les propos de certains acteurs communautaires montrent que l’effectivité des droits est un défi quelle que soit la zone :

“On n’arrive pas à respecter la discrétion et la confidentialité d’autant plus que moi qui ne comprends pas la langue locale, je suis obligé d’appeler un acteur communautaire pour expliquer les besoins des adolescent·e·s et des jeunes. Il existe une barrière linguistique, ce qui rend difficile le respect de la confidentialité (Homme, 33 ans, Sansamba)”.

“J’ai connu une fille célibataire enceinte qui fréquentait le poste de santé de Warang en laissant celui de son propre village. Quand je lui ai demandé la raison. Elle m’a dit que c’est pour des raisons d’intimité et de confidentialité (Acteur communautaire, 45 ans, Nianing)”.

Cependant, pour les personnels de santé, les avis sont partagés. Pour certains, le respect des droits est effectif dans les structures de santé au moment des consultations. Ils soutiennent que des séances de sensibilisation sont organisées au profit des adolescent·e·s et des jeunes :

“Oui on respecte la confidentialité car je les sensibilise par rapport à leur étude, les problèmes des familles etc. et surtout leur état de santé. Non c’est confidentiel si je l’entends ailleurs donc ce n’est pas moi. OUI, si quelqu’un vient ici je lui dis que cela

doit rester confidentiel. Nous discutons d'abord d'un accord à respecter ». (Homme, ASC, 52 ans, Brohguine)''.

“Oui tout à fait nous travaillons en fonction des normes. Dans le milieu de la santé c'est très important de se conformer aux protocoles et aux normes établies afin d'offrir des soins de qualité. Si les malades demandent des soins qui vont contre les politiques, nous le leur notifions et ils comprennent. Souvent, ils ne sont pas au courant de ces politiques. Ils cherchent juste à se faire soigner. Donc c'est notre travail de les guider ». (Femme, 43 ans, Sage-femme, Mbour)''.

Pour d'autres, la volonté de respecter les droits des adolescent·e·s et des jeunes est manifeste, mais ils sont confrontés à des barrières structurelles telles que la localisation des services SR et les horaires de consultation. Cette situation est bien décrite dans les extraits d'entretiens suivants réalisés auprès de professionnel·le·s de santé :

“Nous organisons des séances de sensibilisation mais ce n'est pas facile parce que les adolescents ne fréquentent pas la structure. Par exemple vous avez vu la maternité c'est plein jusqu'à 16h et y'a des jeunes filles qui ne veulent pas venir parce qu'elles ont honte d'être dans le même rang avec leur tante et leur maman ». (Femme, Coordinatrice SR, Sédhiou)''.

“Tout dépend d'eux. On les convoque à des heures précises pour les aider à mieux se protéger de certains regards. On veut toujours garder leur intimité. On les libère les premiers pour les heures de consultation. On fait vraiment de notre mieux. Si on avait suffisamment de personnel, on pourrait continuer les consultations jusqu'à la nuit. Mais malheureusement, ce n'est pas le cas ». (Femme, 37 ans, Sage-femme, Malicounda Bambara)''.

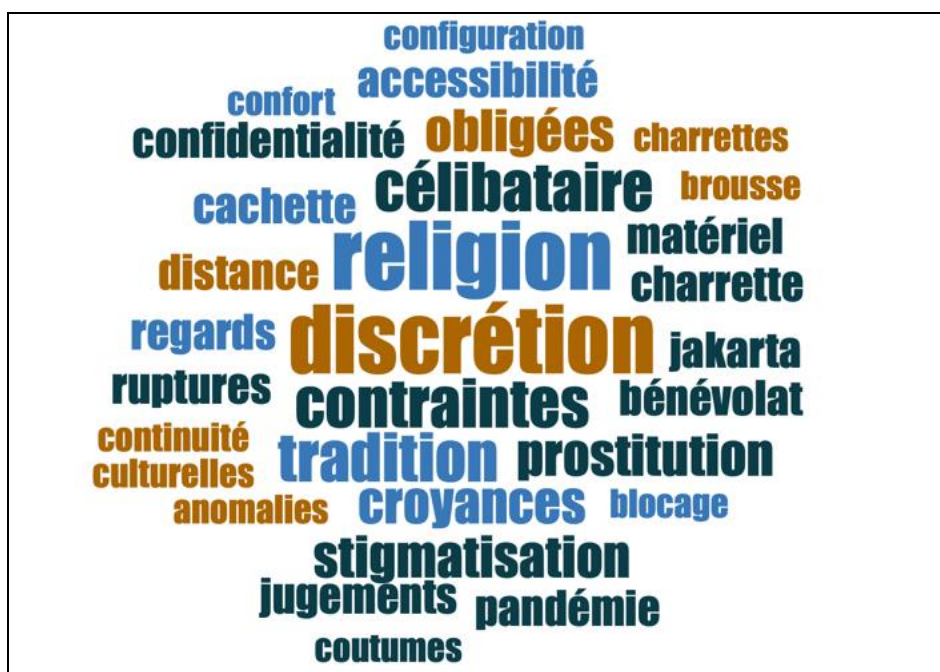
Les agents de santé affirment qu'ils veillent au respect de l'intimité des adolescent·e·s en leur donnant des préférences d'horaires pour leurs besoins en SR. De même, pour une meilleure prise en charge des adolescent·e·s et des jeunes, le personnel de la santé développe des stratégies partant des réalités locales qui sont en adéquation avec les normes socio-culturelles de la localité afin de conduire normalement leur travail. La protection et l'intimité sont garanties aux adolescent·e·s/ jeunes dans les structures de santé et au niveau communautaire.

“Si une personne vient discuter en toute confiance avec toi tu dois la protéger en sauvegardant son intimité, c’est comme la blouse qu’on porte, ce qui se passe dans la structure sanitaire doit rester ici. Il y’a de l’intimité ici parce que c’est leur droit et on doit le préserver et de là, naît la confiance qui fera qu’elles veuillent partager avec nous leurs secrets ». (Femme, 37 ans, Relais, Mballing)”.

5.8.2 Les barrières à l’accès aux services de santé de la reproduction

Il ressort du discours des A&J que les barrières les plus souvent évoquées ont trait à la religion et le déficit de discrétion ainsi que le statut de célibataire. Il est vrai que notre environnement est marqué par une hiérarchie entre les sexes et les générations. Les choix individuels sont régulés par les réalités socioculturelles et s’expriment souvent sous forme de contraintes, de crainte de la stigmatisation et de risque d’être associé à la prostitution. Les mots traditions, croyances, regards figurent en bonne place comme on peut le voir dans le nuage de mots.

Graphique 4: Mots clés sur les barrières à l’accès aux services de santé de la reproduction



Source : LARTES-IFAN (2021)

De nombreux obstacles, tels que l'accessibilité géographique contraignent fortement l'utilisation des services de santé. Plusieurs mots révèlent que la mobilité est une question cruciale pour la fréquentation des services de santé à savoir “Accessibilité, Jakarta, charrette, brousse.” Il apparaît fortement dans la zone de Sédhiou que l'éloignement des points de prestations en santé de la reproduction est un obstacle pour de nombreux adolescent·e·s. et

jeunes. Les professionnel·le·s de santé soulignent l'importance des contraintes liées à la mobilité :

Non, non pour les évacuations nous prenons la charrette. Parfois si nous devons faire une évacuation à 23 heures, on arrive à Simbandi vers 2 heures. Donc nous faisons 3 heures de route. C'est pour cela que l'État voulait construire un poste de santé ici, d'ailleurs c'est conclu. On attend juste les entrepreneurs pour la construction. Homme, ASC, Sédhio).

Il a été noté dans cette zone une prépondérance des cases de santé qui ne peuvent pas prendre en charge les besoins en santé reproductive des adolescent·e·s et des jeunes. Le taux de couverture des structures sanitaires reste faible dans la zone Sud. Cette situation engendre de nombreuses complications au moment de l'accouchement.

« Les femmes enceintes souffrent le martyr, elles sont acheminées dans des charrettes vers Ziguinchor ou Sédhio pour faire leur CPN. Parfois, certaines décèdent au milieu du trajet, d'autres accouchent dans la brousse. Si nos mamans veulent faire des échographies, elles sont obligées d'aller jusqu'à Marsassoum, Sédhio ou Bignona. La distance est très importante et elles y vont, supportées sur des motos jakarta. Ce sont des risques énormes ». (Jeune garçon, 19 ans, Sédhio).

À cela, il faut rajouter les contraintes financières qui sont à la fois un frein pour l'accès aux services. La fréquentation des structures sanitaires engendre une diversité de coûts que les adolescent·e·s et jeunes ne sont pas toujours en mesure d'honorer. Cet acteur communautaire résume bien les difficultés rencontrées par les femmes tant pour les visites prénatales que pour la planification familiale :

“Pour les visites prénatales les femmes évoquent souvent le problème d'argent, elles nous disent « mon mari me demande d'attendre, il n'a pas encore d'argent ». Pour les jeunes filles aussi c'est le problème d'argent car la planification familiale n'est pas gratuite et nous n'avons pas aussi les moyens de payer à leur place”. (Femme, 56 ans, bajenu gox, Mbour).

Le coût de l'examen médical comme les échographies et des ordonnances reste toujours élevé aussi bien dans les structures publiques et privées. Ceci est particulièrement observable dans les situations de grossesses précoces comme le montre cet entretien :

C'est toujours problématique avec les grossesses précoces. Les jeunes ne parviennent pas à honorer leurs ordonnances. Elles ne respectent pas leur rendez-vous. Il y'a certaines qui ne font même pas l'échographie. Et l'accouchement, elles ne parviennent pas à le faire par voie basse. Ces filles ainsi que leurs copains n'ont pas le plus souvent de moyens pour acheter les ordonnances. (Femme, 38 ans, sage-femme, Mbour).

Ces ressources ne suivent pas tout le temps, c'est la raison pour laquelle les mots "ruptures" et "continuité" des services figurent dans le nuage de mots.

Les entretiens révèlent des coûts assez élevés de prise en charge comme le mentionne cette jeune fille de 22 ans à Sédhiou :

« Oui c'est cher parce que déjà dès que j'arrive là-bas je dois acheter un ticket qui coûte 5000 francs, je dois ensuite faire des échographies à 15000 francs, je dois acheter aussi des ordonnances qui peuvent coûter jusqu'à 50 000 francs, que je dois renouveler tous les 3 mois, plus les frais de déplacement jusqu'à Ziguinchor où je dois me loger me nourrir ».

Les acteurs communautaires confirment que cette continuité des services est un défi du fait du bénévolat comme le souligne cette enquêtée :

Avec l'éloignement et le manque de moyens financiers, les acteurs ont eu beaucoup de difficultés à mener leurs activités. Tout le monde sait qu'on dit que les acteurs communautaires sont des bénévoles mais il faut savoir que le bénévolat a ses limites. (Femme, 56 ans, coordonnatrice SR, Mbour).

Les barrières socio-culturelles constituent un véritable frein pour une prise en charge adéquate des besoins en SR des adolescent.e.s et des jeunes. Le tabou, le jugement, l'inégalité de genre et la stigmatisation associés à la sexualité des adolescent.e.s avant le mariage créent des obstacles d'accès aux services de santé. Ces barrières socioculturelles rendent aussi difficiles les discussions et les débats sur la sexualité aussi bien dans les ménages que dans les structures sanitaires. La configuration des structures sanitaires est une contrainte majeure si l'on en croit cette sage-femme à Sédhiou :

« Il y a beaucoup de choses à faire parce que vu la configuration de la structure, les adolescents ont du mal à y accéder. Quand elles viennent ici, elles peuvent trouver par exemple leurs parents ou bien un voisin dans la file d'attente. Elles peuvent venir ici et

me trouver avec quelqu'un qui travaille ici et qui les connaît, elles ont du mal à exprimer leurs besoins » (femme, sage-femme, Sédhiou).

C'est le statut socio-économique de la femme qui est en cause. Les femmes dépendent de leurs maris car n'ayant aucune activité professionnelle et sont souvent non instruites.

« Il faut être très souple et très indulgente envers la population. Parce que la majeure partie n'est pas instruite. Ce sont des femmes vraiment très dépendantes. Elles sont très dépendantes de leur foyer. Quand elles doivent venir en consultation, elles demandent la permission. Donc tout dépend de leurs maris ou chefs de famille. Donc là ce sont des facteurs qui ne nous facilitent pas du tout la tâche » ; (femme, Sage-femme, Sédhiou).

Dans la zone de Mbour, il faut noter les croyances qui valorisent le mariage précoce et le nombre de naissances à domicile qui sont synonymes de bravoure chez la femme en milieu Serer.

“La bravoure de la femme Serer s'exprime à travers le nombre d'accouchements à domicile. La belle-mère à l'habitude de dire à la femme que ton mari a vu le jour ici, j'ai 15 enfants que j'ai moi-même accouché ici dans cette maison sans complication. Donc il n'est même pas question que tu ailles accoucher dans une structure de santé. Ça aussi c'est un problème ”. (Femme, coordonnatrice SR, Mbour).

En outre, d'autres barrières liées aux horaires des prestations sont manifestes. En effet, les horaires des activités et des prestations de services ne permettent pas aux adolescent·e·s/ jeunes de bénéficier pleinement des offres.

Pour exemple, cet adolescent élève estime que les modalités des activités de sensibilisation dans le club EVF ne conviennent pas :

“Leurs activités coïncident avec des moments où je suis fatigué. C'est lors de la descente à 14 h qu'on nous informe des activités de sensibilisation et à cette heure je n'ai pas le temps je suis fatigué. Pour une personne qui fait cours de 8h à 14h, elle est fatiguée à la descente. Même si on lui explique des choses, elle ne capte pas bien. Je descends à 12H, ils viennent dans notre classe pour nous sensibiliser de 12h à 13h mais personne ne participe ”. (Adolescent, 15 ans, célibataire, élève, Sédhiou).

De même, les horaires de consultation dans les structures de santé ne favorisent pas la fréquentation des adolescent·e·s/ jeunes. D'une part, ils ne souhaitent pas se rendre dans les structures sanitaires aux mêmes horaires que les autres personnes âgées.

“Vous savez que là où le poste se situe, c'est presque près du marché et quand les élèves descendent. Pour ne pas être stigmatisé la plupart du temps c'est vers 19h ou 7h qu'ils vont venir ; même pour les garçons qui viennent chercher des préservatifs c'est lorsqu'il fait nuit”. (Femme, 38 ans assistante infirmière, Sédhio).

À cela s'ajoute, le fait que les heures de cours coïncident avec les heures de consultation. De ce fait, les professionnel·le·s de santé s'organisent en dehors des heures de travail pour recevoir les adolescent·e·s et des jeunes.

“Il existe des barrières parce que nous constatons que la plupart des jeunes filles ne viennent pas la journée. Elles attendent tard le soir entre 18h-19h pour venir demander un service. En milieu rural, quand les gens voient une jeune fille à l'hôpital, ils se demandent automatiquement ce qu'elle vient faire ici. On se demande si elle est malade ou si elle est venue pour un autre service. C'est la raison pour laquelle elles préfèrent venir le soir ou il n'y a personne”. (Homme, 33 ans, infirmier, Sédhio).

Une autre sage-femme à Mbour, affirme qu'il n'existe pas de difficultés d'accès spécifiques aux filles. Celles-ci bénéficient même de facilités afin de préserver la confidentialité :

“Je n'ai pas remarqué de barrière car les jeunes filles viennent se consulter. J'ai consulté récemment une jeune fille de 14 ans. Je ne vois pas de difficulté sur l'accessibilité. Elles viennent et posent leur problème. Pour les aider, elles ne font pas la queue. Je les programme pour des jours à des heures particulières. Je les programme parfois vers 20h ou 21h car je suis logée dans le poste. Je peux recevoir 2 à 3 jeunes par jour. (Femme, 37 ans sage-femme, Mbour)”.

Les principales barrières liées aux structures de santé sont la configuration, l'inexistence d'espace ou de coins “ados”.

“C'est l'utilisation qui pose problème. Parce que quand tu demandes à une collégienne de venir dans la même salle de consultation que les autres personnes adultes, ça risque de poser problème. Parce qu'elle peut y trouver sa tante, sa mère ou bien son oncle. En général, ça c'est un frein. En plus de cela, il faut vraiment former les prestataires pour

qu'ils sachent que cette tranche d'âge a un besoin particulier donc il faut tenir compte de leurs besoins spécifiques". (Femme, coordonnatrice SR, Mbour).

En outre, les attitudes négatives des prestataires de services sont dissuasives et poussent les adolescent·e·s à ne pas fréquenter les structures sanitaires et à se confier.

"L'accueil au niveau des prestataires. Il existe des prestataires qui te regardent les adolescent.e-s avec des yeux un peu bizarres pour leur signifier que ce sont des enfants. Ils ne les respectent pas alors qu'ils sont des clients comme les autres". (Femme, sage-femme, Mbour).

À l'inverse, une sage-femme à Mbour, affirme qu'en cas d'agression, les adolescent·e·s et des jeunes sont plus prompts à se confier à elle qu'à leurs parents. Elle relève une absence de communication entre les adolescent·e·s et leurs parents qui est renforcée par la peur de se confier :

"La plupart des ados qui ont subi une agression, quand ils sont devant leurs mamans ne parlent pas mais lorsqu'ils sont devant moi ils me disent tout. Pourquoi ? Moi je dis que les parents ont une part de responsabilité par rapport à cette situation parce que les enfants ont parfois peur de leurs parents. Ce qui fait qu'ils peuvent subir des choses dehors mais ils ont peur de le dire à leurs parents. Le plus souvent c'est sur les agressions que je fais mes discussions". (Femme, sage-femme, Mbour).

Dans la plupart des postes de santé de Mbour et de Sédhiou, le service de santé de la reproduction se trouve dans le même espace que les autres services et partage quelques fois la même salle d'attente ce qui ne garantit pas le droit à l'intimité des adolescent·e·s.

« Auparavant l'obstacle qu'on rencontrait c'était la mixité des locaux. L'ancienne maternité était proche des autres services de santé donc différents types de patients s'y rencontraient. Il arrivait qu'on se fasse interpellé par une patiente qui dit vouloir venir mais qui veut fuir les regards indiscrets, Donc on était obligé de les consulter la nuit ou l'après-midi lorsque les locaux sont vides. Mais maintenant que la maternité a été délocalisée, elle assure une plus grande discrétion aux patientes ». (Femme, 43 ans, sage-femme, Mbour).

