



EXEMPLAIRES EN MATIERE DE SANTE ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS DES ADOLESCENTS (ASHER)

(Avril 2023 – Mai 2024)

Rapport du Cameroun

Préface

La problématique de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescents (SDSRA) a connu depuis une vingtaine d'année, un intérêt grandissant de la part des pouvoirs publics. Cet intérêt renouvelé au fil des années a entraîné la conception et l'implémentation d'un ensemble de politiques, de programmes et de stratégies visant à la santé des adolescents. D'ailleurs la revue d'un ensemble d'indicateurs a permis de considérer le Cameroun comme un pays « exemplaire » en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs des adolescents au même titre que d'autres pays d'Afrique et de l'Asie. Dans l'optique de vulgariser les stratégies utilisées par le gouvernement du Cameroun, EVIHDAF en partenariat avec la Direction de la Santé Familiale du Ministère de la Santé Publique ont implémenté le projet ASHER (Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights Exemplars).

La finalité de ce projet était d'identifier les facteurs de succès dans l'amélioration de la SDSRA au Cameroun. Plus spécifiquement, il s'agissait de passer en revue les différentes politiques et stratégies qui se ont successivement été mises en place, mais aussi les projets et programmes implémentés pour les opérationnaliser. L'organisation institutionnelle autour de laquelle ces politiques et stratégies étaient implémentées a été suffisamment mise en relief.

Les résultats de ce projet permettent de consolider les acquis et de définir un cadre qui renforce la collaboration entre les acteurs pour les interventions futures. C'est également une occasion de faire un partage d'expérience entre les pays afin que les leçons apprises de la mise en œuvre des interventions puissent servir de base à la réussite des programmes de SDSRA dans des contextes similaires.

La réalisation du projet ASHER a grandement bénéficié de l'assistance technique des structures gouvernementales et non gouvernementales spécialisées dans le domaine de la SDSRA. Qu'il me soit permis de féliciter tout particulièrement la participation des jeunes pour leurs contributions techniques à la mise en œuvre de ce projet et pour leur engagement pour la cause de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescents.

C'est le lieu également d'adresser nos félicitations à EVIHDAF pour tout le déploiement et tout l'engagement dont elle a fait preuve à l'effet de produire ce document qui est un outil de plaidoyer. Je voudrais enfin remercier tous les partenaires d'EVHDAF dont

l'apport technique et financier a rendu possible la production de cet important document.

J'exhorte donc tous les acteurs locaux, nationaux et internationaux agissant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des adolescents au Cameroun, à faire un usage bénéfique de ce rapport afin de tirer parti des interventions réussies et des meilleures pratiques pour améliorer les résultats en matière de santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescents et des jeunes au Cameroun.

**Le Directeur de la Santé Familiale,
Ministère de la Santé Publique**



Dr. EBONGO Zacheus NANJE
DIRECTOR

Sommaire

Liste des abréviations	v
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	viii
Résumé Exécutif	1
I. Introduction	6
II. Analyse situationnelle du Cameroun	8
II.1 Contexte démographique	8
II.2 Système de santé du Cameroun	8
II.3 Cadre politique, législatif et économique	9
II.4 Education	11
II.5 Normes socioculturelles et religieuses	12
II.6 Violences basées sur le genre et Pratiques culturelles néfastes	13
III. Tendances et évolution des indicateurs	15
III.1 Répartition de la population des adolescents	15
III.2 Expériences de grossesse chez les adolescentes de 15-19 ans	16
III.3 Analyses exploratoires des déterminants des grossesses précoces	21
IV. Réalisations du Cameroun en matière de SDSRA	27
IV.1 Connaissances et Comportements sexuels des adolescents	27
IV.1.1 Plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/SIDA	27
IV.1.2 Education complète à la sexualité	30
IV.1.3 Interventions en lien avec l'amélioration des connaissances et des comportements sexuels des adolescents et jeunes	32
IV.1.4 Effets des politiques et interventions sur les comportements sexuels des adolescents	37
IV.2 Grossesses précoces	38
IV.2.1 Plan Opérationnel de Planification Familiale (2015-2020)	39
IV.2.2 Plan Stratégique National de la Santé de Reproduction, Maternelle Néonatale Et Infantile (PSN/SRMNI) 2014-2020	40
IV.2.3 Plan stratégique National de la Santé des Adolescents et des Jeunes au Cameroun (2015 – 2019)	40
IV.2.4 Normes et Standards en SR/PF au Cameroun (2018)	42
IV.2.5 Engagement à l'initiative FP2030	42

IV.2.6 Interventions mises en œuvre pour la réduction des grossesses précoces	43
IV.2.7 Effet des interventions sur la prévalence des grossesses précoces	44
IV.3 L'avortement	45
IV.3.1 La politique sur l'avortement au Cameroun	45
IV.3.2 Interventions visant à réduire les avortements à risque	47
IV.4 Offre des services de SSRAJ	48
IV.4.1 Politiques, normes et standards pour l'amélioration de l'offre des services de SSRAJ.....	48
IV.4.2. Différentes structures offrant des services adaptés aux adolescents et jeunes : Paquet minimum d'activités.....	49
IV.4.3 Disponibilité des ressources	54
IV.4.5 Autres interventions pour améliorer l'offre des services.....	57
IV.5 Violences basées sur le genre et pratiques culturelles néfastes	60
IV.5.1 Violences basées sur le genre	60
IV.5.2 Les pratiques culturelles néfastes.....	61
IV.5.3 Effets des politiques sur le mariage d'enfants au Cameroun	65
IV.6 Coordination et suivi-évaluation	67
IV.7 Financement de la SRA	70
V. Les Défis	72
VI. Etapes significatives	Error! Bookmark not defined.
VII. Conclusions	78
VIII. Recommandations	79
Annexes	1
Annexe 1 : Approche méthodologique	1
Annexe 2 : Références	6
Annexe 3 : Outils de collecte de données.....	8

Liste des abréviations

ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
ACAFEJ	Association Camerounaise des Femmes Juristes
ACAFEM	Association Camerounaise des Femmes Médecins
AFFADA	Association des Femmes et Filles de l'Adamaoua
AFRIYANE	African Youth For Adolescent Network
AGYW	Adolescent, Girl and Young Women
AJSB	Association des Jeunes Solidaires de la Briqueterie
ALDEPA	Action Locale pour un Développement Participatif et Autogéré
ASHER	Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights Exemplars
ALVF	Association de lutte contre les violences faites aux femmes
ARF	Forum pour la résilience en Afrique
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare
CCC	Communication pour le Changement de Comportements
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CEDEF	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CIDIMUC	Conseil des Imams et Dignitaires Musulmans du Cameroun
CIEE	Centre d'Information d'Education et d'Ecoute
CIPCRE	Cercle International pour la Promotion de la Création
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CMPJ	Centre Multifonctionnel de Promotion des Jeunes
CMS	Centre Médical Social
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CNJC	Conseil National de la Jeunesse du Cameroun
CPFF	Centres de Promotion de la Femme et de la Famille
CPN	Consultation Prénatale
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
COVID	Corona Virus Disease
DHIS	District Health Information System
DSF	Direction de la Santé Familiale
ECS	Education complète à la sexualité
EDS	Enquêtes Démographiques et de Santé
EVF/EMP/VIH	Education à la vie familiale, Education en matière de population et Education préventive au VIH/sida
ESI	Éducation Sexuelle Intégrée
EVA	Éducation à la Vie et l'Amour
FOSA	Formation sanitaire