Il y a des adolescent·e·s qui veulent fréquenter le poste de santé mais, ils ont peur d'y retrouver leurs proches. Je pense qu'il faut construire des coins ou espaces

adolescent·e·s dans chaque structure sanitaire pour faciliter l'accès des adolescent·e·s au service de santé de la reproduction". (Femme, 41 ans, maitresse sage-femme, Mbour).

En sus de la configuration des points de services santé de la reproduction, la plupart des structures sanitaires ne disposent pas de plateau technique, de personnel dédié et de matériel suffisant afin d'assurer une offre de service adéquate. Une sage-femme à Mbour indique même que l'indisponibilité des matériels est le premier obstacle :

"On est confronté parfois à des ruptures de préservatifs. En outre, il y'a un manquement du côté des méthodes contraceptives à savoir les dépôts et les injections. Pour pallier ces difficultés, on est obligé des fois de demander aux patients d'acheter dans les pharmacies pour ne pas fausser leurs rendez-vous". (Homme, 36 ans, aide infirmier, Sédhiou).

Ce déficit de personnel impacte la relation avec les patients et globalement la qualité de la prise en charge :

"Il y a une qualité mais parfois nous n'avons pas beaucoup de temps parce que le personnel n'est pas suffisant et cela peut impacter sur la communication avec le patient. Si tu passes beaucoup de temps sur un malade les autres vont commencer à se plaindre et dans le cadre de la planification ou des IST il faut prendre son temps pour expliquer à la personne pour qu'elle comprenne". (Femme, 35 ans, Sage-femme, Sédhiou).

La pandémie de COVID-19 a impacté dans les premiers mois la fréquentation des services de santé de la reproduction. Cependant, les doutes et le déni de la maladie largement partagés au sein de la catégorie des adolescent·e·s et jeunes, ont eu pour effet de rétablir les niveaux de fréquentation d'avant la pandémie comme l'indique cette sage-femme.

"Les premiers mois du COVID-19 sont marqués par une baisse de la fréquentation du centre, mais juste après les gens sont revenus parce que la plupart ne croient même pas à l'existence de la pandémie bien que nous leur imposons le respect des mesures barrières". (Femme, 41 ans, sage-femme, Bounkiling).

5.8.3 Violences physiques, sexuelles et psychologiques

Les entretiens réalisés auprès des adolescent·e·s et jeunes ont révélé plusieurs cas de violence et menaces. Ces violences peuvent être sexuelles, physiques ou psychologiques.

Le viol généralement commis par des personnes de confiance ou ayant un lien de parenté avec la victime. Ces cas de viol peuvent conduire à des grossesses non désirées et des refus de paternité :

“C’est mon cousin. Il m’a trouvée seule dans la maison et il m’a obligée à coucher avec lui et actuellement il refuse la grossesse. J’ai pris une grossesse après cette seule fois. D’ailleurs ce sont des jumelles” (Jeune fille, 18 ans, célibataire, Mbour).

Dans certains cas, le viol peut intervenir dans une relation amoureuse, la victime entretient une relation avec son agresseur mais n’est pas consentante pour passer à l’acte. C’est le cas de cette jeune fille travailleuse du sexe :

“Cependant, j’avais commencé à entretenir des rapports sexuels depuis longtemps. Pour la première fois, j’entretenais des relations avec un copain et c’était à Thiès. Il était bel et bien mon copain mais il m’avait violée et je l’avais dénoncé à ma mère. J’étais très jeune et je ne connaissais rien des relations amoureuses” (Jeune fille, 19 ans, célibataire, travailleuse de sexe).

Graphique 5 : Mots clés sur les violences conjugales



Les mots violence, attouchements, menaces, avances et dépressions sont les plus récurrents dans les corpus de données qualitatives. Les violences et abus sont souvent exercés par des proches et conduisent souvent à des situations de rupture avec la famille comme on peut le voir avec cette adolescente à Goudomp :

“J’avais peur d’y retourner parce que mon père m’avait bien dit de ne plus jamais remettre les pieds à la maison il risquait de me frapper à nouveau s’il m’aperçoit à la maison”. (Adolescente, 13 ans, célibataire, élève, Goudomp).

Cet extrait d’entretien montre que souvent les victimes ne dénoncent les actes de violences que lorsqu’elles sont hors du cadre familial. Il apparaît donc que la famille n’assure plus sa fonction de protection, et pourrait devenir un espace “insécure”, de banalisation de la violence et de domestication des abus sur les adolescent·e·s et jeunes.

De même à Mbour, une adolescente, victime de viol relate son expérience douloureuse :

“Elle m’a demandé encore qui m’a mis dans cet état. Je lui ai encore répondu : C’est ton mari. Elle me dit d’accord à son arrivée il va m’éclaircir. À son arrivée sa femme lui a demandé si c’était lui qui m’a enceinté. Il a nié les faits devant moi. C’est en ce moment que je lui ai dit : c’est toi qui m’as mis dans cet état le jour où on était seuls ici toi et moi, maintenant tu fuis tes responsabilités. Aussitôt il m’a giflé et je suis tombée sur le lit. Il m’a menacée en me disant je te donne jusqu’à mardi prochain pour me révéler le nom du gars qui t’a fait ça. Et je lui ai répondu que c’est toi et je n’ai pas peur de dire la vérité. Mais il m’a traitée de tous les noms d’oiseaux, il m’a frappée, insultée et menacée”. (Jeune fille, 18 ans, Mbour).

Il ressort de cet entretien qu’en dépit d’avoir rendu public son agression, la victime n’a pas été écoutée. Cela se justifie par le fait que l’agresseur tire profit de l’absence de communication entre son épouse et son accusatrice dans un climat de suspicion voire de jalousie. Il va même plus loin en obligeant sa victime à désigner “un coupable” afin de mieux de se dérober de toute accusation.

Dans ces récits de vie, des adolescentes racontent leur parcours empreint d’une violence inouïe:

“Mon frère n’a cessé de me menacer, de me battre et m’a même poignardée deux fois, une fois sur la cuisse et une autre fois sur une autre partie du corps. Je n’ai rien dit à ma mère à ce sujet et j’ai camouflé mes blessures. Ma mère travaillait au port et elle était souvent absente. J’avais une certaine colère contre elle et mon père. Mes parents sont les principaux fautifs et responsables de ce qui m’est arrivé”. (Jeune fille, 22 ans, célibataire, travailleuse de sexe, Mbour).

Encadré 7 : Cas d'une adolescente victime d'abus sexuel

J'ai 13ans, je suis célibataire et élève en classe de 5eme. Durant l'année scolaire 2019-2020 j'étais en classe de CM2. J'ai fait la connaissance d'un ami qui par la suite est devenu mon copain. Il est de ma génération mais un peu plus âgé que moi. On s'est connu par le biais d'une de mes meilleures amies qui m'avait invité un jour chez elle. On nous a fait la présentation et m'a copine m'a dit que le gars souhaite sortir avec moi. Au début, j'avais refusé mais comme c'est une amie qui me l'a présenté, j'ai par la suite accepté la relation. [...] on a commencé à se fréquenter puisque ma copine et lui sont parents ; on se donnait souvent rendez-vous chez elle. Dès notre première intimité il m'a proposé de coucher avec lui. J'ai refusé la proposition en lui faisant croire qu'il y a beaucoup de monde dans la maison et qu'on pourrait nous surprendre. Il a insisté en me disant que si tu m'aimes vraiment il faut que tu acceptes. Pour lui prouver mon amour j'ai accepté de coucher avec lui, cela coïncidait avec les vacances de Noël, d'habitude dans les quartiers on organisait de petites fêtes. On a eu à le faire trois fois de suite. La dernière fois c'était dans la maison d'un de ses amis pas loin de chez moi ; j'avais l'habitude d'y aller pour puiser de l'eau et la ramener à la maison. Il m'appela pour me dire de venir le rejoindre dans la chambre de son ami, j'ai refusé en lui disant quand je termine je dois me laver et aller regarder la télévision. Comme d'habitude il persiste à ce que je vienne qu'il a quelque chose à me dire. Je lui ai dit d'accord après ma douche je viendrai. J'ai senti qu'il ne disait pas la vérité parce qu'il était ivre ce jour-là mais néanmoins je suis partie. J'ai trouvé quelques-uns de ses amis dans la chambre, il les a ordonnés de sortir pour qu'on soit seul dans la chambre. Tout d'un coup la chambre se vida, on était tête à tête et commença à me faire des attouchements et me proposa à nouveau de coucher avec lui. Je lui ai répondu que je n'ai pas la tête à cela et j'aimerais repartir car j'ai une émission télé que je voudrais regarder. Il a commencé à hausser le ton en me disant que si tu refuses je dirais à tout le monde qu'on a fait l'amour ensemble mieux vaut le faire avec moi comme ça je garderai le secret. J'ai eu subitement peur que les gens l'apprennent dans le quartier et j'ai cédé à ses menaces en acceptant de coucher avec lui. C'était aux environs de 19h je suis rentrée chez moi vers 21h. C'est là que mon père me soupçonna en me posant des questions où est ce j'étais jusqu'à cette heure-ci. Je lui ai répondu que j'étais partie regarder la télé chez une amie. Malheureusement pour moi, mes mensonges n'avaient pas duré, le lendemain matin l'ami de mon petit frère est venu dire à ma mère qu'il m'a vue sortir hier soir dans une chambre avec un garçon. Ma mère en colère informa mon père de ce que j'ai fait, mon père m'a battue ce jour-là et m'a chassée de la maison. Je suis allée me réfugier chez ma copine, quelque temps après ma tante est venue me dire de retourner à la maison. J'avais peur d'y retourner parce que mon père m'avait bien dit de ne plus jamais remettre les pieds à la maison il risquerait de me frapper à nouveau s'il m'aperçoit à la maison. C'est par la suite que m'a mère est venue me récupérer en me disant que si j'acceptais de leur dire la vérité je retournerais à la maison elle va discuter avec mon père. Je ne savais plus quoi inventer j'ai finalement dit la vérité que j'étais avec mon petit ami et que je me suis donnée à lui. [...] Mon père toujours dans sa colère, est parti voir le principal du collège pour l'informer de ce que j'ai fait. Le principal à son tour nous a convoqués mon copain et moi pour qu'on lui explique ce qui se passe réellement. Mon copain en a profité pour lui rencontrer des contrevérités en lui disant que c'est moi qui venais lui rendre visite tous les jours, et lui proposais des rapports sexuels. Il est même allé dire que son grand frère qui vivait en Espagne m'a une fois renvoyée de la maison. Cependant, j'ai éclairci les choses en disant au principal que tout ce qu'on lui a raconté sur moi n'était pas vrai. Au contraire c'est lui qui tenait à ce qu'on soit ensemble et me proposait de coucher avec lui. Si c'était à refaire je n'allais plus jamais le faire. J'ai mis fin à la relation sous l'ordre de mes parents et du principal du collège. [...] Parler avec mes amies me réconfortait parce que je n'étais pas la seule parmi mes amies à entretenir des rapports sexuels. Elles ont aussi des copains et certaines d'entre eux faisaient des relations intimes avec leurs petits amis.

D'autres types de violence tels que le chantage ont été notés. Une adolescente PV/VIH a eu à subir des menaces quant à sa maladie :

“Je me suis disputée avec ma tante et cette dernière a dit que j'allais devoir quitter la maison. Elle m'a menacée de révéler ma maladie : « Si seulement je disais à tout le monde de quelle maladie tu souffrais toute la famille allait t'abandonner car c'est une maladie méprisable » disait-elle. Elle m'a donc menacée. À l'époque, je devais avoir 17 ans”. (Jeune fille, 23 ans, Célibataire, élève, PV/VIH).

Dans ce récit, cet adolescent raconte son vécu marqué par un harcèlement sexuel de la part d'un proche :

Encadré 8 : Cas d'un adolescent victime d'harcèlement sexuel (Mbour)

J'ai 19 ans je suis en classe de terminale. [...] J'ai été victime d'harcèlement sexuel puisqu'il y avait une femme qui était plus âgée que moi. C'était une femme mariée à chaque fois que j'allais à l'école, elle m'interceptait en cours de route pour discuter avec moi. C'est par la suite que j'ai appris qu'elle est une tante d'une de amies. Quand elle l'a su, elle en a profité pour qu'on s'échange nos numéros. Au début, on parlait de tout et de rien. Elle savait que j'adorais la religion et les études. Du coup, elle m'envoyait des vidéos sur la religion et me donnait des conseils sur mes études. J'ai commencé à m'ouvrir à elle. De ce fait, elle connaissait tout de moi. Cependant, par la suite, elle a commencé à me parler de sexualité, à me montrer ses nudités, des vidéos pornographiques et à me menacer dans la mesure où je refusais de céder à la tentation et elle me disait tout le temps qu'elle ne croit pas que je suis puceau. En fait, c'était un défi qu'elle me lançait pour que je cède à ses avances. J'étais perturbé de son attitude et cela m'empêchait de me concentrer en classe parce que, je vivais un harcèlement sexuel en silence. De ce fait, j'en ai parlé à notre surveillant parce que je ne voulais pas que ma famille soit au courant car ça serait une honte pour moi. Notre surveillant est allé chez-elle pour la raisonner et c'est par-là qu'elle a juré de me laisser tranquille. Au début, cela me perturbait, et j'étais tout le temps scotché sur mon téléphone et j'étais même obsédé et accro aux vidéos qu'elle m'envoyait. Cela m'empêchait d'être avec ma famille, de discuter avec eux, de pratiquer ma religion comme je le voulais, de me concentrer sur les cours. J'étais tout le temps enfermé dans ma chambre et cela avait créé une distance avec ma famille car mon père qui était tout le temps absent à la maison avait remarqué mon attitude. Il commençait à me faire des reproches sur mon attitude. Je vivais les étapes les plus sombres de ma vie vue que j'avais peur que ma famille surtout mes parents découvrent ce qui se passe. De même, j'avais très peur de céder à la tentation puisque je commençais à être accro aux vidéos qu'elle m'envoyait. J'ai l'habitude de laisser mon téléphone à la maison mais, à ma descente, j'étais tellement pressé de venir à la maison pour voir les vidéos qu'elle m'envoyait. J'étais tout le temps scotché sur mon téléphone parfois, je ne prenais même pas les repas.

Les cas de violences relatés par les interviewés montrent le décalage entre ceux déclarés et ceux qui se posent réellement. Ainsi, les témoignages recueillis confirment une répétitivité des formes de violences et leur conséquence sur la trajectoire des adolescent·e·s et jeunes. De ce fait, pour certains, le recours à la justice constitue le seul moyen pour résoudre les violences liées aux menaces et au viol comme le témoignent ces interviewés :

Encadré 9 : Cas d'une adolescente travailleuse sexuelle victime de menaces (Mbour)

J'ai 24 ans. [...] Je me suis mariée à l'âge de 12 ans. Je ne dirais pas que c'était un mariage forcé puisque, j'aimais mon mari. Ma famille est très stricte sur les relations entre homme et femme. De ce fait, quand elle voit un homme te courtiser, elle scelle très vite les liens du mariage. Malheureusement, mon mari est décédé après trois années de mariage. Après avoir terminé mon veuvage, je suis retournée vivre avec ma famille. Cette dernière continuait toujours à me sous-estimer et à me manquer de considération. Je n'avais aucune assistance financière même quand je voyais mes menstrues, j'avais du mal à acheter une serviette hygiénique. Un jour, je voulais acheter des mèches et des habits pour la fête de Tabaski. J'ai sollicité l'aide de mon frère, mais il m'a carrément fait savoir qu'il ne peut qu'assurer mon alimentation. Ces propos m'ont fait comprendre que le moment était venu à me prendre en charge. J'ai quitté Dakar pour ainsi venir à Saly. La raison de ma venue à Mbour était de faire la prostitution car une amie m'en avait parlé et m'avait dit de venir m'installer à Mbour puisque le milieu rapportait énormément d'argent. Je me suis laissée influencée par elle. J'ai commencé la prostitution à l'âge de 19 ans. Au début, j'étais seulement une Strip-teaseuse, je dansais dans les boîtes de nuit et les Blancs m'offraient des euros. Je sais bien danser car je faisais la compétition durant les oscars de vacances. Ma première expérience sexuelle je l'ai vécue avec mon mari et c'est lui qui m'a déviergée. J'ai vraiment souffert durant la nuit de nocce puisque j'étais étroite et j'avais un condylome. Il avait forcé à me dévierger et m'avait blessée. Nous sommes restés un mois sans avoir une activité sexuelle. J'ai eu une fille avec mon défunt époux. J'ai également souffert pendant la grossesse puisque, c'était la première fois. Ma deuxième expérience sexuelle, je l'ai vécue avec un homme quand j'ai commencé à faire de la prostitution. Le jour où j'ai entretenu une relation sexuelle avec lui, j'avais tellement mal et mon client pensait qu'il m'avait déviergé et me disait que je suis une bonne fille. Nous avons commencé à sortir ensemble. Mais au fil de la relation, il commençait à me maltraiter et à me frapper. Toutes les cicatrices de mon corps, viennent de lui. Il savait que j'étais vulnérable vu que j'étais jeune et je ne vivais pas avec ma famille. Du coup, il prenait cela comme une arme pour faire de moi son esclave. J'avais décidé de lui porter plainte pour violence basée sur le genre. Je l'ai fait parce que je recevais des menaces de mort de sa part. Au début, le travail marchait très bien puisque je pouvais avoir en une seule nuit 300.000 Fr ou 400.000 Fr. Je m'en sortais pas mal. Je mangeais ce que je voulais, je ne dormais que dans des hôtels luxueux. Je ne portais que des habits chics, des chaussures de classes. Je ne mettais que de bons parfums et qui coûtaient excessivement cher. J'avais tellement d'argent au point que je pouvais déchirer 100.000 Fr ou l'offrir puisque je savais que j'aurais cette somme le lendemain. Je suis étroite et je ne supportais pas les douleurs durant l'acte sexuel car cela enflait mes parties intimes. Du coup, je ne couchais qu'avec 03 ou 04 clients. Il m'arrivait d'avoir 200.000 Fr avec une seule personne. Les clients m'abordaient et je fixais le montant à 50.000 Fr. Après négociation, on peut arriver à 25000 ou 15000fr. [...] Par ailleurs, c'est un métier à risque dans la mesure où un client après avoir entretenu un rapport sexuel me sort un couteau, me menace et prend tout mon argent. Il peut arriver aussi qu'un client me propose d'aller dans une auberge avec lui et en cours de route, il change la direction et m'amène dans un endroit où ses amis l'attendent. Ils me violent à tour de rôle et partent en me laissant seule. Je suis tout le temps confrontée à ce genre de risque. En plus, le travail n'est plus rentable depuis l'arrivée des étrangères qui viennent de la Côte d'Ivoire, du Nigeria. Chaque jour, elles viennent par 10 ou 15 et nous trouvent dans nos propres zones de travail. Nous avons beau les chasser, mais elles refusent de partir. [...] je suis devenue fumeuse et alcoolique parce que je voulais combattre mon stress. Il arrivait des moments où je ne dormais et ne mangeais pas à cause du stress. Du coup, j'ai commencé à consommer les excitants pour gérer mes mécontentements et stress. Il peut arriver que je sois en colère au point de ne plus me contrôler mais si je fume ou bois de la bière, je reste zen. [...] à l'heure où je vous parle, j'ai une bonne relation avec ma famille puisque depuis que j'ai quitté la maison, je leur ai fait comprendre que je peux vivre ma vie et me prendre entièrement en charge sans elle. Je vois que les membres de ma famille ont bien compris cela et ont décidé de faire la paix avec moi. Depuis que je suis à Mbour, je n'ai jamais appelé ma famille pour leur dire de m'envoyer de l'argent pour que j'achète des habits, des médicaments ou de la nourriture. Mon grand-frère m'avait donné une carte pour une prise en charge gratuite des médicaments. Toute ma famille à cette carte. Mon frère l'a eu dans son lieu de travail. Toutefois, je n'ai jamais utilisé cette carte puisque, je voulais vraiment montrer à ma famille que je sais comment me prendre en charge, notamment à mon frère. Ma réaction a vraiment surpris mes frères et sœurs. Ils sont revenus vers moi avec de meilleurs sentiments et j'ai accepté d'enterrer la hache de guerre. Après tout, ils constituent ma famille et cette dernière est sacrée.