IEC	Information, Education, Communication
IMS	Inspection médico scolaire
INS	Institut National de la Statistique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JADENGA	Jeunesse active pour le développement du district de Nganha
KFW	German development bank
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MINEDUB	Ministère de l'Education de Base
MINESEC	Ministère des Enseignements Secondaires
MINDDEVEL	Ministère de la Décentralisation et du Développement Local
MINJEC	Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
OCEAC	Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale
ODD	Objectifs de Développement Durable
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OS	Objectif Spécifique
PASMI	Projet d'appui à la Santé Maternelle et Infantile
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PCN	Pratique Culturelle Néfaste
PETVISIDAME	Project to support the elimination of mother-to-child transmission of HIV and HIV/AIDS care in Cameroon
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'activités
PLMI	Programme National de Lutte contre la Mortalité Maternelle Néonatale et Infanto Juvénile
PPSAC	Projet de Prévention du VIH en Afrique Centrale
PSN	Plan Stratégique National
PSNSAJ	Plan Stratégique de la Santé des adolescents et des jeunes au Cameroun
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RENATA	Réseau National des Associations de Tantes
RéCAJ+	Réseau Camerounais des Adolescents et Jeunes positifs
RJC	Réseau des Jeunes du Cameroun
RSAD	Renforcement de capacité, Sensibilisation, Autonomisation et Dépistage
SAA	Soins Après Avortements
SAS	Service d'Action Sociale

SBC/C4D	Social and Behavior Change/Communication for Development
SDSR	Santé et Droits Sexuels et Reproductifs
SDSRA	Santé et Droits Sexuels et Reproductifs des Adolescents
SNLVBG	Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre
SR	Santé de la reproduction
SRA	Santé de la Reproduction des Adolescents
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
SRMNEA+N	Santé de la reproduction, santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent, y compris la Nutrition
SRMNI	Santé de Reproduction, Maternelle Néonatale Et Infantile
SSRA	Services de Santé Reproductive des Adolescents
SWEDD	Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNFPA	Fonds des Nations unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USRA	Unité de Santé Reproductive des Adolescents
VBG	Violences basées sur le genre
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
WHP	Women Health Project

Liste des tableaux

Tableau 1 : Différents niveaux du système de Santé au Cameroun	9
Tableau 2 : Répartition des adolescents âgés de 15 à 19 ans suivant certaines caractéristiques sociodémographiques entre 1998 et 2018	16
Tableau 3 : Expérience de grossesse chez les adolescentes de 15-19 ans selon quelques caractéristiques sociodémographiques	17
Tableau 4 : Déterminants de l'expérience grossesses pour les adolescentes de 15-19 ans entre 1998 et 2018.....	23
Tableau 5 : Régression logistique multinomiale groupée pour l'expérience de la grossesse : pré-maritale et maritale	24
Tableau 6: Effectif cumulé de CPN de 2015 à 2020 à travers le chèque santé	71
Tableau 7: Recommandations.....	79

Liste des figures

Figure 1 : Fréquentation scolaire au niveau secondaire, par milieu de résidence des 12-18 ans en 2018.....	11
Figure 2 : Niveau d'instruction comparatif des adolescents âgés de 15-19 ans en 2018	12
Figure 3 : Evolution du pourcentage des adolescentes de 15 à 19 ans qui ont eu des grossesses selon qu'elles étaient mariées ou non entre 1998 à 2018	18
Figure 4 : Evolution du pourcentage de grossesses des adolescentes âgées de 15 à 19 ans selon le milieu de résidence entre 1998 et 2018	19
Figure 5 : Evolution du pourcentage des adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu une grossesse, selon le quintile de richesse entre 1998 et 2018	20
Figure 6 : Evolution du pourcentage des adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu une grossesse, selon l'âge au premier rapport sexuel entre 1998 et 2018	20
Figure 7 : Evolution du pourcentage des adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu une grossesse, selon le niveau d'éducation entre 1998 et 2018	21
Figure 8 : Courbes de probabilité de certaines caractéristiques (Début de rapport sexuel, Mariage et grossesse) chez les adolescentes jamais mariées, âgées de 15 à 19 ans par année d'enquête.....	26
Figure 9 : Evolution du pourcentage d'adolescent(e)s ayant commencé l'activité sexuelle avant 15 ans entre 1991 et 2018.....	38
Figure 10 : Proportion d'adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu une grossesse, de 1998 à 2018.....	44
Figure 11 : Niveaux et tendances (%) de l'offre de services adaptés aux adolescents et jeunes dans les USRA, CPMJ et CPFF	50

Figure 12 : Niveaux et tendances des personnels formés pour répondre aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes	54
Figure 13 : Niveaux et tendances des personnels formés dans la gestion des programmes et projets SAJ.....	55
Figure 14 : : Distribution (%) des personnels formés et impliqués dans la communication IEC/CCC/C4D sur la période 2015-2019	55
Figure 15 : Distribution (%) des unités ayant bénéficié des dotations supplémentaires.....	56
Figure 16 : Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou en couple pour la première fois avant l'âge de 15 ans et avant l'âge de 18 ans.....	66

Résumé Exécutif

Introduction

Le projet ASHER fait partie du programme "Exemplars in Global Health" qui vise à identifier et à analyser les exemples positifs dans des domaines de la santé mondiale tels que la santé des femmes, la santé maternelle et infantile, la nutrition, la préparation et la réponse aux épidémies, et les systèmes de santé. Les pays cibles de ce projet de recherche sont le Cameroun, le Ghana, le Malawi et le Rwanda en Afrique, ainsi que le Népal et l'Inde en Asie. Au Cameroun, le projet ASHER est mis en œuvre par EVIHDAF en collaboration avec la Direction de la Santé Familiale (DSF) du Ministère de la Santé Publique.

Le projet visait à examiner les politiques et les programmes qui ont contribué à réduire les niveaux élevés de grossesses, y compris la prévention et la gestion des grossesses non désirées, et à faire progresser la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescent(e)s (SDSRA). Il visait également à déterminer comment les enseignements tirés des interventions réussies et des meilleures pratiques peuvent être appliqués pour améliorer les résultats en matière de SDSRA dans toutes les zones géographiques du pays, ainsi que par d'autres pays. Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- Comprendre les principaux moteurs (juridiques, politiques, programmatiques, socio-économiques et systèmes de santé) de la réussite de l'amélioration de la SDSRA au Cameroun.
- Évaluer la mise à l'échelle et la reproductibilité des interventions et des approches mises en œuvre au Cameroun.
- Faciliter la prise en compte des résultats dans les régions les moins performantes du pays, ainsi que dans d'autres pays.

Méthodologie

L'étude a adopté une approche mixte qui prenait en compte une revue des politiques et documents de programmes, une composante qualitative et une composante quantitative.

Pour la **revue des politiques/programmes**, une analyse des politiques élaborées en rapport avec la santé sexuelle et reproductive des adolescents a été faite, notamment des politiques jeunesse, les politiques liés à l'éducation, des politiques de planification familiale, des politiques liées à la prévention du VIH/sida, les politiques de lutte contre violences sexuelles, les lois sur le mariage d'enfants, et des lois sur la protection de l'enfance ; ainsi

que les stratégies déployées et les interventions mises en œuvre pour l'amélioration de la santé reproductive des adolescents.

La **composante qualitative** s'est appesantie sur la collecte des données auprès des informateurs clés (décideurs politiques, responsables de la mise en œuvre des programmes, bailleurs de fonds, leaders traditionnels, jeunes leaders, prestataires de santé, parents d'adolescents), et à travers des discussions de groupe avec des adolescents âgées de 12-19 ans.

La **composante quantitative** a essentiellement consisté en une analyse des données de source secondaire, les données provenant majoritairement de rapports d'enquêtes (EDS, MICS, etc.), des rapports d'évaluation de la mise en œuvre des plans stratégiques, des rapports annuels des structures ou organisations, etc.

Sites d'étude : La recherche qualitative primaire s'est déroulée sur 3 sites : Yaoundé (zone urbaine) dans la région du Centre, Colomine (zone rurale) dans la région de l'Est, et Nganha (zone rurale) dans la région de l'Adamaoua. Les sites d'étude ont été choisis en fonction des taux de fécondité des adolescentes de 15 à 19 ans dans les différentes régions du Centre (30%), de l'Adamaoua (30%) et de l'Est (44%) du Cameroun. Nous avons également examiné les différences sociodémographiques en termes de variations religieuses et culturelles, ainsi que les différences d'accès à l'éducation, à l'information et aux services de santé entre les régions du Cameroun.

Population d'étude : Nous avons interrogé un large éventail d'informateurs clés dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs, notamment les décideurs politiques, des responsables de la mise en œuvre des programmes, des prestataires de soins de santé, des parents d'adolescents, des leaders/ambassadeurs jeunes et des leaders communautaires. Des groupes de discussion ont également été organisés avec des adolescents âgés de 12 à 19 ans répartis en 3 groupes : 12-14 ans, 15-17 ans, et 18-19ans.

Résultats

Nous présentons ici les éléments clés de la réussite de l'amélioration de la SDSRA au Cameroun

Élément clé 1 : Grande importance accordée à l'éducation, y compris l'éducation sexuelle

Les progrès du Cameroun en matière de SDSRA s'expliquent par les actions menées pour informer les adolescents et les jeunes sur les questions de sexualité et les encourager à adopter des comportements responsables.

- Développement successif de plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/sida (2000-2023)

- Inclusion de l'éducation à la vie familiale et de l'éducation sexuelle complète dans les programmes d'éducation et de formation en 2007 (MINEDUB, MINESEC, MINESUP)
- Élargissement de la population cible aux adolescents non scolarisés (MINJEC, MINDDEVEL) et aux adolescents vulnérables (MINPROFF, MINAS)
- Élaboration de guides d'éducation sexuelle complète, à partir de 2018
- Plusieurs programmes/projets mis en œuvre par des partenaires, mettant un accent sur la sensibilisation/éducation

Élément clé 2 : Amélioration de l'offre des services de santé sexuelle et reproductive aux adolescents et jeunes (SSRAJ)

Le Cameroun a réussi à mettre en place un cadre de référence pour la création et le fonctionnement de services adaptés aux adolescents et aux jeunes.

- ❑ Développement successif de plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/SIDA (2000-2023)
 - Normes et standards des Services Socio-Sanitaires Conviviaux pour les Adolescents et les Jeunes au Cameroun en 2009 ; révision en 2014.
 - Plan Stratégique National de la santé des adolescents et jeunes, 2015-2019
 - Lettre circulaire du MINSANTE en décembre 2022, pour la mise en place des USRA dans les FOSA de 1ère à 5ème catégorie
 - Manuel de référence du fonctionnement des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes dans les formations sanitaires et autres points de prestation de services, 2022
 - Manuel de formation sur la santé sexuelle et reproductive des Adolescents pour prestataires de soins de santé, 2022
- ❑ Mise en place des services de santé adaptés aux adolescent(e)s et jeunes dans différentes structures : centres médicaux sociaux (CMS, Universités), Centres Multifonctionnels de Promotion des Jeunes (CMPJ, MINJEC), Les Centres de Promotion de la Femme et de la Famille (CPFF, MINPROFF), Services d'Actions Sociales (SAS, MINAS), Unités de Santé Reproductive des Adolescents et jeunes (USRA, MINSANTE)
- ❑ Formation des prestataires de santé à l'offre de services de SRAJ
- ❑ Disponibilisation des ressources matérielles dans les points de prestation de services

Élément clé 3 : Le genre comme un déterminant essentiel à la SSRAJ au Cameroun

Le Cameroun a considéré l'aspect genre comme un déterminant essentiel à la SRA, et a développé des politiques et programmes ayant pour but de promouvoir l'autonomisation des femmes et de la jeune fille

- ❑ Approche genre établie comme une approche de développement dans la Politique Nationale de Population en 2002
- ❑ Accent mis sur l'égalité d'accès à l'éducation pour les jeunes filles dans la Stratégie pour la Croissance et l'Emploi en 2009
- ❑ Politique Nationale Genre élaborée en 2015
 - Stratégie Nationale de lutte contre les VBG au Cameroun (2022-2026)
 - Plan d'Action National pour l'élimination des Mutilations Génitales Féminines au Cameroun (2022-2026)
- ❑ En 2016, nouvelle loi interdisant aux garçons et aux filles de se marier avant l'âge de 18 ans.
- ❑ Le programme de parentalité positive en 2022, pour permettre aux parents d'acquérir des compétences parentales positives afin qu'ils puissent soutenir plus efficacement le développement de leurs enfants dès leur plus jeune âge et jusqu'à l'adolescence.

Élément clé 4 : Approche multisectorielle et coordination

Un comité national a été mis en place pour coordonner les différents secteurs impliqués dans la mise en œuvre des stratégies et des interventions en matière de santé sexuelle et reproductive.

- ❑ Forte implication des sectoriels dans la prise en charge des problèmes des adolescents et jeunes : Ministères, Collectivités territoriales et décentralisées, Communauté, Organisations de la société civile, partenaires techniques et financiers
- ❑ Création du Programme Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infanto-juvénile (PLMI)
- ❑ Existence d'un comité de coordination
- ❑ Existence d'un sous-groupe thématique SRA
- ❑ Prise en compte de certains aspects du PSNSAJ dans les plans d'actions des départements ministériels.

Conclusions et recommandations

Le Cameroun a une très riche et longue expérience en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents. L'intégration de la plupart des règles et conventions internationales sur la santé sexuelle et reproductive dans ses documents de politique et stratégie témoigne de l'intérêt du gouvernement sur les questions de santé des adolescents. Le pays n'a cessé d'offrir un cadre politique et réglementaire de promotion de la santé et droits sexuels et reproductifs des jeunes avec l'élaboration de différents plans stratégiques

et la mise en œuvre de plusieurs programmes et interventions adaptés aux adolescents et jeunes.

Cependant, il est à souligner que la plupart des plans stratégiques sont obsolètes à ce jour et qu'il y a besoin d'élaborer de nouveaux plans. En outre, les résultats de l'étude menée montrent l'existence au sein de la population adolescente et jeune d'un niveau encore faible de connaissances, d'attitudes et de pratiques favorables à la santé et droits sexuels et reproductifs des jeunes. Il y a besoin de renforcer et d'étendre la mise en œuvre des interventions afin d'assurer l'accessibilité géographique et financière des services à la population adolescente. Selon les informateurs clés il serait nécessaire de :

- ❑ Concevoir des programmes qui prennent en compte "l'agence de la jeunesse"
 - Les services doivent être adaptés aux besoins et aux préférences des jeunes et des adolescents
 - Les campagnes de sensibilisation destinées aux adolescents doivent être adaptées aux tranches d'âge de la population des adolescents.
- ❑ Renforcer l'approche multisectorielle de la mise en œuvre des programmes
- ❑ Identifier les interventions efficaces et faire un plaidoyer pour le passage à l'échelle
- ❑ Impliquer les adolescents dans l'organisation des services de santé qui leurs sont adaptés
- ❑ Revoir le contenu des composantes de l'éducation sexuelle et adapter les modules au contexte : mettre l'accent sur le cycle menstruel, les fistules, les inconvénients d'une grossesse précoce.
- ❑ Concevoir des programmes qui ciblent l'ensemble de l'écosystème de l'adolescent et impliquent tous les secteurs
- ❑ Passer de la formation des pairs éducateurs à l'implication des chefs religieux, des chefs traditionnels et des autorités administratives locales dans la mise en œuvre des programmes.
- ❑ Assurer la synergie entre toutes les organisations travaillant dans les mêmes localités, en particulier sur les mêmes questions et les mêmes thématiques.

I. Introduction

Au Cameroun, certaines études et rapports font état d'une évolution remarquablement positive de certains indicateurs relatifs à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des adolescents (SDSRA). Fotso et al. ont examiné les tendances et les différences en matière de grossesses chez les adolescentes, en distinguant les adolescentes mariées de celles non mariées, et en utilisant les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1991 à 2018 [1]. L'analyse a montré que le pourcentage d'adolescentes mariées ayant connu une grossesse a considérablement diminué, passant de 39,6 % à 26,4 % entre 1991 et 2018. Il en est de même chez les adolescentes non mariées dont le pourcentage est passé de 34 % en 1991 à 26 % en 2018. Au cours de la même période, le pourcentage d'adolescents célibataires sexuellement actifs utilisant une méthode contraceptive moderne est passé de 4 % à 49 % [1]. Une revue des différents rapports EDS montre également une baisse du nombre d'adolescentes de 15-19 ans qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 15 ans, le pourcentage étant passé de 26% en 1998 à 11,9% en 2018 [2,3]. Selon un rapport de l'UNICEF sur le mariage des enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre, le pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans au Cameroun qui ont été mariées ou ont eu une première relation avant l'âge de 18 ans est passé de 42 % en 1993 à 30 % en 2018 [3].