“Après avoir informé ma tante, cette dernière est venue ici pour m'insulter et me traiter de pute. Elle criait sur moi et sur la maman de mon amie. Elle avait même pris mes bagages pour me forcer à partir avec elle. D'ailleurs, le scandale qu'elle avait créé a poussé la maman de mon amie à porter plainte au niveau de la gendarmerie. Une fois

dans les locaux, c'était un gendarme qui avait reçu la plainte". (Jeune Fille, 19 ans, élève, Mbour).

Cependant, même si certains adolescent·e·s font recours à la justice pour des cas de viols, d'agressions sexuelles ou de menaces, d'autres victimes refusent de dénoncer les responsables de peur de dévoiler leur histoire. Ces adolescent·e·s optent le plus souvent pour la négociation et la médiation pour résoudre les violences.

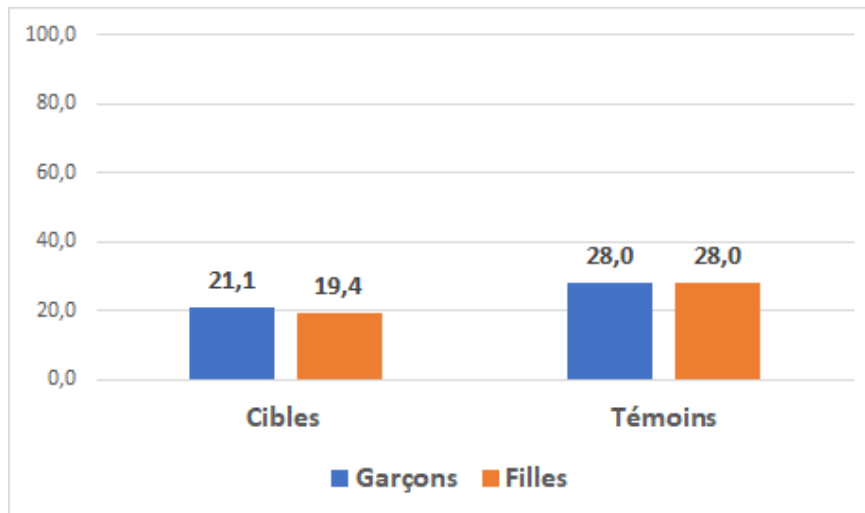
"C'est après que j'ai su qu'il y'a des lois qui permettent de punir ou de menacer l'auteur de ces genres d'actes. Je sais aujourd'hui que c'est trop tard car si je le dénonce, je dévoile en même temps mon histoire". (Jeune fille, 22 ans, veuve, Bounkiling).

5.8.4 L'infidélité comme justification des violences conjugales faites aux femmes

Près de deux A&J sur dix dans les communes cibles considèrent qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari lorsque celle-ci lui est infidèle comme illustré dans la Figure 27. La proportion de garçons qui voient l'infidélité comme raison suffisante pour qu'on batte sa femme s'élève à 21,1% contre 19,4% chez les filles. Ce niveau de considération est notamment plus élevé chez les garçons dans les communes de Karantaba (36,6%), de Djiredji (33,3%) et Tankon (33,3%) et chez les filles dans les communes de Bambali (44,8%), Karantaba (40,9%) et Malicounda (36,1%) (Annexe 27).

La part de A&J dans les communes témoins considérant l'infidélité comme prétexte aux violences conjugales faites aux femmes reste identique quel que soit le genre de l'adolescent·e (28%). Cet avis est particulièrement partagé chez les garçons des communes de Sandiara (36,7%), de Benete-Bijini (30%) et Yarang Balante (30%) et Sandiara (37,8%) qui arrivent en tête.

Figure 27: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari à cause de son infidélité (%)

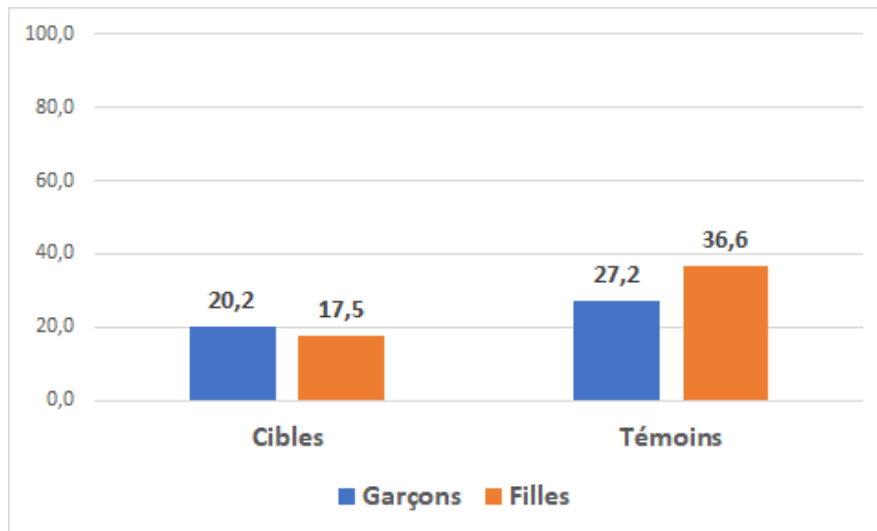


Source : LARTES-IFAN (2021)

5.8.5 Sortir sans prévenir le mari comme justification des violences conjugales faites aux femmes

La part de A&J défendant que le fait qu'une femme sorte sans prévenir peut justifier qu'elle soit battue par son mari est plus importante dans les communes témoins que dans les communes cibles comme illustré dans la Figure 28. Un garçon sur cinq (20,2%) pense qu'il est justifié qu'un homme batte sa femme lorsqu'elle sort sans le prévenir dans les communes cibles contre 17,5% chez les filles. Bambali (50% chez les garçons et 58,6% chez les filles) et Djiredji (60% chez les garçons et 52,9% chez les filles) affichent les plus fortes proportions de A&J disant qu'il serait justifié qu'une femme soit battue par son mari lorsque celle-ci sort sans prévenir (Annexe 28). Dans les communes témoins, la proportion des filles (36,6%) partageant cet avis est plus élevée que celle des garçons (27,2%). Les communes de Sansamba (60% chez les garçons et 75% chez les filles) et Benete-Bijini (45% chez les garçons et 81% chez les filles) enregistrent les importantes proportions de A&J considérant qu'il serait justifié qu'une femme soit battue par son mari lorsqu'elle sort sans prévenir (Annexe 28).

Figure 28: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari lorsqu'elle sort sans prévenir (%)

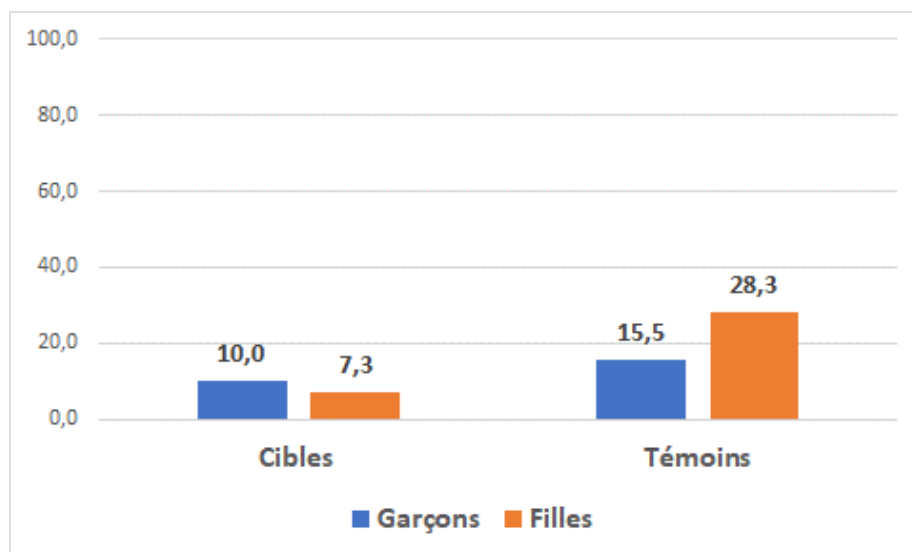


Source : LARTES-IFAN (2021)

5.8.6 Le refus d'avoir des rapports sexuels justifie les violences conjugales faites aux femmes

La Figure 29 montre que dans les communes cibles seul 10% de garçons et 7,3% de filles croient qu'il est justifié qu'un mari batte sa femme lorsque celle-ci refuse des rapports sexuels avec lui. Dans les communes témoins, la proportion de garçons soutenant qu'une femme peut être battue lorsqu'elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari s'élève à 15,5% contre 28,3% chez les filles. Parmi les communes cibles, Karantaba (34,2%) et Bambali (32,1%) chez les garçons et Karantaba (40,9%) chez les filles enregistrent les plus fortes proportions de A&J trouvant justifié qu'un homme batte sa femme lorsqu'elle refuse d'avoir des rapports sexuels (Annexe 29). Au même moment, Sandiara (20,9% chez les garçons et 65%) chez les filles enregistre les plus fortes proportions dans les communes témoins (Annexe 29).

Figure 29: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari lorsqu'elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari (%)

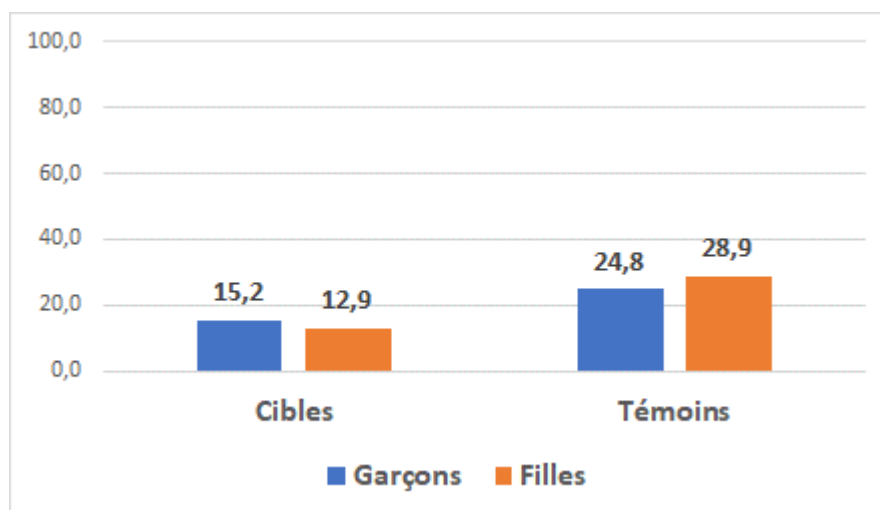


Source : LARTES-IFAN (2021)

5.8.7 La négligence d'une femme envers les enfants justifie les violences conjugales faites aux femmes

Selon 15,2% des garçons, la négligence des enfants justifie qu'une femme soit battue par son mari dans les communes cibles contre 12,9% chez les filles comme l'indique la Figure 30. Globalement, les filles qui pensent que l'homme peut battre sa femme si elle néglige les enfants sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons. Dans les communes témoins, cet avis est partagé par 24,8% de garçons et 28,9% de filles. Les plus fortes proportions sont enregistrées dans les communes cibles suivantes : chez les garçons à N'diagianiao (30,3%) et Bambali (28,6%) ; et chez les filles à Karantaba (31,8%) et à Simbandi Balante (20%) (Annexe 30). En revanche, les communes cibles ayant enregistré les plus grandes proportions sont Sansamba (46,7% chez les garçons et 45% chez les filles) et Benete-Bijini (40% chez les garçons et 81% chez les filles) (Annexe 30).

Figure 30: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari lorsqu'elle néglige enfants (%)

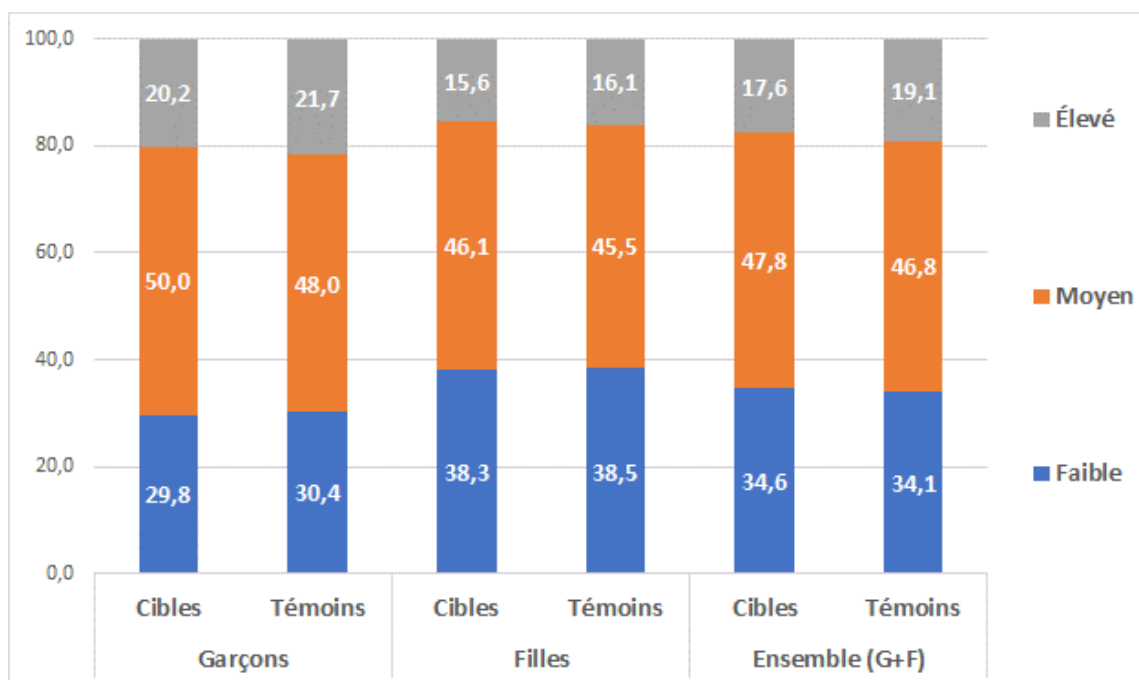


Source : LARTES-IFAN (2021)

5.8.8 Indicateur synthétique de la vulnérabilité SR des A&J

L'indicateur synthétique de la vulnérabilité SR des A&J montre que les filles sont moins vulnérables que les garçons quel que le type de commune d'une part et les A&J des zones cibles sont moins vulnérables que ceux des communes témoins (Figure 31). Chez les garçons, la proportion de A&J ayant un niveau « élevé » de vulnérabilité est de 20,2% dans les communes témoins contre 21,7% chez les garçons témoins. L'indicateur synthétique de vulnérabilité SR s'élève à 16,1% chez les filles témoins contre 15,6% chez les cibles. Dans l'ensemble, 17,6% des A&J des communes cibles présentent un niveau élevé de vulnérabilité SR contre 19,1% chez les A&J témoins.