Cette évolution des indicateurs justifie le choix du Cameroun comme pays "exemplaire" en matière de SDSRA, au même titre que d'autres pays d'Afrique (Ghana, Malawi, Rwanda) et en d'Asie (Inde et Népal), dans le cadre du projet ASHER (Adolescents Sexual and Reproductive Health and Right). Le projet ASHER fait partie du programme "Exemplars in Global Health" qui vise à identifier et à analyser les exemples positifs dans des domaines de la santé mondiale tels que la santé des femmes, la santé maternelle et infantile, la nutrition, la préparation et la réponse aux épidémies, et les systèmes de santé.

Il était question, dans le cadre du projet ASHER, d'identifier les facteurs de succès dans l'amélioration de la SDSRA au Cameroun. Le projet visait à examiner les politiques et les programmes qui ont contribué à réduire les niveaux élevés de grossesses, y compris la prévention et la gestion des grossesses non désirées, et à faire progresser la SDSRA. Également, il visait à déterminer comment les enseignements tirés des interventions réussies et des meilleures pratiques peuvent être appliqués pour améliorer les résultats en matière de SDSRA dans toutes les zones géographiques du pays, ainsi que par d'autres pays. Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- Comprendre les principaux moteurs (juridiques, politiques, programmatiques, socio-économiques et systèmes de santé) de la réussite de l'amélioration de la SDSRA au Cameroun.
- Évaluer la mise à l'échelle et la reproductibilité des interventions et des approches mises en œuvre au Cameroun.
- Faciliter la prise en compte des résultats dans les régions les moins performantes du pays, ainsi que dans d'autres pays.

L'étude a utilisé une approche mixte incluant une revue documentaire, une composante quantitative et une composante qualitative.

Pour la **revue documentaire**, une analyse des politiques élaborées dans le cadre de la santé de la reproduction des adolescents a été faite ; y compris les politiques en rapport avec la Santé de la reproduction, santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent, y compris la Nutrition (SRMNEA+N), les stratégies déployées et les programmes en rapport avec la SSRA.

La **composante qualitative** s'est appesantie sur la collecte des données auprès des informateurs clés (décideurs politiques, responsables de la mise en œuvre des programmes, bailleurs de fonds, leaders traditionnels, jeunes leaders, prestataires de santé, parents d'adolescents), et à travers les discussions de groupe avec des adolescents âgés de 12-19 ans.

La **composante quantitative** a essentiellement consisté en une analyse des données de source secondaire. Ces documents étaient constitués de rapports d'enquêtes, des rapports d'évaluation de stratégies, de projets, etc.

Ce rapport présente le contexte dans lequel les interventions ont été mises en œuvre au Cameroun, les réalisations du Cameroun en matière de SDSRA, les défis rencontrés lors de la mise en œuvre et les étapes significatives.

II. Analyse situationnelle du Cameroun

Cette section présente le contexte dans lequel les stratégies et interventions en rapport avec la SSRA ont été mises en œuvre. Les données contextuelles évoquées dans le présent cadre vont toucher entre autres, les données démographiques des adolescents ; le système de santé et les infrastructures en place ; le cadre politique, législatif et économique ; l'environnement éducatif ; et les normes sociales et culturelles en rapport avec la SDSRA au Cameroun.

II.1 Contexte démographique

Composée d'une population essentiellement jeune, la population de la République du Cameroun est estimée au 1^{er} juillet 2019 à 24 348 251 habitants, dont 50,6% de femmes [3]. En effet, plus de la moitié de la population a moins de 20 ans, la population de moins de 15 ans représente 42,5% de l'ensemble de la population, et celle de 65 ans ou plus s'élève à seulement 3,6% [3].

Les données de l'EDS 2018 [2] montrent que la proportion d'adolescentes de 15-19 ans mariées ou en concubinage est de 20% : 13,4% sont mariées ; 5,2% vivent en concubinage ; 0,3% sont divorcées. Les autres adolescentes sont soit veuves (0,1%), soit séparées (1%). Le pourcentage des femmes de 15-19 ans en union polygamique est de 18%. Près de 12% des adolescentes de 15-19 ans ont eu leur rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Près d'une adolescente de 15-19 ans sur quatre (24%) a déjà débuté sa vie procréative, soit parce qu'elle était déjà mère (19%), soit parce qu'elle était enceinte au moment de l'enquête (5%). La proportion d'adolescentes de 15-19 ans, actuellement en union dont les besoins en planification familiale ne sont pas satisfaits est de 26%. Le pourcentage de femmes non-utilisatrices de la contraception qui n'ont parlé de planification familiale ni avec un agent de santé, ni dans un établissement de santé est plus élevé chez les adolescentes de 15-19 ans soit 93% ; 10,3% des adolescentes utilisent au moins une méthode moderne.

II.2 Système de santé du Cameroun

Le secteur de la santé au Cameroun est organisé en forme de pyramide comprenant trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique) et trois sous-secteurs (public, privé à buts non lucratif et lucratif, et traditionnel). Chaque niveau de la pyramide ainsi constituée dispose des structures administratives, sanitaires et de dialogue (Tableau 1).

Tableau 1 : Différents niveaux du système de Santé au Cameroun

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de santé	Structure de dialogue
Central	- Cabinet du Ministre de la Santé Publique (MSP) - Secrétariat Général - Directions et Structures assimilés	- Elaboration des concepts de la Politique et des Stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux, CHU, Hôpitaux centraux et Assimilés, CENAME, CPC, CHRACERH, LANACOME, CIRCB, ONSP.	Conseil National de la Santé, d'Hygiène et des Affaires Sociales.
Intermédiaire	10 Délégations Régionales de la Santé Publiques	Appui technique aux Districts	-Hôpitaux régionaux et assimilés -Centres d'approvisionnement pharmaceutique régionaux.	Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
Périphérique	194 Districts de santé	Mise en œuvre des Programmes	-Hôpitaux de District -Cliniques -CMA-CSI -Cabinet de soins.	-COSADI -COGEDI -COSA -COGE

Source : Ministère de la Santé Publique

Le niveau périphérique est chargé d'offrir le Paquet Minimum d'Activités (PMA) qui renvoie à l'ensemble des activités curatives, préventives, promotionnelles et gestionnaires effectuées de manière intégrée, continue et globale au niveau des structures sanitaires du premier échelon de la pyramide sanitaire, pour assurer la disponibilité des soins et services de santé de qualité dans la communauté (3).

Le niveau intermédiaire propose le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). C'est l'ensemble des activités complémentaires au PMA, offertes de manière continue dans les structures de première référence de la pyramide sanitaire. Il est offert par les Hôpitaux de District et les structures sanitaires privées de niveau équivalent ainsi que par les Districts de Santé (DS). Les Hôpitaux de District sont des formations sanitaires de première référence. Toutes les autres formations de santé du niveau intermédiaire et du niveau central sont des formations sanitaires de seconde référence.