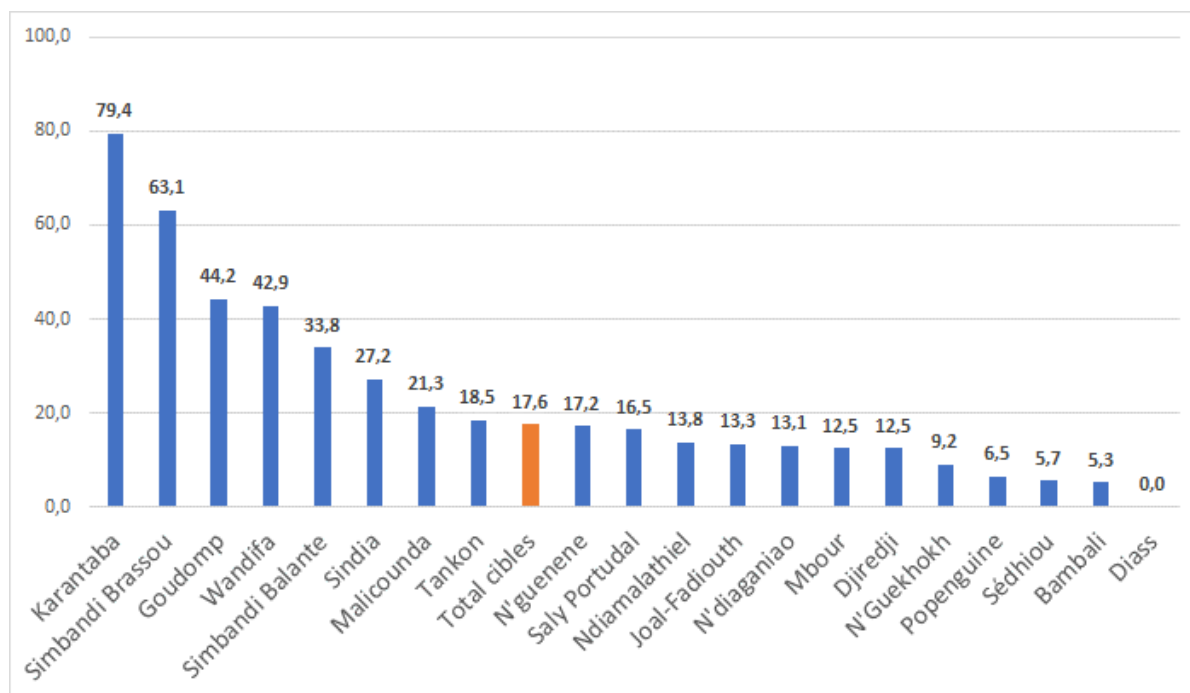
Figure 31: Répartition des ménages par niveau de vie par type de commune et sexe du CM (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

Les A&J des communes de Karantaba (79,4%), Simbandi Brassou (63,1%) et Goudomp (44,2%) présentent les plus forts taux de vulnérabilité élevée comme illustré sur la Figure 32. A l'inverse, la proportion de A&J ayant une vulnérabilité élevée est moins important dans les communes de Sédhiou (5,7%), de Bambali (5,3%) et de Diass (nulle).

Figure 32: Proportion des A&J ayant une vulnérabilité SR élevé dans les communes cibles



Source : LARTES-IFAN (2021)

Conclusion

Le Projet « *Amélioration des droits et de la santé sexuels et reproductifs des adolescents et des jeunes* » (SANSAS), mis en œuvre par un consortium de cinq acteurs nationaux et internationaux, vise à améliorer l'accès aux DSSR des adolescent·e·s et des jeunes au Sénégal à travers un accès à des services de santé de qualité et adaptés ainsi qu'à une éducation en matière de SSR. Le Projet intervient dans les départements de Mbour, Bounkiling, Goudomp et Sédhiou au Sénégal. Avant le démarrage des interventions sur le terrain, le Projet a lancé un ensemble d'études baseline dont celle-ci portant spécifiquement sur l'état des indicateurs et droits des adolescent·e·s et jeunes en santé de la reproduction dans le but de fournir des évidences scientifiques pour une meilleure intervention sur le terrain. Les indicateurs clés mis en lumière par la présente étude sont synthétisés dans le tableau ci-dessous.

Indicateurs	Cibles	Témoins
<i>De l'école</i>		
Proportion des A&J fréquentant une école - Garçons	74,1	77,6
Proportion des A&J fréquentant une école - Filles	72,8	73,8
Proportion des A&J qui pensent que l'école convient mieux aux garçons qu'aux filles- Garçons	27,0	28
Proportion des A&J qui pensent que l'école convient mieux aux garçons qu'aux filles- Filles	10,7	7,6
<i>De la planification familiale</i>		
Proportion des A&J qui savent qu'on peut éviter de contracter une grossesse tout en ayant des rapports sexuels- Garçons	33,8	37,0
Proportion des A&J qui savent qu'on peut éviter de contracter une grossesse tout en ayant des rapports sexuels- Filles	35,8	41,4
Proportion des A&J qui pensent qu'un seul rapport sexuel non protégé peut entraîner une grossesse- Garçons	21,8	30,1
Proportion des A&J qui pensent qu'un seul rapport sexuel non protégé peut entraîner une grossesse- Filles	25,7	37,7
Proportion des A&J qui savent qu'une femme peut contracter une grossesse avant ses premières règles- Garçons	5,1	5,9
Proportion des A&J qui savent qu'une femme peut contracter une grossesse avant ses premières règles- Filles	5,7	0,9
<i>De la santé de la reproduction</i>		
Proportion des A&JA&J ayant connaissance des IST- Garçons	44,2	33,0
Proportion des A&JA&J ayant connaissance des IST- Filles	48,8	43,0
Proportion des A&JA&J ayant utilisée une méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel- Garçons	51,4	62,8
Proportion des A&JA&J ayant utilisée une méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel- Filles	9,7	21,2
Proportion des A&JA&J ayant passé un test de dépistage IST/SIDA- Garçons	5,4	7,0

Proportion des A&JA&J ayant passé un test de dépistage IST/SIDA- Filles	9,3	8,1
Proportion des A&JA&J connaissant comment éviter une IST- Garçons	43,1	31,0
Proportion des A&JA&J connaissant comment éviter une IST- Filles	47,6	39,0
Proportion des A&JA&J connaissant comment se transmet une IST- Garçons	41,7	34,4
Proportion des A&JA&J connaissant comment se transmet une IST- Filles	48,8	37,1
Proportion des A&J filles utilisant tout le temps des serviettes hygiéniques	82,1	70,2
<i>De la fécondité et des naissances</i>		
Proportion des A&J filles qui n'ont aucun enfant	84,4	73,1
Proportion des A&J filles qui n'ont aucun enfant	15,6	24,2
Proportion des A&J filles ayant contracté leur première grossesse avant 18 ans	2,1	3,0
Proportion de filles âgée de 15-19 ans ayant au moins un enfant	24,7	20,8
<i>Du mariage</i>		
Proportion des A&JA&J garçons mariées	1,5	1,4
Proportion des A&JA&J filles mariées	13,4	23,7
Proportion des A&JA&J filles mariées d'accord avec le mariage	89,7	93,7
Age moyen pour qu'une fille se marie – selon les garçons (années)	19,9	19,1
Age moyen pour qu'une fille se marie – selon les filles (années)	19,9	18,8
Age moyen pour qu'un garçon se marie – selon les garçons (années)	22,3	22,4
Age moyen pour qu'un garçon se marie – selon les filles (années)	23,4	23,4
Proportion des A&J considérant qu'ils doivent avoir leur mot à dire lors de son mariage- Garçons	73,0	70,3
Proportion des A&J considérant qu'ils doivent avoir leur mot à dire lors de son mariage- Filles	76,6	69,2
<i>Des mutilations génitales chez les filles</i>		
Proportion de A&JA&J filles ayant subi une mutilation génitale	6,8	20,6
Age moyen à la mutilation génitale (années)	6,9	5,8
<i>Des consultations des professionnels de santé</i>		
Proportion des A&J ayant consultés un médecin au sujet de sa santé physique et émotionnelle- Garçons	14,0	7,4
Proportion des A&J ayant consultés un médecin au sujet de sa santé physique et émotionnelle- Filles	17,1	10,9
Proportion des A&J ayant consultés un pharmacien au sujet de sa santé physique et émotionnelle - garçons	2,3	0,0
Proportion des A&J ayant consultés un pharmacien au sujet de sa santé physique et émotionnelle - Filles	3,9	1,5

Proportion des A&J ayant consultés un infirmier au sujet de sa santé physique et émotionnelle_ Garçons	5,6	5,9
Proportion des A&J ayant consultés un infirmier au sujet de sa santé physique et émotionnelle- Filles	5,7	4,6
<i>Justifications des violences conjugales</i>		
L'infidélité de la femme comme justification des violences conjugales faites aux femmes – Garçons	21,1	28,0
L'infidélité de la femme comme justification des violences conjugales faites aux femmes – Filles	19,4	28,0
Sortir sans prévenir le mari comme justification des violences conjugales faites aux femmes – Garçons	20,2	27,2
Sortir sans prévenir le mari comme justification des violences conjugales faites aux femmes – Filles	17,5	36,6
Le refus d'avoir des rapports sexuels justifie les violences conjugales faites aux femmes – Garçons	10,0	15,5
Le refus d'avoir des rapports sexuels justifie les violences conjugales faites aux femmes – Filles	7,3	28,3
La négligence d'une femme envers les enfants justifie les violences conjugales faites aux femmes - Garçons	15,2	24,8
La négligence d'une femme envers les enfants justifie les violences conjugales faites aux femmes - Filles	12,9	28,9

* Tous les indicateurs sont en pourcentage sauf ceux formulés en « âge » qui sont en années

Recommandations

- Le renforcement de l'utilisation de la technologie dans les stratégies d'intervention est nécessaire afin d'atteindre les adolescent·e·s ayant un accès limité aux informations et aux services, comme ceux des zones rurales et les non scolarisés.
- Le recrutement de relais parmi les adolescent·e·s et des jeunes peut faciliter la relation avec les professionnel·le·s de santé. De manière générale, l'implication des adolescent·e·s dans les programmes de santé de la reproduction qui les concerne est une nécessité.
- Les stratégies de stimulation de la demande devraient adresser en priorité la question de la mobilité. Dans les zones enclavées, la fréquentation des services de santé de la reproduction est limitée du fait des distances importantes entre les points de services et les zones d'habitation des adolescent·e·s et des jeunes.
- La redynamisation des centres Ados est une priorité pour recevoir les jeunes dans chaque poste de santé en renforçant le plateau technique et en créant des espaces de confidentialité pour les adolescent·e·s et des jeunes.
- Les professionnel·le·s de santé devraient adopter des stratégies avancées au sein de l'espace scolaire afin de proposer des services SR aux adolescent·e·s et aux jeunes. Des locaux peuvent être trouvés dans les écoles afin de sensibiliser et d'identifier les adolescent·e·s et jeunes qui ont des problèmes liés à la SR.
- Des formations sont encore nécessaires pour un personnel qualifié, bien formé et disponible qui pourrait être disponible pour écouter les adolescent·e·s et donner le service et les soins demandés.
- La prise en charge des coûts de traitement au-delà des consultations pour l'achat des ordonnances et le suivi des adolescent·e·s devrait être facilitée.
- L'empouvoirement des filles et des femmes pour une attitude résiliente dans un contexte de violence physique, psychologique ou sexuelle
- L'empouvoirement des filles et des femmes dans le sens du respect des choix en matière de SSR

Bibliographie

ANSD. (2020). Situation Économique et Sociale du Sénégal 2017-2018. Dakar.

ANSD. (2016). Enquête démographique et de santé (EDS).

ANSD. (2013). Recensement Général de la Population, de l'habitat et de l'Agriculture 2013.

Ba M.G., Mbodj A.N., Sembene M., Camara A.D, Dia A. A. (2014). Offre des services de santé de la reproduction en milieu scolaire : Experience au Sénégal.

Bilge S. (2015). Le blanchiment de l'intersectionnalité. Recherches féministes, 28(2), 9.

Cissé Rokhaya, Fall Abdou Salam et Moussa Soufianou (2021). Analysis of adolescent reproductive health policies in Senegal. Les Études nationales du LARTES- IFAN. 0002, Mai 2021. 24 p. ISSN 2230-0678.

Cissé R., Fall A. S. (2019). Étude sur l'éducation des filles et les implications de la santé de la reproduction des adolescentes au Sénégal, les études Nationales du LARTES-IFAN n° 18/2019.

CISSÉ Rokhaya, Fall Abdou Salam et Moussa Soufianou (2019). Revue documentaire sur l'éducation des filles et les implications de la Santé Reproductive des adolescentes (SRD) au Sénégal. Centre de Recherche sur la Population et la Santé en Afrique (APHRC).

Cissé R., Fall A. S. (2019). Étude sur l'éducation des filles et les implications de la santé de la reproduction des adolescentes au Sénégal, les études Nationales du LARTES-IFAN n° 18/2019.

Cissé R., Fall A. S. et Moussa S. (2019). Revue documentaire sur l'éducation des filles et les implications de la Santé Reproductive des adolescentes (SRD) au Sénégal. Centre de Recherche sur la Population et la Santé en Afrique (APHRC).

Cissé R., Fall A. S., Jacquemin M. (2017). Les adolescents en Afrique de l'Ouest et du Centre. Laurent VIDAL (coord.). Renforcement de la recherche en sciences sociales en appui des priorités régionales du bureau Régional Afrique de l'Ouest et du centre de l'Unicef : analyses thématiques. Rapport de recherche.

Davies R. et Dart J. (2005). La Technique du Changement le plus Significatif (CPS). Guide d'utilisation.

- GEEP & FNUAP. (2018). Rapport des observatoires sur les grossesses chez les adolescentes en milieu scolaire.
- MacQuarrie K. L. (2014). Unmet Need for Family Planning among Young Women: Levels and Trends. *DHS Comparative Reports*, 34
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. (2016). Cartographie des interventions en santé sexuelle et en santé de la reproduction des adolescent(e)s et jeunes au Sénégal.
- Lépinard, É. (2015). Praxis de l'intersectionnalité : répertoires des pratiques féministes en France et au Canada. *L'Homme & la Société*, 198, 149-170. <https://doi.org/10.3917/lhs.198.0149>
- Sene E. H. H. C. M. (2016). Étude documentée de l'expérience des clubs EVF dans la promotion de l'Éducation à la Santé de la Reproduction dans les lycées et collèges.
- Tlostanova M. (2015). Toutes les femmes sont russes, tous les Caucasiens sont des hommes ? Intersectionnalité, pluriversalité et les autres genres des frontières eurasiennes. *Les Cahiers du CEDREF*, 20, [En ligne], [cedref.revues.org/830] (12 août 2015).
- USAID. (2017). NEEMA. Obstacles comportementaux à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes parmi les jeunes dans les régions de Kédougou et Tambacounda au Sénégal. Rapport de diagnostic.
- YMCA Sénégal. (2012). Neglected health issues facing young people in Senegal. Act2Live Youth Health.

Annexes

Annexe 1: Méthodologie détaillée du volet quantitatif

Base de sondage

La base d'échantillonnage s'appuie sur le tirage des DR à partir de la base de sondage de l'Agence nationale de la Statistique et de la Démographie établie lors du Recensement général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (RGPHAE) de 2013 et de l'actualisation de cet échantillon de DR, lors du baromètre sur la qualité de l'éducation Jàngandoo 2019. Dans ce fichier, chaque DR apparaît avec tous ses identifiants (région, département, commune/arrondissement et code d'identification), sa taille en nombre de ménages et son type de milieu de résidence (urbain ou rural). Il contient 16 020 ménages qui ont été couverts par l'enquête « ménage ». On rappelle que les unités primaires d'échantillonnage sont constituées des districts de recensement (DR) qui sont des unités aréolaires dans lesquelles seront tirés les ménages.

Tirage des DR

Un tirage systématique des DR à l'intérieur de chaque strate avec des probabilités proportionnelles à la taille du DR sera effectué, la taille étant ici le nombre de ménages par DR.

Le tirage d'un échantillon avec des probabilités inégales sera effectué par la méthode des totaux cumulés³. Le tirage des DR se fera indépendamment dans chaque strate. La probabilité de tirage d'un DR est calculée indépendamment dans chaque strate. Elle est calculée de la manière suivante :

$$P_{hi} = \frac{N_h * M_{hi}}{\sum M_{hi}}$$

- P_{hi} est la probabilité de sélectionner au premier degré le DR i de la strate h ;
- N_h = le nombre de DR à tirer dans la strate h
- M_{hi} = Le nombre de ménages du DR i de la strate h;

L'Enquête de base SANSAS porte sur un échantillon de 49 DR repartis par strate, dont 16 pour le département de Mbour, 12 pour Bounkiling, 10 pour Goudomp et 11 pour Sédhiou.

Tirage des ménages

³ Il s'agit, avant chaque tirage, de faire le cumul des effectifs de chaque DR. Les effectifs ici sont les nombres de ménage par DR. Ensuite on calcule le pas de sondage I comme suit : $I = \frac{M}{a}$, M est le nombre total de ménages dans la strate et a est le nombre de DR à tirer. R est un nombre aléatoire compris entre 1 et I. Ensuite, on calcule la série suivante R, R+2I, R+3I, etc. Le premier DR tiré est le premier DR sur la liste dont l'effectif cumulé est égal ou supérieur à ce numéro de sondage.

Les ménages à enquêter sont tirés, suivant une méthode d'échantillonnage probabiliste à toutes les phases du processus de sélection, pour assurer une représentativité au niveau de chaque département. Un dénombrement préalable des ménages (phase cartographie) dans chacun des DR-échantillons tirés est réalisé et fournira une liste de ménages à partir de laquelle les ménages échantillons seront sélectionnés au deuxième degré. Un tirage systématique de 22 ménages sans remise dans chaque DR sera effectué. Cela veut dire que tous les ménages d'un même DR ont la même chance d'appartenir à l'échantillon. La probabilité de tirage d'un ménage dans le DR i P_m :

$$P_{mi} = \frac{m_{ki}}{M'_{ki}}$$

M_{ki} : Le nombre de Ménages tirés du DR i de l'échantillon.

M'_{ki} : le nombre total de ménage après mise à jour de la liste des ménages.

La taille moyenne des DR est de 105 ménages dans le milieu urbain, et de 82 ménages dans le milieu rural, avec une taille moyenne globale de 93 ménages. La mise à jour cartographique des DR échantillons a été faite compte tenu du caractère assez vétuste de la base de sondage, Ainsi, en reprenant le dénombrement, opération sur laquelle les agents de terrain ont été aussi formés, on a obtenu la taille réelle et actuelle des DR (nombre effectif de ménages). Le tirage des ménages a été ainsi fait sur une base plus réelle et, cela nous a permis de disposer d'une base de pondération plus robuste pour l'analyse de données.

Calcul des poids de sondage pour le volet ménage

Le poids de sondage est déterminé par l'inverse du produit des probabilités de tirage. On le calcule ainsi pour chaque DR selon la formule suivante :

$$P_{mk} = \frac{1}{P_{mi} * \Phi_i}$$

P_{mk} : poids des ménages du DR k

Toutefois, un redressement des poids tenant compte de la couverture et un calage à partir de la projection des populations par milieu résidence selon département en se rapportant à la période de référence de l'enquête a été opéré.