II.3 Cadre politique, législatif et économique

A l'échelle nationale, le Cameroun s'est doté d'un cadre législatif et réglementaire qui promeut les droits des enfants et les protège contre les pratiques qui limitent l'expression de leur potentiel, et dont l'essentiel est repris comme suit [4] :

- La Constitution, dont le préambule consacre l'obligation régaliennne de protection des jeunes par la nation ;
- Le Code civil qui établit les devoirs des époux à l'égard de leurs enfants (art. 203, 2013);
- Le Code pénal qui réprime l'esclavage et la mise en gage des enfants (art. 293 et 342), l'enlèvement des mineurs (art. 352 - 354), l'outrage à la pudeur d'une personne mineure de 16 ans (art. 346), l'infanticide (art. 340), l'avortement clandestin (art. 337), la violence sur des enfants (art. 277, 278, 350, 375), le délaissement d'incapable (art. 282), la privation permanente à autrui de l'usage de tout ou partie d'un organe ou d'un sens (art. 277 et 350), et le mariage forcé (art. 356) ;
- Les dispositions du projet de loi portant répression des violences sexistes, qui ont été prises en compte dans le Code Pénal en cours de révision. Ainsi, la notion de blessures graves a été élargie avec l'insertion de deux alinéas portant sanction à l'emprisonnement à vie lorsque les blessures graves consistent en la mutilation des organes génitaux et lorsque la mutilation a entraîné la mort de la victime ou que l'auteur se livre habituellement à cette pratique ;
- Les éléments de l'avant-projet du code des personnes et de la famille ont été intégrés dans l'avant-projet du Code civil en cours d'élaboration, à l'instar de l'harmonisation de l'âge du mariage pour les deux sexes. Cette mesure qui s'aligne aux dispositions de la Conventions des Nations Unies relatives aux Droits de l'enfant est favorable à l'élimination de la pratique au Cameroun.

Par ailleurs, le Gouvernement met en œuvre les mesures préconisées par les plateformes d'action de Beijing et du Commonwealth, en considérant comme priorité la promotion et la protection de la petite fille. C'est dans ce cadre que l'on peut situer des initiatives significatives prises par certaines autorités administratives à travers des textes officiels interdisant les pratiques culturelles néfastes à l'égard des filles, dont les mariages précoces et forcés. Des mesures dissuasives telles que la garde à vue, le paiement des amendes et l'exclusion des activités communautaires.

La SDSRA s'intègre dans la grande composante intitulée, Santé de la reproduction, santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent, y compris la Nutrition (SRMNEA+N). Dans la gestion de cette problématique à caractère multisectoriel, il a été créé le Programme Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infanto-juvénile (PLMI) par arrêté N° 095/CAB/PM du 11 Novembre 2013. Le PLMI est composé d'un Comité National de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et Infanto-juvénile et des comités régionaux.

Le Comité National est chargé de définir les grandes orientations du programme et d'en assurer le suivi de la performance.

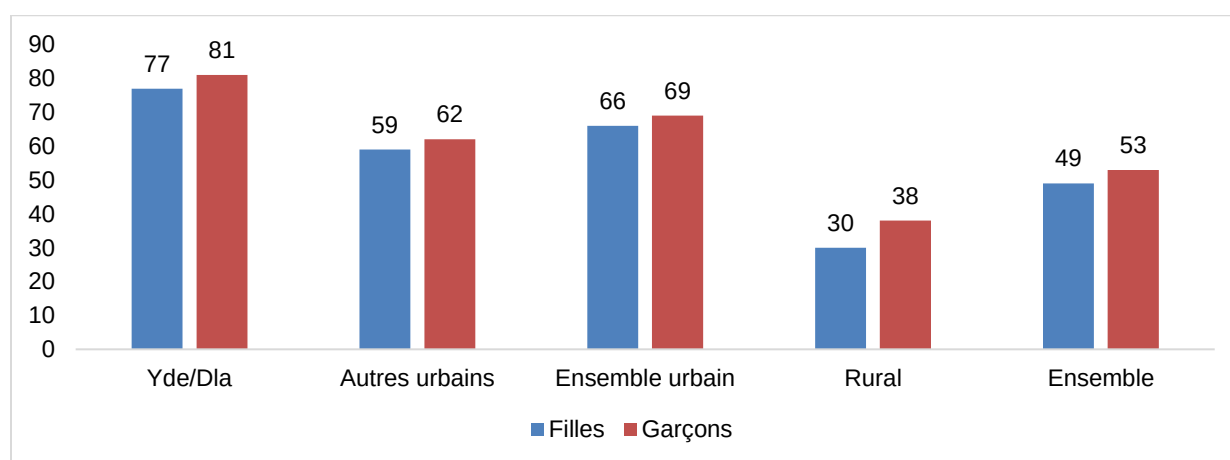
Le Comité National est un organe multisectoriel et est présidé par le Ministre de la Santé Publique. La Ministre de la Promotion de la Femme et de la Famille quant à elle assure la vice-présidence de ce comité. Les membres de ce comité sont recrutés dans la quasi-totalité des départements ministériels étant donné que ces départements ministériels interviennent de près ou de loin dans la gestion des adolescents scolarisés ou non.

II.4 Education

Globalement, les résultats de l'EDS 2018 [3] montrent que, 14% d'hommes et 23% de femmes de 6 ans ou plus n'ont aucun niveau d'instruction. En outre, 43% d'hommes et 41 % de femmes ont un niveau d'instruction équivalent au primaire, 12% pour chaque sexe ayant complété ce niveau d'instruction. De plus, 36% d'hommes et 31% de femmes ont le niveau secondaire. Les proportions d'hommes et de femmes ayant un niveau d'instruction secondaire incomplet sont respectivement de 32% et de 28%. Les pourcentages de femmes et d'hommes ayant complété ce niveau sont très faibles (respectivement 3% et 4%). Des proportions très faibles d'hommes (7%) et de femmes (5 %) ont le niveau supérieur.

La figure 1 suivante montre qu'indépendamment de la localité considérée, les garçons (12-18 ans) enregistrent une fréquentation scolaire au niveau secondaire un peu plus élevée que les filles de la même tranche d'âge. Même si l'on ne peut pas parler de disparité, nous pouvons constater avec beaucoup d'intérêt que les garçons sont favorisés. Au niveau national, les filles enregistrent 49% et les garçons enregistrent 53%.

Figure 1 : Fréquentation scolaire au niveau secondaire, par milieu de résidence des 12-18 ans en 2018

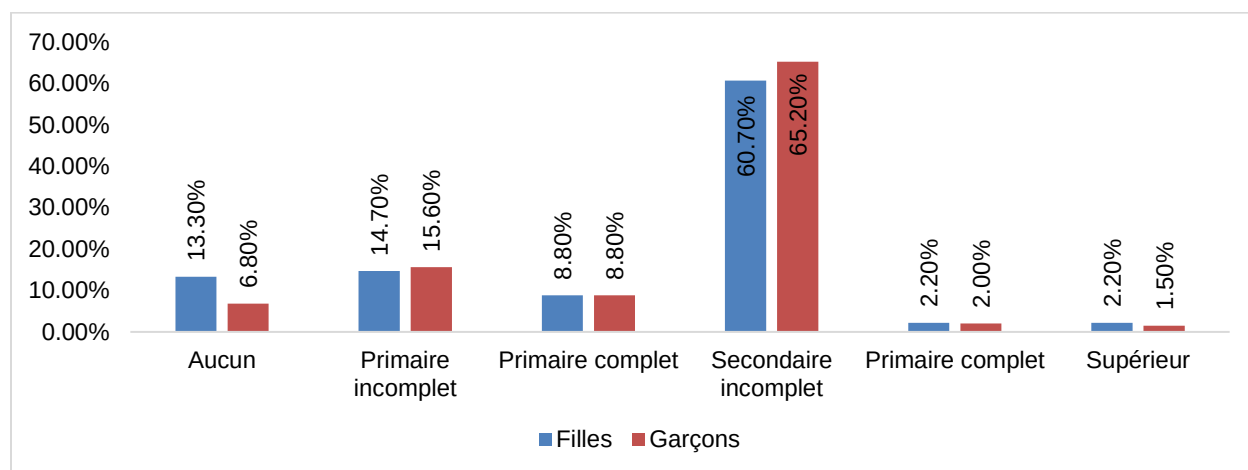


Source : Données EDS 2018

En considérant la tranche d'âge qui nous intéresse (15-19 ans), l'on peut lire sur la figure 2 que 13,30% de jeunes filles contre 6,80% de jeunes garçons n'ont aucun niveau d'étude. Que ce soit le primaire incomplet, le primaire complet, le secondaire incomplet et le secondaire

complet, les jeunes garçons ont un niveau d'instruction supérieur à celui des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans.