- **Couverture**

Les coefficients de pondération bruts sont ajustés pour prendre en compte les non-réponses des ménages. En effet, dans certains DR le nombre ménages tirés (22 ménages) pour la collecte n'est pas atteint. Les coefficients de pondération sont ajustés selon la formule suivante :

$$P'_{mk} = \frac{1}{P_m * \Phi_i} * C_i$$

où $C_i = \frac{m}{m_i}$ avec m : le nombre de ménages tirés dans chaque DR
 m_i : le nombre de ménages interviewés avec succès dans le DR i

- **Calage sur marge**

Pour des besoins d'ajustement de la structure des données en termes d'effectifs, un calage par rapport aux projections de populations a été effectué. L'enquête étant réalisée 2021, par conséquent, le calage a été fait à partir de la population projetée de 2021. Il s'est agi pour chaque département selon le milieu de résidence que l'effectif obtenu à partir de l'enquête soit égal à la population issue des projections. Le calage a été effectué selon la formule suivante :

$$P_{k_fin} = P'_{mk} * D_{ik}$$

où $D_{ik} = \frac{\text{Populatuion moyenne entre 2018 et 2019 du milieu de résidence } k \text{ du département } i}{\text{Effectif selon l'enquête du milieu de résidence } k \text{ de la région } i \text{ avec les poids bruts ajustés}}$

Calcul des indicateurs

Le calcul de ces indicateurs de ménage a permis de produire deux séries statistiques :

- L'une qui donne la répartition des ménages selon ces indicateurs ;
- L'autre qui donne la répartition de la population (des individus) selon les caractéristiques du ménage.

Annexe 2: Construction de l'indicateur synthétique sur la vulnérabilité SR des A&J

Principal components/correlation Number of obs = 1,740
 Number of comp. = 10
 Trace = 10
 Rotation: (unrotated = principal) Rho = 1.0000

Component	Eigenvalue	Difference	Proportion	Cumulative
Comp1	2,28314	0,90057	0,22830	0,22830
Comp2	1,38257	0,22186	0,13830	0,36660
Comp3	1,16070	0,23407	0,11610	0,48260
Comp4	0,92664	0,02639	0,09270	0,57530
Comp5	0,90025	0,02829	0,09000	0,66530
Comp6	0,87196	0,12880	0,08720	0,75250
Comp7	0,74316	0,13182	0,07430	0,82680
Comp8	0,61135	0,03915	0,06110	0,88800
Comp9	0,57220	0,02416	0,05720	0,94520
Comp10	0,54804		0,05480	1,00000

Qualité de l'adhésion (Indice KMO)

Statut marital	0,6045
Fréquentation scolaire	0,5738
École convient plus aux garçons qu'aux filles	0,5243
Éviter de contracter une grossesse tout en ayant des rapports sexuels	0,7404
Nombre de relations sexuelles non protégées minimum avant de tomber enceinte	0,7606
Tomber enceinte avant ses 1ères règles	0,7143
Connaissance des IST	0,7169
Réalisation d'un test de dépistage IST/VIH/SIDA	0,8061
Adolescent.e a son mot à dire lors pour son mariage (Oui)	0,7789
Justification qu'une femme soit battue par son mari pour une raison quelconque (Injustifié)	0,4869
Overall	0,7049

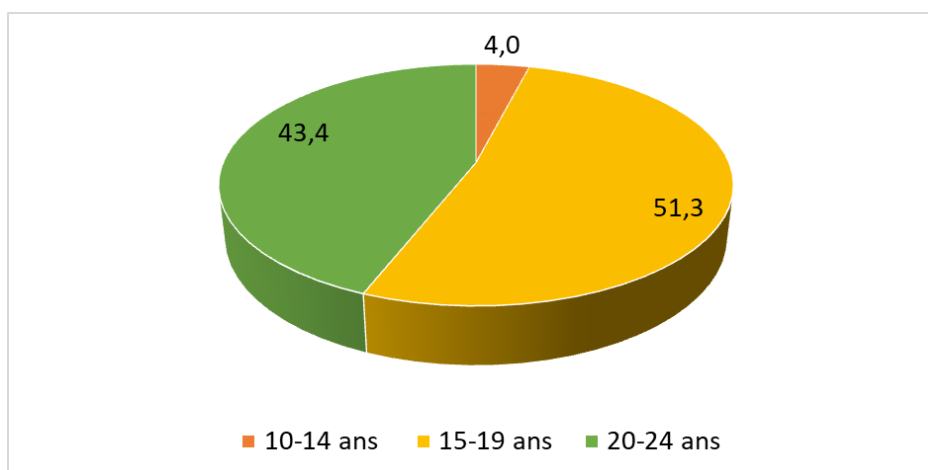
Annexe 3 : Profil des enquêté.e.s du volet qualitatif

Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon qualitatif

Au total, l'enquête qualitative a porté sur : 146 adolescent·e·s et jeunes, 43 professionnel·le·s de santé, 32 acteurs communautaires et 5 responsables de Club EVF.

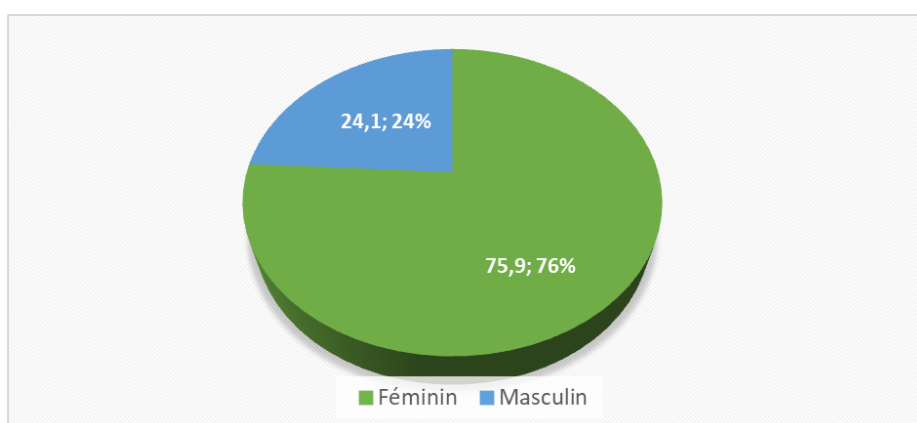
Répartition des adolescent·e·s par tranche d'âge

Plus 1/2 des adolescent·e·s sont dans la tranche d'âge 15-19



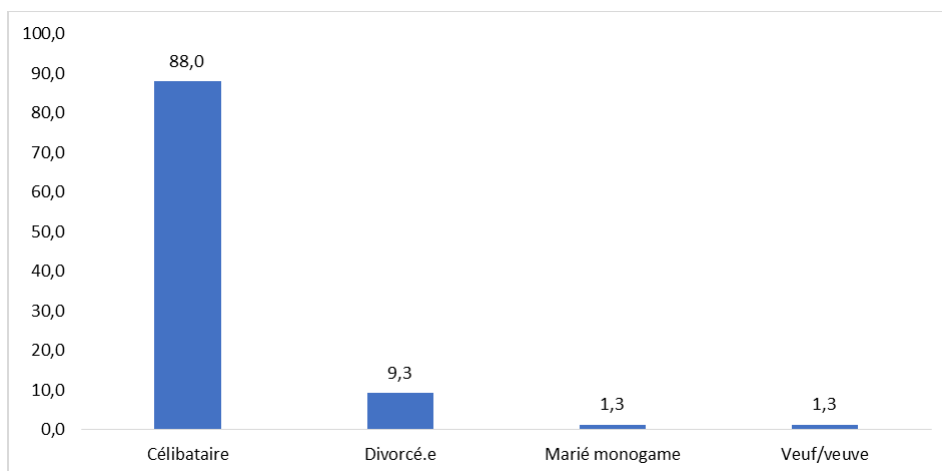
Répartition des adolescent·e·s par sexe

La majorité des A&J sont des filles



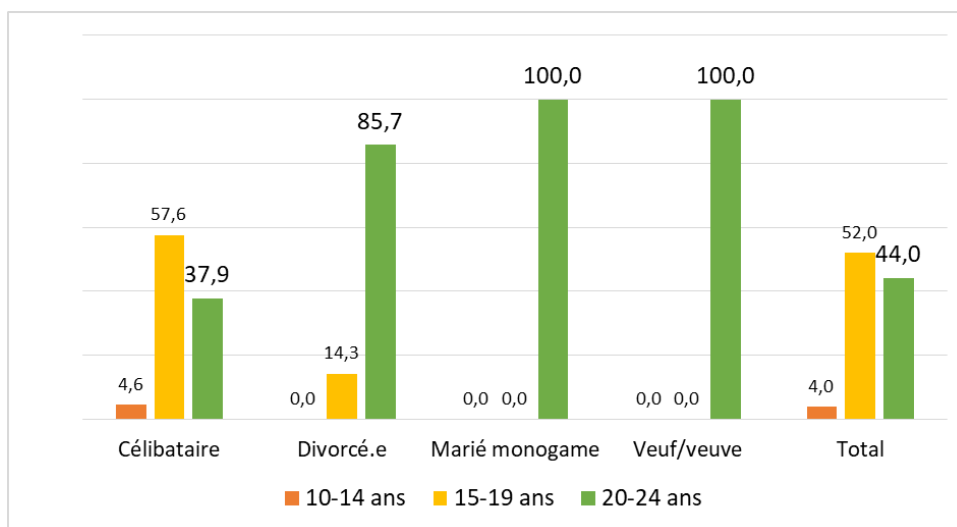
Répartition des adolescent·e·s selon la situation matrimoniale

Les célibataires restent dominants chez les adolescent·e·s



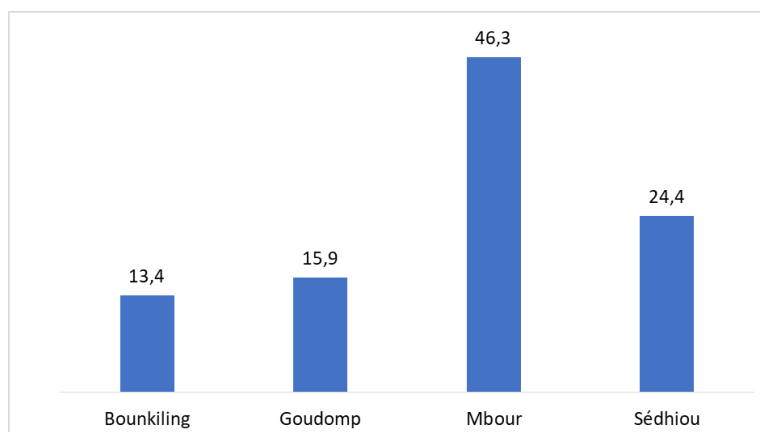
Répartition des adolescent·e·s selon la situation matrimoniale et la tranche d'âge

Plus de la moitié des adolescent·e·s sont célibataires et dans la tranche d'âge 15-19 ans



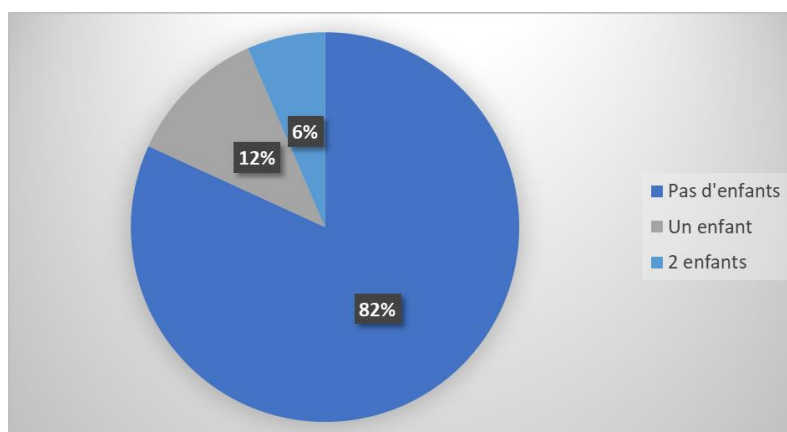
Répartition des adolescent·e·s par département

Presque la moitié des adolescent·e·s sont concentrés dans le département de Mbour



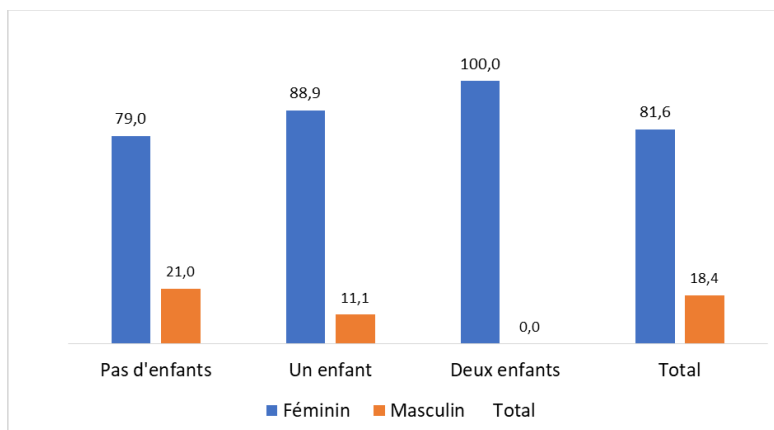
Répartition des adolescent·e·s selon le nombre d'enfants

12% des adolescent·e·s rencontré.e.s ont déjà un enfant



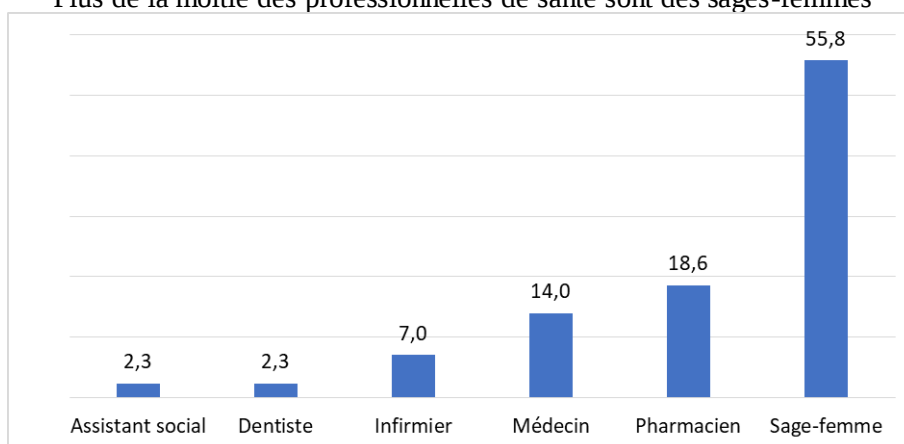
La proportion d'adolescent·e·s ayant au moins un enfant est plus marquée chez les filles

Répartition des adolescent·e·s par nombre d'enfants et par sexe



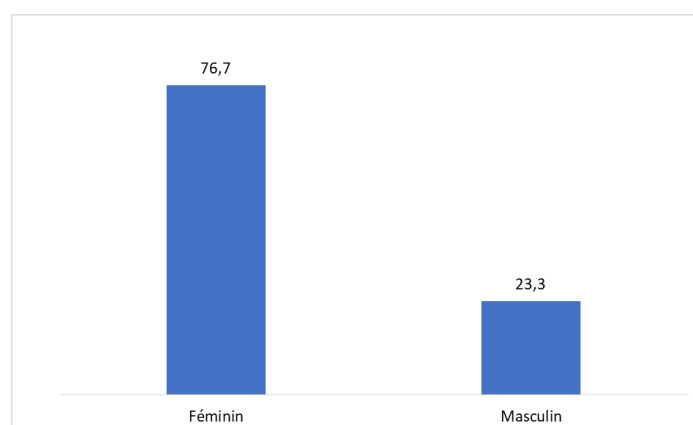
Répartition des professionnels de santé par statut

Plus de la moitié des professionnelles de santé sont des sages-femmes



Répartition des professionnels de santé par sexe

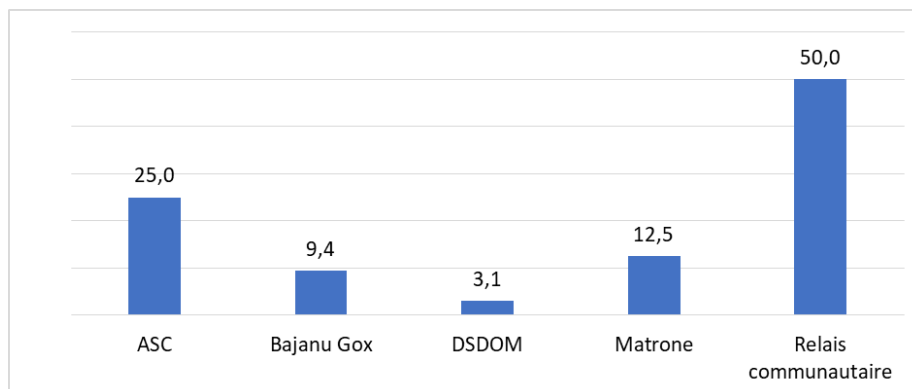
La proportion de femmes reste plus élevée chez les professionnel·le·s de santé



Les acteurs communautaires

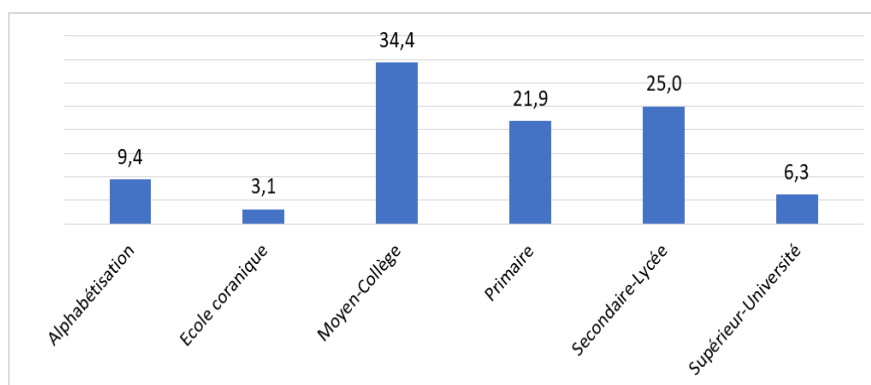
Répartition des acteurs communautaires selon le statut