Figure 2 : Niveau d'instruction comparatif des adolescents âgés de 15-19 ans en 2018



Source : Données EDS 2018

II.5 Culture et Religion

La population camerounaise est une mosaïque de plus de 250 groupes ethniques aux coutumes et traditions différentes qui constituent la richesse du patrimoine artistique et culturel du pays. Le pays est subdivisé en 4 grandes aires culturelles : La zone Fang-Beti, la zone Soudano-sahélienne, la zone côtière et le Grassland, dont les modes de vie traditionnels subsistent encore avec la conservation intacte des chefferies traditionnelles. Le Cameroun est un état laïc avec une diversité de religions. Deux principales religions y sont pratiquées : le Christianisme et l'Islam. On note aussi la pratique de l'Animisme par une frange de la population.

Les normes culturelles, sociales et religieuses qui existent dans les différents groupes ethniques exercent une influence soit positive (bénéfique), soit négative (néfaste) sur la santé de la reproduction. Lorsqu'elles sont positives, elles sous-tendent l'identité, favorisent la cohésion et la solidarité, ainsi que le développement global des communautés. Mais lorsqu'elles sont négatives, elles empêchent des groupes/sous-groupes spécifiques de la communauté de jouir de certains de leurs droits dont les plus inaliénables, en même temps qu'elles portent atteintes à leur santé.

Les femmes et les enfants, en particulier les filles, sont les groupes les plus affectés par les pratiques culturelles. Leur position dans les chaînes de prise de décision au sein de la communauté limite leur possibilité de contribuer à la prise des décisions qui concernent leur propre bien être. Leurs rôles sociaux reconnus sont fondés sur la tradition, la religion, le

genre, la superstition, les us et coutumes est très fort par rapport à la plupart des pratiques néfastes. Cette situation influence l'utilisation des services de santé de la reproduction par les femmes, et l'accès à l'éducation par la jeune fille.

II.6 Violences basées sur le genre et Pratiques culturelles néfastes

Le genre est reconnu comme l'un des principaux déterminants sociaux de la santé. La question de l'intégration de la dimension du genre dans toutes les politiques, tous les programmes et tous les projets est une préoccupation majeure des organisations internationales et des gouvernements nationaux au cours des quatre dernières décennies. Cela peut être justifié par des engagements à tous les niveaux par le biais de conventions internationales et régionales ainsi que de déclarations. Parmi les plus éloquents, figurent la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), le Protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, la Convention relative aux droits de l'enfant, le Programme d'action du Caire en matière de population et de développement et la Déclaration et le Programme d'action de Beijing. Les résultats de la recherche et les expériences pratiques ont permis de tirer des conclusions générales selon lesquelles, les jeunes femmes et filles du monde entier et celles du Cameroun en particulier ne bénéficient pas autant des processus de développement et des services disponibles que les hommes et les garçons. Les jeunes femmes et les filles sont donc désavantagées dans tous les secteurs du développement, y compris la santé et en particulier la santé et les droits sexuels et reproductifs.

La violence Basée sur le Genre (VGB) est l'une des violations des droits humains les plus répandues dans le monde. Il s'agit d'un terme générique pour tout acte nuisible qui est perpétré contre la volonté d'une personne et qui est basé sur des différences socialement attribuées entre les hommes et les femmes (genre). Elle comprend des actes qui infligent des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, des menaces, de la coercition et d'autres privations de liberté. Ces actes peuvent se produire en public ou en privé. Elle cible donc toute personne. Cependant, les femmes et les jeunes filles sont les plus visées à cause de leur vulnérabilité. La prévalence des VBG est très difficile à estimer du fait de sa nature insidieuse et du silence des victimes. En outre, les facteurs culturels et la stigmatisation associés à la VBG ne facilitent pas les discussions dans certaines situations.

L'analyse des données de la Cinquième Enquête Démographique et de Santé (EDSC-V) 2018 indique que, 43 % des femmes et 44 % des hommes de 15-49 ans ont subi des actes de violences physique ou sexuelle. Environ un quart des femmes de 15-49 ans ont déclaré que leur conjoint avait déjà exercé, au moins, trois des comportements de contrôle cités (26 %). Parmi les hommes de 15-49 ans, 36 % ont déclaré que leur épouse/partenaire avait déjà exercé, au moins, trois des comportements de contrôle cités. Au cours des 12 derniers mois,

32 % des femmes et 22 % des hommes en union ou en rupture d'union ont subi des actes de violence, sous la forme émotionnelle, physique et/ou sexuelle, de la part de leur conjoint. Au cours des 12 derniers mois, 45% des femmes et 21 % des hommes en union ou en rupture d'union ont subi des blessures à la suite d'actes de violences physique ou sexuelle commis par le conjoint. Parmi les femmes qui ont subi des violences physique ou sexuelle, un peu plus de la moitié (52 %) n'ont pas recherché d'aide et n'ont parlé à personne de ce qui leur est arrivé. Parmi les hommes, ce pourcentage est de 54 % [3].

S'agissant des Pratiques culturelles néfastes (PCN), il s'agit d'un ensemble d'us, coutumes, traditions et pratiques discriminatoires implantées de longue date au sein des communautés au point que certaines cultures et sociétés finissent par les considérer comme acceptables. Les PCN constituent une violation des droits de l'homme. Elles mettent en danger la santé sexuelle et reproductive, et les droits des femmes et des adolescents, notamment des jeunes filles. A titre illustratif et s'agissant de la dernière enquête EDS MICS de 2011 montre d'ailleurs une prévalence nationale des Mutilations Génitales Féminines (MGF) de 1,4% sur le plan national et de 20% dans les zones foyers que sont l'extrême-Nord et le Sud-ouest [4]. Au Cameroun, la question des MGF a été timidement abordée à partir des années 1987. Pour ce qui est du mariage d'enfants, Parmi les femmes âgées de 15-49 ans, une femme sur dix (11 %) s'est mariée avant l'âge de 15 ans et chez les femmes de 20-49 ans, environ une femme sur huit (13 %) s'est mariée avant l'âge de 15 ans et trois femmes sur huit (36 %) se sont mariées avant l'âge de 18 ans. Une jeune femme âgée de 15-19 ans sur cinq (20 %) est actuellement mariée. Cette proportion est de 13 % en milieu urbain et de 28 % en milieu rural ; elle décroît avec le niveau d'instruction. En ce qui concerne l'âge du mariage d'enfants, l'enquête MICS a trouvé que : 6,2% des femmes actuellement âgées de 15 à 19 ans étaient mariées avant l'âge de 15 ans.

Outre le mariage d'enfants et les mutilations génitales féminines, les autres PCN identifiées au sein de certaines communautés au Cameroun sont le repassage des seins, le refus de scolarisation de la jeune fille, le phénomène de « Money Women » où des filles sont données en mariage depuis leur conception, les rites de veuvage avilissants, le lévirat et sororat. Toutes ces pratiques ont des conséquences irréversibles sur la vie, le développement, l'épanouissement, la santé, l'éducation et la protection de la fille.

III. Tendances et évolution des indicateurs

La présente section se focalise sur l'appréciation des tendances et de l'évolution d'un ensemble d'indicateurs liés à la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Les objectifs de cette analyse secondaire des données des EDS du Cameroun a plusieurs objectifs :

- Identifier les facteurs individuels, familiaux, communautaires et du système de santé associés à l'évolution des indicateurs de SSRA
- Identifier les facteurs de changement comportementaux en matière de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents
- Examiner les inégalités en matière de SSRA

III.1 Répartition de la population des adolescents

Le tableau 2 ci-après présente la répartition de la population d'adolescents âgés de 15 à 19 ans suivant un ensemble de caractéristiques sociodémographiques, entre 1998 et 2018. Au cours de cette période, le plus grand effectif des adolescents se trouvent dans la région du Nord (34%), un peu plus de la moitié réside en milieu urbain (52%), et la majorité a un niveau d'éducation secondaire (59%). En outre, environ un quart des adolescents ayant déjà commencé leur fécondité sont mariés, proportion 5 fois plus élevée que la classe des adolescents non mariés.