Les relais représentent la moitié des acteurs communautaires



Répartition des acteurs communautaires selon le niveau d'instruction

1/3 des acteurs communautaires ont atteint un niveau Moyen/Collège



Annexe 4: Répartition des A&J par statut matrimonial et par commune (%)

Statut matrimonial des A&J - garçons uniquement et par commune			
	Marié	Célibataire	Total
Joal-Fadiouth	5,8	94,2	100,0
N'guenene	0,0	100,0	100,0
N'diaganiao	9,2	90,8	100,0
Popenguine	0,0	100,0	100,0
Diass	0,0	100,0	100,0
Sindia	0,0	100,0	100,0
Mbour	0,7	99,3	100,0
N'Guekhokh	0,0	100,0	100,0
Saly Portudal	0,0	100,0	100,0
Malicounda	0,0	100,0	100,0
Sédhiou	2,0	98,0	100,0
Bambali	0,0	100,0	100,0
Djiredji	6,7	93,3	100,0
Tankon	0,0	100,0	100,0
Ndiamalathiel	0,0	100,0	100,0
Wandifa	0,0	100,0	100,0
Simbandi Balante	0,0	100,0	100,0
Goudomp	0,0	100,0	100,0
Karantaba	2,4	97,6	100,0
Simbandi Brassou	10,0	90,0	100,0
Total	1,6	98,4	100,0
Témoins			
Sandiara	0,0	100,0	100,0
Sansamba	0,0	100,0	100,0
Benete-Bijini	15,0	85,0	100,0
Diacounda	0,0	100,0	100,0
Yarang Balante	0,0	100,0	100,0
Ngaparou	0,0	100,0	100,0
Total	1,3	98,7	100,0

Statut matrimonial des A&J - filles uniquement et par commune

	Mariée	Divorcée	Célibataire	Total
Joal-Fadiouth	24,1	0,0	75,9	100,0
N'guenene	15,6	0,0	84,4	100,0
N'diagianao	41,3	0,0	58,7	100,0
Popenguine	10,5	0,0	89,5	100,0
Diass	3,4	3,4	93,3	100,0
Sindia	2,6	0,0	97,4	100,0
Mbour	13,6	1,2	85,2	100,0
N'Guekhokh	14,3	2,1	83,6	100,0
Saly Portudal	15,3	0,0	84,7	100,0
Malicounda	9,9	1,2	89,0	100,0
Sédhiou	2,5	0,0	97,5	100,0
Bambali	10,3	0,0	89,7	100,0
Djiredji	0,0	0,0	100,0	100,0
Tankon	33,3	0,0	66,7	100,0
Ndiamalathiel	20,3	0,0	79,7	100,0
Wandifa	0,0	0,0	100,0	100,0
Simbandi Balante	20,0	0,0	80,0	100,0
Goudomp	6,1	0,0	93,9	100,0
Karantaba	9,1	0,0	90,9	100,0
Simbandi Brassou	3,0	0,0	97,1	100,0
Total cibles	13,5	0,8	85,7	100,0
Témoins				
Sandiara	34,9	0,0	65,1	100,0
Sansamba	30,0	0,0	70,0	100,0
Benete- Bijini	9,5	0,0	90,5	100,0
Diacounda	7,1	0,0	92,9	100,0
Yarang Balante	16,7	0,0	83,3	100,0
Ngaparou	5,0	0,0	95,0	100,0
Total témoins	23,7	0,0	76,3	100,0

Annexe 5: Proportion des A&J qui savent qu'on peut éviter de contracter une grossesse tout en ayant des rapports sexuels (%)

	Garçons	Filles
Joal-Fadiouth	26,5	38,7
N'guenene	31,3	25,0
N'diaganiao	16,7	22,5
Popenguine	66,7	73,7
Diass	76,6	65,0
Sindia	18,5	18,5
Mbour	48,6	40,9
N'Guekhokh	12,2	31,9
Saly Portudal	40,2	21,0
Malicounda	30,2	43,3
Sédhiou	32,8	32,4
Bambali	46,4	51,7
Djiredji	46,7	17,7
Tankon	8,3	20,0
Ndiamalathiel	42,9	27,1
Wandifa	0,0	18,8
Simbandi Balante	23,6	26,7
Goudomp	15,8	24,2
Karantaba	4,9	4,6
Simbandi Brassou	5,0	5,9
Total cibles	33,8	35,8
Témoins		
Sandiara	33,6	54,2
Sansamba	46,7	45,0
Benete-Bijini	30,0	23,8
Diacounda	54,6	21,4
Yarang Balante	30,0	16,7
Ngaparou	50,0	60,0
Total témoins	37,0	41,4

Annexe 6: Nombre de rapports sexuels non protégés pour qu'une femme puisse contracter une grossesse selon les A&J (%)

Nombre de rapports sexuels non protégés pour qu'une femme puisse contracter une grossesse selon les garçons

	Un seul	Plus d'un	Ne sait pas	Total
Joal-Fadiouth	8,8	17,5	73,7	100,0
N'guenene	28,2	15,6	56,2	100,0
N'diagianiao	12,2	39,5	48,3	100,0
Popenguine	33,3	33,3	33,3	100,0
Diass	41,2	27,5	31,3	100,0
Sindia	15,2	6,0	78,9	100,0
Mbour	21,5	22,2	56,3	100,0
N'Guekhokh	22,1	18,3	59,6	100,0
Saly Portudal	4,9	35,3	59,9	100,0
Malicounda	16,4	15,1	68,5	100,0
Sédhiou	26,3	14,5	59,2	100,0
Bambali	46,4	28,6	25,0	100,0
Djiredji	53,3	13,3	33,3	100,0
Tankon	25,0	25,0	50,0	100,0
Ndiamalathiel	57,1	0,0	42,9	100,0
Wandifa	0,0	20,0	80,0	100,0
Simbandi Balante	26,2	21,0	52,9	100,0
Goudomp	26,3	5,3	68,4	100,0
Karantaba	4,9	2,4	92,7	100,0
Simbandi Brassou	35,0	5,0	60,0	100,0
Total cibles	21,8	19,8	58,5	100,0
Témoins				
Sandiara	23,2	22,0	54,9	100,0
Sansamba	66,7	13,3	20,0	100,0
Benete-Bijini	40,0	5,0	55,0	100,0
Diacounda	54,6	0,0	45,5	100,0
Yarang Balante	15,0	25,0	60,0	100,0
Ngaparou	25,0	25,0	50,0	100,0
Total témoins	30,1	19,0	50,9	100,0

Nombre de rapports sexuels non protégés pour qu'une femme puisse contracter une grossesse selon les filles

	Un seul	Plus d'un	Ne sait pas	Total
Joal-Fadiouth	15,5	27,3	57,2	100,0
N'guenene	9,4	12,5	78,1	100,0
N'diagianiao	41,3	15,0	43,7	100,0
Popenguine	42,1	5,3	52,6	100,0
Diass	55,8	5,8	38,3	100,0

Sindia	15,7	2,6	81,7	100,0
Mbour	24,2	21,5	54,3	100,0
N'Guekhokh	26,3	17,7	56,1	100,0
Saly Portudal	41,4	0,0	58,6	100,0
Malicounda	26,9	17,2	55,9	100,0
Sédhiou	22,4	20,1	57,6	100,0
Bambali	44,8	17,2	37,9	100,0
Djiredji	23,5	0,0	76,5	100,0
Tankon	20,0	6,7	73,3	100,0
Ndiamalathiel	33,9	6,8	59,4	100,0
Wandifa	12,5	0,0	87,5	100,0
Simbandi Balante	13,3	33,3	53,3	100,0
Goudomp	27,3	9,1	63,6	100,0
Karantaba	4,6	9,1	86,4	100,0
Simbandi Brassou	11,8	0,0	88,2	100,0
Total cibles	25,72	15,9	58,38	100
Témoins				
Sandiara	26,85	27,08	46,08	100
Sansamba	55	15	30	100
Benete-Bijini	33,33	4,76	61,9	100
Diacounda	35,71	0	64,29	100
Yarang Balante	41,67	8,33	50	100
Ngaparou	25	25	50	100
Total témoins	35,39	16,57	48,04	100

Annexe 7: Proportion d'A&J qui savent qu'une femme peut contracter une grossesse avant ses premières règles (%)

Proportion d'A&J (garçons) qui savent qu'une femme peut contracter une grossesse avant ses premières règles

	%
Joal-Fadiouth	0,0
N'guenene	3,1
N'diagianiao	4,5
Popenguine	8,3
Diass	0,0
Sindia	6,2
Mbour	8,8
N'Guekhokh	2,3
Saly Portudal	0,0
Malicounda	3,6
Sédhiou	6,1
Bambali	7,1
Djiredji	6,7
Tankon	8,3
Ndiamalathiel	0,0
Wandifa	0,0
Simbandi Balante	5,2
Goudomp	5,3
Karantaba	0,0
Simbandi Brassou	5,0
Total	5,1
Sandiara	8,6
Sansamba	0,0
Benete- Bijini	0,0
Diacounda	9,1
Yarang Balante	5,0
Ngaparou	0,0
Total	5,9

Proportion d'A&J (filles) qui savent qu'une femme peut contracter une grossesse avant ses premières règles

	%
Joal-Fadiouth	5,0
N'guenene	6,3
N'diagianiao	5,7
Popenguine	5,3
Diass	0,0

Sindia	2,6
Mbour	8,1
N'Guekhokh	11,4
Saly Portudal	0,0
Malicounda	8,3
Sédhiou	2,5
Bambali	0,0
Djiredji	0,0
Tankon	0,0
Ndiamalathiel	6,8
Wandifa	0,0
Simbandi Balante	20,0
Goudomp	3,0
Karantaba	4,6
Simbandi Brassou	0,0
Total	5,7
Témoins	
Sandiara	0,0
Sansamba	0,0
Benete- Bijini	0,0
Diacounda	0,0
Yarang Balante	0,0
Ngaparou	5,0
Total témoins	0,9

Annexe 8: Proportion des A&J ayant connaissance des IST (%)

	Garçons	Filles
Joal-Fadiouth	24,4	43,8
N'guenene	62,5	34,4
N'diagianiao	25,4	30,0
Popenguine	66,7	73,7
Diass	82,4	81,7
Sindia	27,8	61,8
Mbour	55,6	51,3
N'Guekhokh	45,1	66,8
Saly Portudal	28,7	61,8
Malicounda	39,9	49,1
Sédhiou	83,6	67,4
Bambali	85,7	58,6
Djiredji	60,0	41,2
Tankon	33,3	20,0
Ndiamalathiel	14,3	33,9
Wandifa	0,0	12,5
Simbandi Balante	15,7	26,7
Goudomp	21,1	21,2
Karantaba	4,9	9,1
Simbandi Brassou	15,0	11,8
Total cibles	44,18	48,8
Témoins		
Sandiara	22,0	26,9
Sansamba	80,0	70,0
Benete-Bijini	45,0	76,2
Diacounda	45,5	50,0
Yarang Balante	25,0	16,7
Ngaparou	25,0	40,0
Total témoins	33,03	43,02

Annexe 9: Proportion de A&J ayant utilisée de PF lors du premier rapport sexuel par commune (%)

	Garçons	Filles
Joal-Fadiouth	35,2	13,0
N'guenene	66,7	0,0
N'diaganiao	0,0	0,0
Popenguine	100,0	0,0
Sindia	0,0	0,0
Mbour	70,4	66,7
N'Guekhokh	62,8	4,3
Saly Portudal	100,0	0,0
Malicounda	15,3	0,0
Sédhiou	20,5	0,0
Bambali	78,6	33,3
Djiredji	25,0	40,0
Tankon	0,0	0,0
Ndiamalathiel	100,0	0,0
Simbandi Balante	30,0	40,0
Goudomp	100,0	0,0
Karantaba	66,7	20,0
Simbandi Brassou	0,0	25,0
Total cibles	51,4	9,7
Témoins		
Sandiara	24,2	8,1
Sansamba	75,0	41,7
Benete-Bijini	75,0	16,7
Diacounda	75,0	25,0
Yarang Balante	100,0	0,0
Ngaparou	100,0	0,0
Total témoins	62,8	21,2

Annexe 10: Proportion de A&J ayant passé un test de dépistage IST/SIDA (%)

	Garçons	Filles
Joal-Fadiouth	3,2	11,5
N'guenene	9,4	3,1
N'diagianiao	0,0	10,5
Popenguine	8,3	10,5
Diass	0,0	25,9
Sindia	6,2	2,8
Mbour	3,1	8,6
N'Guekhokh	3,8	7,1
Saly Portudal	0,0	20,4
Malicounda	4,1	6,4
Sédhiou	6,2	12,5
Bambali	17,9	3,5
Djiredji	6,7	0,0
Tankon	16,7	13,3
Ndiamalathiel	14,3	6,8
Wandifa	20,0	12,5
Simbandi Balante	5,2	6,7
Goudomp	26,3	6,1
Karantaba	7,3	4,6
Simbandi Brassou	10,0	3,0
Total cibles	5,4	9,3
Témoins		
Sandiara	2,9	5,2
Sansamba	6,7	5,0
Benete-Bijini	5,0	4,8
Diacounda	36,4	21,4
Yarang Balante	10,0	8,3
Ngaparou	0,0	10,0
Total témoins	7,0	8,1

Annexe 11: Proportion des A&J connaissant comment éviter une IST (%)

	Garçons	Filles
Joal-Fadiouth	27,0	42,1
N'guenene	50,0	34,4
N'diagianiao	30,3	30,0
Popenguine	83,3	73,7
Diass	82,4	75,0
Sindia	24,7	40,2
Mbour	55,3	52,5
N'Guekhokh	58,9	61,8
Saly Portudal	28,7	63,7
Malicounda	49,3	46,2
Sédhiou	48,9	57,4
Bambali	71,4	41,4
Djiredji	53,3	29,4
Tankon	33,3	53,3
Ndiamalathiel	28,6	47,4
Wandifa	40,0	18,8
Simbandi Balante	7,9	33,3
Goudomp	21,1	24,2
Karantaba	9,8	9,1
Simbandi Brassou	5,0	11,8
Total cibles	43,1	47,6
Témoins		
Sandiara	24,7	37,5
Sansamba	53,3	60,0
Benete-Bijini	35,0	28,6
Diacounda	54,6	57,1
Yarang Balante	25,0	16,7
Ngaparou	25,0	35,0
Total témoins	31,0	39,0

Annexe 12: Proportion des A&J connaissant comment se transmet une IST (%)

	Garçons	Filles
Joal-Fadiouth	30,2	49,5
N'guenene	46,9	31,3
N'diagianiao	31,3	30,0
Popenguine	75,0	73,7
Diass	82,4	81,7
Sindia	24,7	48,2
Mbour	53,6	53,4
N'Guekhokh	51,2	63,9
Saly Portudal	24,6	61,8
Malicounda	49,4	46,5
Sédhiou	53,0	59,9
Bambali	67,9	41,4
Djiredji	46,7	35,3
Tankon	33,3	46,7
Ndiamalathiel	14,3	40,7
Wandifa	20,0	12,5
Simbandi Balante	7,9	33,3
Goudomp	10,5	15,2
Karantaba	9,8	9,1
Simbandi Brassou	5,0	8,9
Total cibles	41,7	48,8
Témoins		
Sandiara	29,2	37,5
Sansamba	60,0	50,0
Benete- Bijini	30,0	38,1
Diacounda	45,5	28,6
Yarang Balante	30,0	16,7
Ngaparou	33,3	45,0
Total témoins	34,4	37,1

Annexe 13 : Proportion de A&J filles utilisant des serviettes hygiéniques (%)

	Oui, tous les temps	Oui, parfois	Oui, rarement	Non, jamais	Total
Joal-Fadiouth	93,8	3,7	2,4	0,0	100,0
N'guenene	75,0	20,0	0,0	5,0	100,0
N'diaganiao	35,4	64,6	0,0	0,0	100,0
Popenguine	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Diass	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Sindia	81,2	18,8	0,0	0,0	100,0
Mbour	86,1	11,2	2,0	0,6	100,0
N'Guekhokh	93,9	6,1	0,0	0,0	100,0
Saly Portudal	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Malicounda	55,2	35,1	6,4	3,2	100,0
Sédhiou	65,7	27,4	6,9	0,0	100,0
Bambali	70,0	25,0	5,0	0,0	100,0
Djiredji	35,7	28,6	35,7	0,0	100,0
Tankon	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Ndiamalathiel	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Wandifa	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Simbandi Balante	81,8	9,1	0,0	9,1	100,0
Goudomp	82,6	17,4	0,0	0,0	100,0
Karantaba	66,7	13,3	6,7	13,3	100,0
Simbandi Brassou	79,8	20,2	0,0	0,0	100,0
Total cibles	82,1	14,4	2,6	1,0	100,0
Témoins					
Sandiarra	63,4	31,5	5,1	0,0	100,0
Sansamba	47,1	41,2	11,8	0,0	100,0
Benete-Bijini	53,9	46,2	0,0	0,0	100,0
Diacounda	91,7	0,0	0,0	8,3	100,0
Yarang Balante	66,7	22,2	11,1	0,0	100,0
Ngaparou	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Total témoins	70,2	23,3	5,4	1,0	100,0

Annexe 14: Proportion des adolescentes ayant au moins un enfant (%)

	%
Joal-Fadiouth	34,8
N'guenene	15,0
N'diagianiao	44,1
Popenguine	6,3
Diass	4,3
Sindia	7,4
Mbour	14,2
N'Guekhokh	18,4
Saly Portudal	11,9
Malicounda	17,0
Sédhiou	6,8
Bambali	15,0
Djiredji	7,1
Tankon	14,3
Ndiamalathiel	10,0
Wandifa	0,0
Simbandi	
Balante	18,2
Goudomp	13,0
Karantaba	13,3
Simbandi	
Brassou	6,7
Total cibles	15,6
Témoins	
Sandiara	42,1
Sansamba	23,5
Benete-Bijini	23,1
Diacounda	16,7
Yarang Balante	22,2
Ngaparou	13,3
Total témoins	24,2