Tableau 2 : Répartition des adolescents âgés de 15 à 19 ans suivant certaines caractéristiques sociodémographiques entre 1998 et 2018

Variables	Effectif (%) N = 10 554	Variables	Effectif (%) N = 10 554
Année d'enquête		Quintile de richesse	
1998	935 (8.9%)	Le plus bas	1 400 (13%)
2004	2 680 (25%)	Second	1 970 (19%)
2011	3 590 (34%)	Moyen	2 346 (22%)
2018	3 349 (32%)	Quatrième	2 393 (23%)
Région		Le plus élevé	2 445 (23%)
Centre	2 793 (26%)	Religion	
Nord	3 591 (34%)	Catholique	4 101 (39%)
Littoral	2 145 (20%)	Protestant	3 489 (33%)
Nord-Ouest	2 025 (19%)	Autres chrétiens	1 540 (15%)
Milieu de résidence		Musulmans	915 (8,7%)
Urbain	5 534 (52%)	Autre/Pas de religion	496 (4,7%)
Rural	5 020 (48%)	Fécondité avant et dans le mariage	
Education		Pas de grossesses précoces	7 468 (71%)
Aucune éducation/ Préscolaire	1 159 (11%)	Avant le Mariage	543 (5,1%)
Primaire	3 117 (30%)	Dans le mariage	2 543 (24%)
Secondaire/Supérieur	6 278 (59%)		

Source : Données EDS 1998, 2004, 2011, 2018

III.2 Expériences de grossesse chez les adolescentes de 15-19 ans

En mettant côte à côte les adolescentes n'ayant jamais été enceintes et celles qui ont été enceintes au moins une fois, le tableau 3 suivant montre que la proportion de celles qui n'ont jamais été enceintes augmente avec le temps. L'on remarque également que les grossesses précoces sont plus fréquentes chez les adolescentes n'ayant aucun niveau d'éducation (51%), suivi de celles ayant un niveau d'éducation primaire (38%). Concernant le niveau de vie, les adolescentes vivant dans les ménages dont le niveau de vie est le plus élevé expérimentent moins de grossesses précoces (15%) que celles qui vivaient dans les ménages dont le niveau de vie est inférieur (39% et 43% pour ceux ayant le quintile le plus bas et ceux ayant le quatrième quintile). Des disparités régionales sont notables avec les régions du Nord et du Centre ayant les proportions les plus élevées (37% et 34% respectivement). En prenant en

compte le lieu de résidence, les adolescents vivant en milieu rural (38%) expérimentent plus les grossesses que celles vivant en milieu urbain.

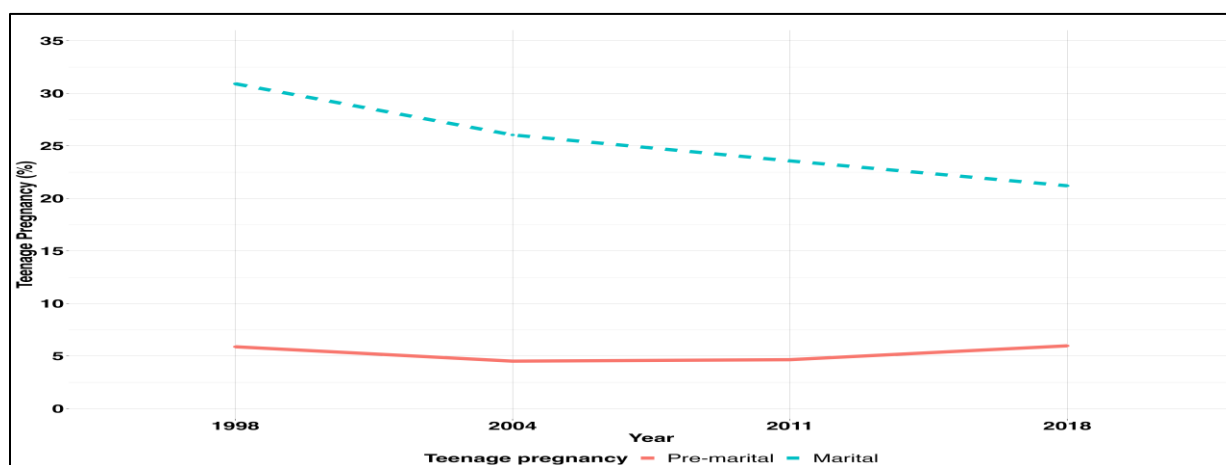
Tableau 3 : Expérience de grossesse chez les adolescentes de 15-19 ans selon quelques caractéristiques sociodémographiques

Variables	Jamais été enceinte N = 7,468	Enceinte au moins une fois N = 3,086	Ensemble N = 10,554
Année d'enquête			
1998	591 (63%)	344 (37%)	935 (100%)
2004	1,861 (69%)	819 (31%)	2,680 (100%)
2011	2,577 (72%)	1,013 (28%)	3,590 (100%)
2018	2,439 (73%)	910 (27%)	3,349 (100%)
Education			
Aucune éducation/ Préscolaire	571 (49%)	588 (51%)	1,159 (100%)
Primaire	1,936 (62%)	1,181 (38%)	3,117 (100%)
Secondaire/Supérieur	4,961 (79%)	1,317 (21%)	6,278 (100%)
Quintile de richesse			
Le plus bas	859 (61%)	541 (39%)	1,400 (100%)
Second	1,131 (57%)	839 (43%)	1,970 (100%)
Moyen	1,586 (68%)	760 (32%)	2,346 (100%)
Quatrième	1,807 (76%)	586 (24%)	2,393 (100%)
Le plus élevé	2,085 (85%)	360 (15%)	2,445 (100%)
Région			
Centre	1,852 (66%)	941 (34%)	2,793 (100%)
Nord	2,259 (63%)	1,332 (37%)	3,591 (100%)
Littoral	1,769 (82%)	376 (18%)	2,145 (100%)
Nord-Ouest	1,588 (78%)	437 (22%)	2,025 (100%)
Religion			
Catholique	3,052 (74%)	1,049 (26%)	4,101 (100%)
Protestant	2,471 (71%)	1,018 (29%)	3,489 (100%)
Autres chrétiens	943 (61%)	597 (39%)	1,540 (100%)
Musulmans	620 (68%)	295 (32%)	915 (100%)
Autre/Pas de religion	372 (75%)	124 (25%)	496 (100%)
Milieu de résidence			
Urbain	4,336 (78%)	1,198 (22%)	5,534 (100%)
Rural	3,132 (62%)	1,888 (38%)	5,020 (100%)

Source : Données EDS 1998, 2004, 2011, 2018

Globalement le pourcentage d'adolescentes qui ont eu des grossesses diminue avec le temps. Cependant des disparités existent selon que l'adolescente est mariée ou non. La Figure 3 ci-après montre que l'effectif des adolescentes ayant eu une grossesse est plus élevé pour celles qui sont mariées que pour celles qui ne sont pas mariées. Mais avec une tendance baissière au cours du temps pour les adolescentes mariées, tandis que la tendance est constante pour celles non mariées.