Annexe 15: Nombre d'enfants chez les A&J filles par commune (%)

	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 efts	Total
Joal-Fadiouth	72,2	17,2	10,7	0,0	100,0
N'guenene	66,7	33,3	0,0	0,0	100,0
N'diagianiao	59,6	34,8	5,6	0,0	100,0
Popenguine	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Diass	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Sindia	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Mbour	79,7	20,4	0,0	0,0	100,0
N'Guekhokh	16,5	83,5	0,0	0,0	100,0
Saly Portudal	50,0	0,0	50,0	0,0	100,0
Malicounda	68,9	15,6	15,6	0,0	100,0
Sédhiou	50,0	50,0	0,0	0,0	100,0
Bambali	66,7	0,0	33,3	0,0	100,0
Djiredji	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Tankon	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Ndiamalathiel	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Simbandi Balante	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Goudomp	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Karantaba	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Simbandi Brassou	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Total cibles	70,9	21,6	6,9	0,6	100,0
Témoins					
Sandiara	62,6	0,0	37,4	0,0	100,0
Sansamba	75,0	25,0	0,0	0,0	100,0
Benete-Bijini	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Diacounda	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Yarang Balante	50,0	50,0	0,0	0,0	100,0
Ngaparou	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Total témoins	74,0	12,7	13,3	0,0	100,0

Annexe 16: Age de A&J enceinte ou l'ayant eu leur première grossesse par commune (%)

	Avant 18 ans	18 ans ou +	Total
Joal-Fadiouth	3,2	96,8	100,0
N'guenene	1,6	98,4	100,0
N'diaganiao	10,2	89,8	100,0
Popenguine	3,2	96,8	100,0
Diass	0,0	100,0	100,0
Sindia	0,0	100,0	100,0
Mbour	1,5	98,5	100,0
N'Guekhokh	0,0	100,0	100,0
Saly Portudal	2,9	97,1	100,0
Malicounda	3,3	96,8	100,0
Sédhiou	0,0	100,0	100,0
Bambali	3,5	96,5	100,0
Djiredji	0,0	100,0	100,0
Tankon	0,0	100,0	100,0
Ndiamalathiel	4,6	95,4	100,0
Wandifa	0,0	100,0	100,0
Simbandi Balante	3,8	96,2	100,0
Goudomp	1,9	98,1	100,0
Karantaba	3,2	96,8	100,0
Simbandi Brassou	0,0	100,0	100,0
Total cibles	2,1	97,9	100,0
Témoins			
Sandiara	2,9	97,1	100,0
Sansamba	2,9	97,1	100,0
Benete- Bijini	2,4	97,6	100,0
Diacounda	4,0	96,0	100,0
Yarang Balante	3,1	96,9	100,0
Ngaparou	3,1	96,9	100,0
Total témoins	3,0	97,0	100,0

Annexe 17: Proportion de A&J filles mariées d'accord ou non avec le mariage (%)

	D'accord	Pas d'accord	Total
Joal-Fadiouth	100,0	0,0	100,0
N'guenene	100,0	0,0	100,0
N'diagianiao	100,0	0,0	100,0
Popenguine	100,0	0,0	100,0
Diass	50,0	50,0	100,0
Sindia	100,0	0,0	100,0
Mbour	86,2	13,8	100,0
N'Guekhokh	87,1	12,9	100,0
Saly Portudal	66,7	33,3	100,0
Malicounda	89,4	10,6	100,0
Sédhiou	100,0	0,0	100,0
Bambali	100,0	0,0	100,0
Tankon	100,0	0,0	100,0
Ndiamalathiel	66,7	33,3	100,0
Simbandi Balante	100,0	0,0	100,0
Goudomp	100,0	0,0	100,0
Karantaba	50,0	50,0	100,0
Simbandi Brassou	100,0	0,0	100,0
Total cibles	89,7	10,3	100,0
Témoins			
Sandiara	91,9	8,1	100,0
Sansamba	100,0	0,0	100,0
Benete- Bijini	50,0	50,0	100,0
Diacounda	100,0	0,0	100,0
Yarang Balante	100,0	0,0	100,0
Ngaparou	100,0	0,0	100,0
Total témoins	93,7	6,3	100,0

Annexe 18: Âge minimum pour qu'une fille se marie selon les A&J garçons (%)

	11-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	Plus de 35 ans	Total
Joal-Fadiouth	0,0	28,6	46,8	8,5	0,0	16,2	100
N'guenene	0,0	43,8	28,1	6,2	0,0	21,9	100
N'diagianao	0,0	82,1	6,1	0,0	0,0	11,8	100
Popenguine	0,0	26,3	31,6	31,6	5,3	5,3	100
Diass	0,0	52,6	29,2	9,9	3,4	5,0	100
Sindia	0,0	21,5	40,0	16,3	2,8	19,3	100
Mbour	1,7	42,9	30,6	10,1	4,2	10,5	100
N'Guekhokh	0,0	25,6	44,6	7,8	2,1	19,9	100
Saly Portudal	0,0	37,6	41,4	17,2	0,0	3,8	100
Malicounda	0,0	32,9	41,6	9,2	1,2	15,0	100
Sédhiou	0,0	47,4	22,5	10,0	2,5	17,5	100
Bambali	0,0	62,1	10,3	3,5	0,0	24,1	100
Djiredji	0,0	47,1	11,8	0,0	5,9	35,3	100
Tankon	0,0	40,0	6,7	0,0	0,0	53,3	100
Ndiamalathiel	6,8	52,6	20,3	0,0	0,0	20,3	100
Wandifa	0,0	31,3	0,0	0,0	0,0	68,8	100
Simbandi							
Balante	0,0	53,3	6,7	0,0	0,0	40,0	100
Goudomp	0,0	33,3	18,2	0,0	0,0	48,5	100
Karantaba	0,0	13,6	9,1	0,0	4,6	72,7	100
Simbandi							
Brassou	0,0	11,8	3,0	0,0	0,0	85,2	100
Total	0,7	40,2	29,4	8,5	2,3	18,9	100
Témoins							100,
Sandiara	0,0	43,0	24,5	10,9	5,5	16,2	0
Sansamba	0,0	70,0	10,0	0,0	0,0	20,0	100,
Benete-Bijini	0,0	52,4	9,5	0,0	0,0	38,1	0
Diacounda	0,0	64,3	21,4	0,0	0,0	14,3	100,
Yarang Balante	0,0	16,7	16,7	0,0	0,0	66,7	0
Ngaparou	0,0	5,0	60,0	15,0	0,0	20,0	100,
Total	0,0	40,1	25,3	5,8	1,5	27,3	0

Annexe 19: Âge minimum pour qu'une fille se marie selon les A&J filles (%)

	11-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	Plus de 35 ans	Total
Joal-Fadiouth	0,0	6,1	38,7	37,5	5,8	11,9	100,0
N'guenene	0,0	15,6	43,8	15,7	0,0	25,0	100,0
N'diagianiao	0,0	12,7	57,3	12,0	5,5	12,5	100,0
Popenguine	0,0	0,0	50,0	41,7	0,0	8,3	100,0
Diass	0,0	19,6	13,7	55,0	11,7	0,0	100,0
Sindia	0,0	3,1	36,1	18,3	3,1	39,4	100,0
Mbour	0,0	19,3	31,5	30,0	5,1	14,1	100,0
N'Guekhokh	0,0	17,6	29,1	38,9	2,3	12,2	100,0
Saly Portudal	0,0	2,4	15,6	53,3	0,0	28,7	100,0
Malicounda	0,0	11,9	32,6	30,8	6,4	18,2	100,0
Sédhiou	0,0	6,1	44,8	24,5	6,2	18,5	100,0
Bambali	0,0	17,9	39,3	21,4	10,7	10,7	100,0
Djiredji	0,0	20,0	46,7	6,7	0,0	26,7	100,0
Tankon	0,0	0,0	8,3	33,3	25,0	33,3	100,0
Ndiamalathiel	0,0	0,0	28,6	28,6	0,0	42,9	100,0
Wandifa	0,0	0,0	20,0	0,0	40,0	40,0	100,0
Simbandi Balante	0,0	10,5	23,6	15,7	5,2	45,0	100,0
Goudomp	0,0	15,8	26,3	15,8	5,3	36,8	100,0
Karantaba	0,0	0,0	7,3	2,4	0,0	90,2	100,0
Simbandi							
Brassou	0,0	5,0	20,0	5,0	10,0	60,0	100,0
Total	0,0	12,3	32,4	26,9	5,5	22,8	100,0
Témoins							
Sandiara	4,4	16,0	36,6	16,1	13,5	13,5	100,0
Sansamba	0,0	6,7	60,0	13,3	0,0	20,0	100,0
Benete-Bijini	5,0	25,0	20,0	10,0	0,0	40,0	100,0
Diacounda	0,0	9,1	18,2	36,4	18,2	18,2	100,0
Yarang Balante	0,0	5,0	20,0	15,0	5,0	55,0	100,0
Ngaparou	0,0	0,0	8,3	75,0	0,0	16,7	100,0
Total	2,3	11,4	30,5	21,9	8,1	25,9	100,0

Annexe 20: Âge idéal pour qu'un garçon se marie selon les A&J garçons par commune (%)

	11-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	Plus de 35 ans	Total
Joal-Fadiouth	0,0	6,1	38,7	37,5	5,8	11,9	100,0
N'guenene	0,0	15,6	43,8	15,7	0,0	25,0	100,0
N'diagianiao	0,0	12,7	57,3	12,0	5,5	12,5	100,0
Popenguine	0,0	0,0	50,0	41,7	0,0	8,3	100,0
Diass	0,0	19,6	13,7	55,0	11,7	0,0	100,0
Sindia	0,0	3,1	36,1	18,3	3,1	39,4	100,0
Mbour	0,0	19,3	31,5	30,0	5,1	14,1	100,0
N'Guekhokh	0,0	17,6	29,1	38,9	2,3	12,2	100,0
Saly Portudal	0,0	2,4	15,6	53,3	0,0	28,7	100,0
Malicounda	0,0	11,9	32,6	30,8	6,4	18,2	100,0
Sédhiou	0,0	6,1	44,8	24,5	6,2	18,5	100,0
Bambali	0,0	17,9	39,3	21,4	10,7	10,7	100,0
Djiredji	0,0	20,0	46,7	6,7	0,0	26,7	100,0
Tankon	0,0	0,0	8,3	33,3	25,0	33,3	100,0
Ndiamalathiel	0,0	0,0	28,6	28,6	0,0	42,9	100,0
Wandifa	0,0	0,0	20,0	0,0	40,0	40,0	100,0
Simbandi Balante	0,0	10,5	23,6	15,7	5,2	45,0	100,0
Goudomp	0,0	15,8	26,3	15,8	5,3	36,8	100,0
Karantaba	0,0	0,0	7,3	2,4	0,0	90,2	100,0
Simbandi Brassou	0,0	5,0	20,0	5,0	10,0	60,0	100,0
Total cibles	0,0	12,3	32,4	26,9	5,5	22,8	100,0
Témoins							
Sandiara	4,4	16,0	36,6	16,1	13,5	13,5	100,0
Sansamba	0,0	6,7	60,0	13,3	0,0	20,0	100,0
Benete-Bijini	5,0	25,0	20,0	10,0	0,0	40,0	100,0
Diacounda	0,0	9,1	18,2	36,4	18,2	18,2	100,0
Yarang Balante	0,0	5,0	20,0	15,0	5,0	55,0	100,0
Ngaparou	0,0	0,0	8,3	75,0	0,0	16,7	100,0
Total témoins	2,3	11,4	30,5	21,9	8,1	25,9	100,0

Annexe 21: Âge idéal pour qu'un garçon se marie selon les A&J filles par commune (%)

	11-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	Plus de 35 ans
Joal-Fadiouth	0,0	12,7	23,1	36,4	4,8	23,1
N'guenene	0,0	12,5	21,9	21,9	0,0	43,8
N'diagianiao	0,0	12,5	54,0	20,5	1,2	11,8
Popenguine	0,0	5,3	31,6	47,4	5,3	10,5
Diass	0,0	5,8	32,5	47,5	5,8	8,3
Sindia	0,0	8,2	34,7	29,5	2,8	24,9
Mbour	0,0	11,4	34,9	30,8	5,5	17,5
N'Guekhokh	0,0	7,8	29,2	26,9	12,0	24,2
Saly Portudal	0,0	5,1	39,5	44,6	5,1	5,7
Malicounda	0,0	6,8	38,5	29,8	7,8	17,2
Sédhiou	0,0	10,0	25,1	27,4	7,5	30,1
Bambali	0,0	17,2	27,6	6,9	13,8	34,5
Djiredji	0,0	17,7	11,8	17,7	11,8	41,2
Tankon	0,0	0,0	6,7	0,0	33,3	60,0
Ndiamalathiel	0,0	0,0	11,9	54,2	6,8	27,1
Wandifa	0,0	0,0	0,0	6,3	25,0	68,8
Simbandi Balante	0,0	0,0	13,3	13,3	6,7	66,7
Goudomp	0,0	15,2	30,3	0,0	3,0	51,5
Karantaba	0,0	4,6	4,6	4,6	4,6	81,8
Simbandi Brassou	0,0	3,0	3,0	5,9	0,0	88,2
Total cibles	0,0	9,4	30,1	28,5	6,6	25,4
Témoins						
Sandiara	0,0	16,2	21,6	29,5	21,9	10,9
Sansamba	0,0	15,0	35,0	25,0	10,0	15,0
Benete-Bijini	0,0	14,3	33,3	14,3	4,8	33,3
Diacounda	0,0	0,0	35,7	14,3	7,1	42,9
Yarang Balante	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	83,3
Ngaparou	0,0	5,0	5,0	60,0	5,0	25,0
Total témoins	0,0	9,6	22,9	26,6	10,0	30,8

Annexe 22: Proportion de A&J considérant que l'adolescent(e) doit avoir son à dire lors de son mariage (%)

	Garçons	Filles
Joal-Fadiouth	76,7	84,6
N'guenene	81,3	71,9
N'diagianiao	81,4	91,9
Popenguine	91,7	94,7
Diass	100,0	100,0
Sindia	61,0	72,7
Mbour	77,0	80,9
N'Guekhokh	89,4	82,3
Saly Portudal	77,9	82,8
Malicounda	71,3	72,0
Sédhiou	83,6	74,9
Bambali	92,9	86,2
Djiredji	93,3	76,5
Tankon	83,3	60,0
Ndiamalathiel	85,7	86,5
Wandifa	20,0	56,3
Simbandi Balante	47,6	26,7
Goudomp	42,1	51,5
Karantaba	7,3	18,2
Simbandi Brassou	25,0	14,3
Total cibles	73,0	76,6
Témoins		
Sandiara	74,8	64,9
Sansamba	93,3	85,0
Benete-Bijini	90,0	81,0
Diacounda	63,6	50,0
Yarang Balante	45,0	50,0
Ngaparou	66,7	80,0
Total témoins	70,3	69,2

Annexe 23: Proportion de A&J filles ayant subies une mutilation génitale par commune (%)

	Mutilées	Non mutilées	Pas de réponse	Total
Joal-Fadiouth	0,0	96,6	3,4	100,0
N'guenene	0,0	75,0	25,0	100,0
N'diagianao	1,8	92,5	5,7	100,0
Popenguine	0,0	100,0	0,0	100,0
Diass	3,4	93,3	3,4	100,0
Sindia	2,8	94,4	2,8	100,0
Mbour	3,7	92,6	3,7	100,0
N'Guekhokh	0,0	89,3	10,7	100,0
Saly Portudal	0,0	100,0	0,0	100,0
Malicounda	0,6	95,0	4,4	100,0
Sédhiou	34,9	32,7	32,4	100,0
Bambali	37,9	48,3	13,8	100,0
Djiredji	29,4	47,1	23,5	100,0
Tankon	26,7	40,0	33,3	100,0
Ndiamalathiel	20,3	52,6	27,1	100,0
Wandifa	12,5	75,0	12,5	100,0
Simbandi Balante	26,7	66,7	6,7	100,0
Goudomp	18,2	66,7	15,2	100,0
Karantaba	9,1	77,3	13,6	100,0
Simbandi Brassou	8,9	88,6	2,5	100,0
Total cibles	6,8	85,6	7,6	100,0
Témoins				
Sandiara	0,0	100,0	0,0	100,0
Sansamba	50,0	40,0	10,0	100,0
Benete-Bijini	57,1	9,5	33,3	100,0
Diacounda	42,9	42,9	14,3	100,0
Yarang Balante	8,3	91,7	0,0	100,0
Ngaparou	0,0	100,0	0,0	100,0
Total témoins	20,6	72,6	6,8	100,0

Annexe 24: Proportion de A&J ayant consultés un médecin au sujet de sa santé physique et émotionnelle par commune (%)

	Garçons	Filles
Joal-Fadiouth	6,1	29,5
N'guenene	6,3	15,6
N'diagianiao	7,1	6,1
Popenguine	33,3	21,1
Diass	7,9	6,7
Sindia	12,3	16,1
Mbour	26,4	25,7
N'Guekhokh	15,3	7,8
Saly Portudal	19,7	7,0
Malicounda	14,1	19,1
Sédhiou	6,2	15,1
Bambali	7,1	0,0
Djiredji	6,7	5,9
Tankon	0,0	0,0
Ndiamalathiel	0,0	0,0
Wandifa	0,0	0,0
Simbandi Balante	5,2	13,3
Goudomp	10,5	3,0
Karantaba	0,0	0,0
Simbandi Brassou	5,0	0,0
Total cibles	14,0	17,1
Témoins		
Sandiara	13,1	24,2
Sansamba	0,0	0,0
Benete-Bijini	0,0	9,5
Diacounda	0,0	0,0
Yarang Balante	5,0	8,3
Ngaparou	8,3	10,0
Total témoins	7,4	10,9

Annexe 25: Proportion de A&J ayant consultés un pharmacien au sujet de sa santé physique et émotionnelle par commune (%)

	Garçons	Filles
Joal-Fadiouth	0,0	5,2
N'guenene	3,1	3,1
N'diaganiao	1,0	5,5
Popenguine	8,3	0,0
Diass	0,0	0,0
Sindia	3,1	8,4
Mbour	6,5	6,2
N'Guekhokh	0,0	0,0
Saly Portudal	0,0	1,9
Malicounda	0,0	3,2
Sédhiou	0,0	2,5
Bambali	0,0	0,0
Djiredji	0,0	0,0
Tankon	0,0	0,0
Ndiamalathiel	0,0	0,0
Wandifa	0,0	0,0
Simbandi Balante	0,0	0,0
Goudomp	0,0	3,0
Karantaba	0,0	0,0
Simbandi Brassou	0,0	0,0
Total cibles	2,3	3,9
Témoins		
Sandiara	0,0	5,5
Sansamba	0,0	0,0
Benete- Bijini	0,0	0,0
Diacounda	0,0	0,0
Yarang Balante	0,0	0,0
Ngaparou	0,0	0,0
Total témoins	0,0	1,5

Annexe 26: Proportion de A&J ayant consultés un infirmier au sujet de sa santé physique et émotionnelle par commune (%)

	Garçons	Filles
Joal-Fadiouth	5,8	6,7
N'guenene	0,0	18,7
N'diaganiao	4,5	1,8
Popenguine	0,0	0,0
Diass	15,8	5,8
Sindia	0,0	5,4
Mbour	4,8	4,6
N'Guekhokh	3,8	3,6
Saly Portudal	0,0	0,0
Malicounda	4,5	5,0
Sédhiou	6,2	7,6
Bambali	3,6	6,9
Djiredji	0,0	0,0
Tankon	0,0	13,3
Ndiamalathiel	28,6	13,6
Wandifa	0,0	6,3
Simbandi Balante	18,3	20,0
Goudomp	21,1	3,0
Karantaba	9,8	0,0
Simbandi Brassou	5,0	5,9
Total cibles	5,6	5,7
Témoins		
Sandiara	9,0	8,1
Sansamba	0,0	10,0
Benete- Bijini	0,0	4,8
Diacounda	0,0	0,0
Yarang Balante	10,0	0,0
Ngaparou	0,0	0,0
Total témoins	5,9	4,6

Annexe 27: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari à cause de l'infidélité (%)

	Garçons	Filles
Joal-Fadiouth	13,9	4,3
N'guenene	18,7	12,5
N'diagianiao	27,5	22,5
Popenguine	8,3	15,8
Diass	0,0	0,0
Sindia	14,8	18,3
Mbour	20,7	23,4
N'Guekhokh	21,4	7,1
Saly Portudal	4,9	0,0
Malicounda	31,6	36,1
Sédhiou	26,6	32,4
Bambali	25,0	44,8
Djiredji	33,3	29,4
Tankon	33,3	13,3
Ndiamalathiel	0,0	20,3
Wandifa	20,0	12,5
Simbandi Balante	15,7	13,3
Goudomp	21,1	27,3
Karantaba	36,6	40,9
Simbandi Brassou	30,0	3,0
Total cibles	21,1	19,4
Témoins		
Sandiara	36,7	37,8
Sansamba	13,3	45,0
Benete-Bijini	30,0	28,6
Diacounda	27,3	28,6
Yarang Balante	30,0	16,7
Ngaparou	0,0	5,0
Total témoins	28,0	28,0

Annexe 28: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari lorsqu'elle sort sans prévenir (%)

	Garçons	Filles
Joal-Fadiouth	7,8	4,3
N'guenene	3,1	9,4
N'diaganiao	13,2	15,0
Popenguine	0,0	5,3
Diass	0,0	0,0
Sindia	18,3	10,8
Mbour	17,5	19,7
N'Guekhokh	23,7	7,8
Saly Portudal	0,0	0,0
Malicounda	29,7	21,1
Sédhiou	36,8	45,2
Bambali	50,0	58,6
Djiredji	60,0	52,9
Tankon	33,3	20,0
Ndiamalathiel	0,0	25,5
Wandifa	40,0	18,8
Simbandi Balante	21,0	20,0
Goudomp	10,5	15,2
Karantaba	41,5	45,5
Simbandi Brassou	20,0	8,9
Total	20,2	17,5
Témoins		
Sandiara	24,7	34,9
Sansamba	60,0	75,0
Benete-Bijini	45,0	81,0
Diacounda	9,1	14,3
Yarang Balante	25,0	16,7
Ngaparou	0,0	5,0
Total	27,2	36,6

Annexe 29: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari lorsqu'elle refuse d'avoir des rapports sexuels (%)

	Garçons	Filles
Joal-Fadiouth	2,9	4,3
N'guenene	12,5	12,5
N'diagianiao	4,5	1,8
Popenguine	0,0	10,5
Diass	0,0	0,0
Sindia	6,2	5,4
Mbour	9,0	6,2
N'Guekhokh	17,6	3,6
Saly Portudal	0,0	0,0
Malicounda	5,3	5,4
Sédhiou	8,2	12,7
Bambali	32,1	20,7
Djiredji	13,3	35,3
Tankon	16,7	6,7
Ndiamalathiel	0,0	6,8
Wandifa	20,0	25,0
Simbandi Balante	23,6	13,3
Goudomp	0,0	12,1
Karantaba	34,2	40,9
Simbandi Brassou	15,0	0,0
Total	10,0	7,3
Témoins		
Sandiara	20,9	40,9
Sansamba	13,3	65,0
Benete-Bijini	20,0	23,8
Diacounda	18,2	14,3
Yarang Balante	10,0	8,3
Ngaparou	0,0	0,0
Total	15,5	28,3

Annexe 30: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari lorsqu'elle négligée enfants (%)

	Garçons	Filles
Joal-Fadiouth	6,1	6,0
N'guenene	12,5	15,6
N'diaganiao	30,3	15,0
Popenguine	0,0	5,3
Diass	0,0	0,0
Sindia	24,2	13,6
Mbour	13,0	15,8
N'Guekhokh	9,9	11,4
Saly Portudal	2,4	1,9
Malicounda	23,1	15,2
Sédhiou	6,2	17,6
Bambali	28,6	13,8
Djiredji	26,7	23,5
Tankon	16,7	13,3
Ndiamalathiel	0,0	0,0
Wandifa	0,0	18,8
Simbandi Balante	23,6	20,0
Goudomp	10,5	15,2
Karantaba	7,3	31,8
Simbandi Brassou	25,0	5,9
Total	15,2	13,0
Témoins		
Sandiara	24,8	24,0
Sansamba	46,7	45,0
Benete-Bijini	40,0	81,0
Diacounda	18,2	21,4
Yarang Balante	20,0	16,7
Ngaparou	0,0	5,0
Total	24,8	28,9

Table des matières

Sommaire.....	iii
Sigles et abréviations	v
Résumé.....	1
1. Contexte et justifications.....	3
2. Objectifs et résultats attendus.....	4
3. Méthodologie.....	5
3.1 Approche méthodologique du volet quantitatif	6
3.2 Approche méthodologique du volet qualitatif.....	7
3.3 Outils de collecte de données	7
3.3.1 Outils quantitatifs	7
3.3.2 Outils qualitatifs	8
3.4 Conduite de la recherche.....	9
3.4.1 Soumission du protocole d'enquête au Comité d'éthique.....	9
3.4.2 Dénombrement	9
3.4.3 Sélection des ménages et des A&J à enquêter	10
3.4.4 Recrutement et formation des agents de terrain	10
3.4.5 Plateforme de collecte de données en ligne.....	11
3.4.6 Recheck.....	12
3.4.7 Points forts.....	13
3.4.8 Difficultés rencontrées et solutions apportées.....	14
3.5 Traitement et analyse des données.....	15
3.5.1 Traitement et analyse des données quantitatives.....	15
3.5.2 Traitement et analyse des données qualitatives.....	15
4. Profil des adolescent.e.s et jeunes.....	19
4.1 Effectif et distribution par sexe	19
4.2 Répartition par âge	20
4.3 Répartition par statut matrimonial.....	21
4.4 Répartition par statut scolaire	22
5. Résultats	24
5.1 De l'école	24
5.1.1 Fréquentation scolaire	24
5.1.2 Raisons de la non fréquentation scolaire	24
5.1.3 Convenance de l'école selon le genre	25
5.1.4 Raisons de la meilleure convenance de l'école aux garçons qu'aux filles (%)	27

5.2	De la planification familiale.....	27
5.2.1	Connaissances et perceptions sur les méthodes contraceptives	27
5.2.2	Évitement de grossesse et activités sexuelles.....	28
5.2.3	Nombre minimum de rapports sexuels non protégés pour contracter une grossesse 30	
5.2.4	Connaissance de la possibilité de contracter une grossesse avant les premières règles 30	
5.3	De la santé de la reproduction	31
5.3.1	Puberté.....	31
5.3.2	Connaissance des IST.....	32
5.3.3	Utilisation d'une méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel	33
5.3.4	Test de dépistage IST/SIDA.....	36
5.3.5	Connaissance des moyens d'éviter les IST	37
5.3.6	Transmission des IST	38
5.3.7	Utilisation de serviettes hygiéniques.....	39
5.4	De la fécondité et des naissances.....	41
5.4.1	A&J filles ayant au moins un enfant	41
5.4.2	Nombre d'enfants chez les filles	42
5.4.3	Âge à la première grossesse	43
5.5	Du mariage.....	45
5.5.1	Accord des A&J mariées avec leur mariage	45
5.5.2	Âge minimum pour le mariage d'une fille	45
5.5.3	Âge minimum pour le mariage d'un garçon	47
5.5.4	Avoir son mot à dire lors de son mariage.....	50
5.6	Des mutilations génitales chez les filles	51
5.6.1	Prévalence des mutilations génitales.....	51
5.6.2	Niveau des mutilations génitales par commune	53
5.6.3	Âge au moment de la mutilation génitale.....	54
5.7	Des consultations des professionnel-le-s de santé	56
5.7.1	Consultation de médecin	56
5.7.2	Consultation d'un pharmacien	56
5.7.3	Consultation d'un infirmier	57
5.8	Des droits en santé reproductive	58
5.8.1	Intimité/Confidentialité/Qualité de l'offre	58
5.8.2	Les barrières à l'accès aux services de santé de la reproduction.....	61
5.8.3	Violences physiques, sexuelles et psychologiques	67
5.8.4	L'infidélité comme justification des violences conjugales faites aux femmes 73	

5.8.5	Sortir sans prévenir le mari comme justification des violences conjugales faites aux femmes	74
5.8.6	Le refus d'avoir des rapports sexuels justifie les violences conjugales faites aux femmes 75	
5.8.7	La négligence d'une femme envers les enfants justifie les violences conjugales faites aux femmes.....	76
5.8.8	Indicateur synthétique de la vulnérabilité SR des A&J.....	77
Conclusion.....		80
Recommandations		83
Bibliographie		84
Annexes		86
Table des matières.....		126
Liste des tableaux		129
Listes des figures.....		130
Liste des annexes		133

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition de l'échantillon ménages et adolescent adolescent·e·s et jeunes	6
Tableau 2 : Effectif des enquêté.e.s et pourcentage des filles par commune	19
Tableau 3 : Distribution des A&J par classe d'âge et par commune	20
Tableau 4 : Raison de non fréquentation des A&J de l'école (%)	25
Tableau 5 : Proportion des A&J estimant que l'école convient mieux aux garçons qu'aux filles (%).....	26
Tableau 6 : Les raisons selon lesquelles l'école convient plus aux garçons qu'aux filles (%) .	27
Tableau 7 : Statistiques descriptives sur l'âge minimum pour le mariage d'une fille	46
Tableau 8: Statistiques descriptives sur l'âge minimum pour le mariage d'un garçon.....	47
Tableau 9: Prévalence des mutilations génitales	51
Tableau 10: Statistiques descriptives sur l'âge au moment de la mutilation génitale	54

Listes des figures

Figure 1 : Statut matrimonial selon le sexe et le type de communes (%)	22
Figure 2 : Profil d’instruction des A&J selon le sexe et le type de communes (%).....	23
Figure 3 : Fréquentation scolaire selon le sexe et le type de communes (%).....	24
Figure 4: Proportion des adolescent·e·s qui savent qu'on peut éviter de contracter une grossesse tout en ayant des rapports sexuels (%)	29
Figure 5: Nombre de rapports sexuels non protégés pour qu'une femme puisse contracter une grossesse selon les A&J (%)	30
Figure 6: Proportion d'A&J qui savent qu'une femme peut contracter une grossesse avant ses premières règles (%).....	31
Figure 7: Proportion des A&J ayant connaissance des IST (%)	32
Figure 8: Proportion de A&J ayant utilisée une méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel par commune (%).....	34
Figure 9: Proportion de A&J ayant passé un test de dépistage IST/SIDA (%).....	36
Figure 10: Proportion des A&J connaissant comment éviter une IST (%).....	38
Figure 11: Proportion des A&J connaissant comment se transmettent les IST (%)	39
Figure 12: Proportion de A&J filles utilisant des serviettes hygiéniques (%)	40
Figure 13:Proportion des adolescentes ayant au moins un enfant (%)	42
Figure 14: Proportion des filles ayant au moins un enfant selon la tranche d'âge des A&J (%)	42
Figure 15: Distribution des nombres d'enfants chez les A&J filles par commune (%)	43
Figure 16: Âge de la première grossesse par commune (%).....	44
Figure 17: Proportion de A&J filles mariées d'accord ou non avec le mariage (%)	45
Figure 18: Âge minimum pour qu'une fille se marie selon les A&J garçons (%).....	46
Figure 19: Âge minimum pour qu'une fille se marie selon les filles par commune (%).....	47
Figure 20: Âge minimum pour qu'un garçon se marie selon les A&J garçons par commune (%).....	48
Figure 21: Âge minimum pour qu'un garçon se marie selon les filles par type de commune (%).....	49
Figure 22: Proportion de A&J considérant que l'adolescent(e) doit avoir son mot à dire lors de son mariage (%)	51
Figure 23:Proportion de A&J filles ayant subi une mutilation génitale par commune (%)	54
Figure 24: Proportion de A&J ayant consulté un médecin au sujet de leur santé physique et émotionnelle par commune (%)	56
Figure 25: Proportion de A&J ayant consulté un pharmacien au sujet de leur santé physique et émotionnelle par commune (%)	57
Figure 26: Proportion de A&J ayant consulté un infirmier au sujet de sa santé physique et émotionnelle (%).....	58
Figure 27: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari à cause de son infidélité (%)	74
Figure 28: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari lorsqu'elle sort sans prévenir (%).....	75
Figure 29: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari lorsqu'elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari (%)	76
Figure 30: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari lorsqu'elle néglige enfants (%).....	77
Figure 31: Répartition des ménages par niveau de vie par type de commune et sexe du CM (%).....	78
Figure 32: Proportion des A&J ayant une vulnérabilité SR élevé dans les communes cibles .	79

Liste des graphiques

Graphique 1: Mots clés autour de la puberté.....	32
Graphique 2: Mots clés autour de la mutilation génitale	52
Graphique 3: Les mots clés autour des droits des A&J sur la SR	59
Graphique 4: Mots clés sur les barrières à l'accès aux services de santé de la reproduction...	61
Graphique 5 : Mots clés sur les violences conjugales	68

Liste des annexes

Annexe 1: Méthodologie détaillée du volet quantitatif	87
Annexe 2: Construction de l'indicateur synthétique sur la vulnérabilité SR des A&J	90
Annexe 3 : Profil des enquêté.e.s du volet qualitatif	91
Annexe 4: Répartition des A&J par statut matrimonial et par commune (%)	96
Annexe 5: Proportion des A&J qui savent qu'on peut éviter de contracter une grossesse tout en ayant des rapports sexuels (%)	98
Annexe 6: Nombre de rapports sexuels non protégés pour qu'une femme puisse contracter une grossesse selon les A&J (%)	99
Annexe 7: Proportion d'A&J qui savent qu'une femme peut contracter une grossesse avant ses premières règles (%)	101
Annexe 8: Proportion des A&J ayant connaissance des IST (%)	103
Annexe 9: Proportion de A&J ayant utilisée de PF lors du premier rapport sexuel par commune (%)	104
Annexe 10: Proportion de A&J ayant passé un test de dépistage IST/SIDA (%)	105
Annexe 11: Proportion des A&J connaissant comment éviter une IST (%)	106
Annexe 12: Proportion des A&J connaissant comment se transmet une IST (%)	107
Annexe 13 : Proportion de A&J filles utilisant des serviettes hygiéniques (%)	108
Annexe 14: Proportion des adolescentes ayant au moins un enfant (%)	109
Annexe 15: Nombre d'enfants chez les A&J filles par commune (%)	110
Annexe 16: Age de A&J enceinte ou l'ayant eu leur première grossesse par commune (%)	111
Annexe 17: Proportion de A&J filles mariées d'accord ou non avec le mariage (%)	112
Annexe 18: Âge minimum pour qu'une fille se marie selon les A&J garçons (%)	113
Annexe 19: Âge minimum pour qu'une fille se marie selon les A&J filles (%)	114
Annexe 20: Âge idéal pour qu'un garçon se marie selon les A&J garçons par commune (%)	115
Annexe 21: Âge idéal pour qu'un garçon se marie selon les A&J filles par commune (%) ..	116
Annexe 22: Proportion de A&J considérant que l'adolescent(e) doit avoir son à dire lors de son mariage (%)	117
Annexe 23: Proportion de A&J filles ayant subies une mutilation génitale par commune (%)	118
Annexe 24: Proportion de A&J ayant consultés un médecin au sujet de sa santé physique et émotionnelle par commune (%)	119
Annexe 25: Proportion de A&J ayant consultés un pharmacien au sujet de sa santé physique et émotionnelle par commune (%)	120
Annexe 26: Proportion de A&J ayant consultés un infirmier au sujet de sa santé physique et émotionnelle par commune (%)	121
Annexe 27: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari à cause de l'infidélité (%)	122
Annexe 28: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari lorsqu'elle sort sans prévenir (%)	123
Annexe 29: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari lorsqu'elle refuse d'avoir des rapports sexuels (%)	124
Annexe 30: Proportion de A&J considérant qu'il est justifié qu'une femme soit battue par son mari lorsqu'elle négligée enfants (%)	125