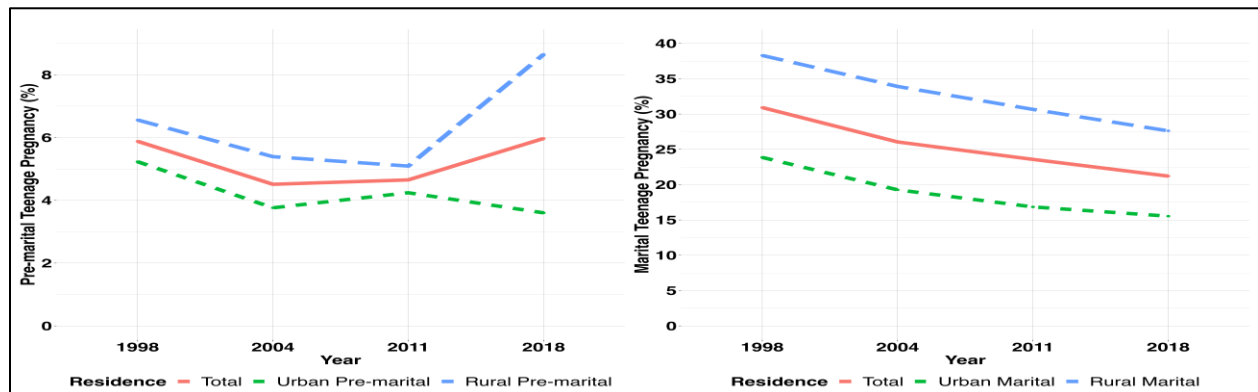
Figure 3 : Evolution du pourcentage des adolescentes de 15 à 19 ans qui ont eu des grossesses selon qu'elles étaient mariées ou non entre 1998 à 2018



Source : Données EDS 1998, 2004, 2007, 2011, 2018

En ventilant les grossesses des adolescentes par milieu de résidence et selon que ces dernières sont mariées ou non, plusieurs différences apparaissent en termes d'évolution au cours du temps (Figure 4). De façon globale, la prévalence de grossesses chez les adolescentes est plus élevée chez celles qui vivent en milieu urbain qu'en milieu rural. Pour le cas spécifique des grossesses dans le groupe des adolescentes mariées, les illustrations suivantes montrent qu'indépendamment du lieu de résidence, la prévalence des grossesses diminue avec le temps. En revanche, dans le groupe des adolescentes non mariées, les prévalences ont évolué en dents de scie entre 1998 et 2018.

Figure 4 : Evolution du pourcentage de grossesses des adolescentes âgées de 15 à 19 ans selon le milieu de résidence entre 1998 et 2018

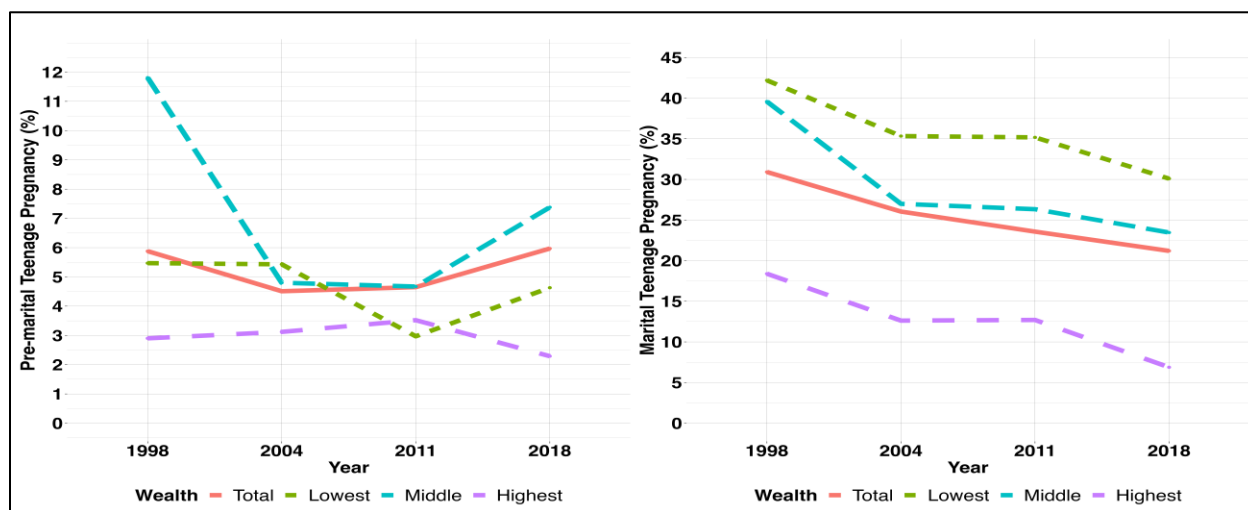


Sources : Données EDS 1998, 2004, 2007, 2011, 2018

En considérant les adolescentes mariées, les statistiques montrent que celles qui vivent dans les ménages dont le niveau de bien-être est le plus élevé sont moins sujettes aux grossesses que celles qui vivent dans les ménages dont le niveau de bien-être est le moins élevé (Figure 5). Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en moyenne, les adolescentes vivant dans les ménages dont le bien-être est élevé reçoivent une meilleure éducation et une meilleure assistance que celles qui vivent dans les ménages dont le niveau de bien-être est plus faible. En outre, ces dernières sont moins vulnérables et peuvent aisément planifier les accouchements que les autres adolescentes.

Pour des adolescentes qui ne sont pas mariées, le graphique suivant montre que celles qui vivent dans les ménages dont le niveau de vie est le plus élevé expérimentent moins des grossesses. Ces dernières sont certainement moins vulnérables et reçoivent une assistance adéquate auprès des membres du ménage. Cette assistance peut se traduire par la prise en charge des petits besoins, la gestion de la puberté et l'amélioration des connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive, etc.

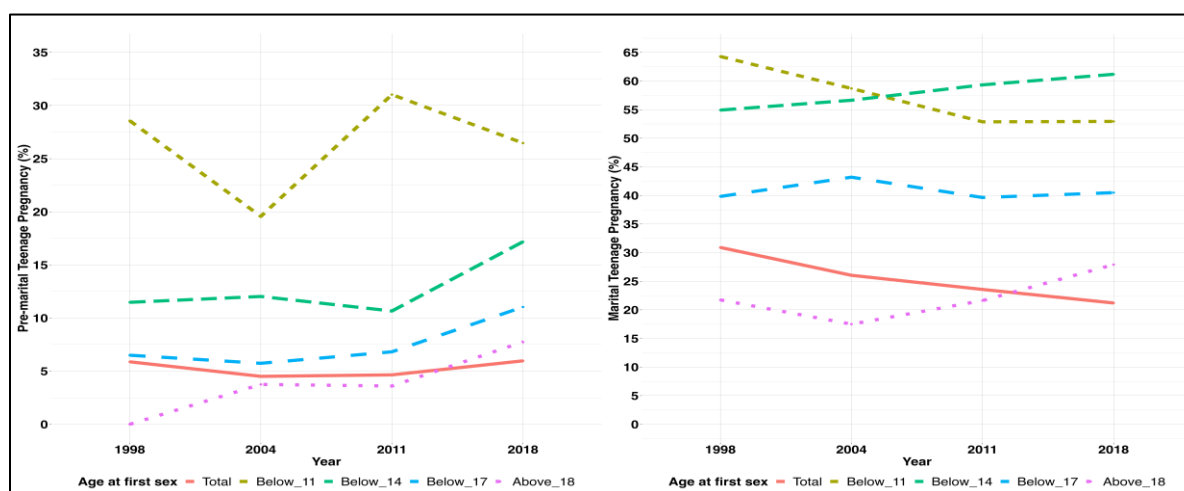
Figure 5 : Evolution du pourcentage des adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu une grossesse, selon le quintile de richesse entre 1998 et 2018



Sources : Données EDS 1998, 2004, 2007, 2011, 2018

Selon la figure 6, le volume de grossesses des adolescentes varie également par rapport à l'âge au premier rapport sexuel. Pour celle qui sont déjà en union, plus tard elles ont les rapports sexuels, plus faible est la prévalence des grossesses. Précocement les adolescentes ont des rapports sexuels, plus élevé est la prévalence des grossesses dans le groupe. A titre illustratif, les adolescentes qui ont débuté l'activité sexuelle très tôt, c'est-à-dire avant l'âge de 14 ans ont une prévalence de grossesses plus élevée que chez adolescentes qui en ont débuté après 18 ans ; que ces dernières soient en union ou non.

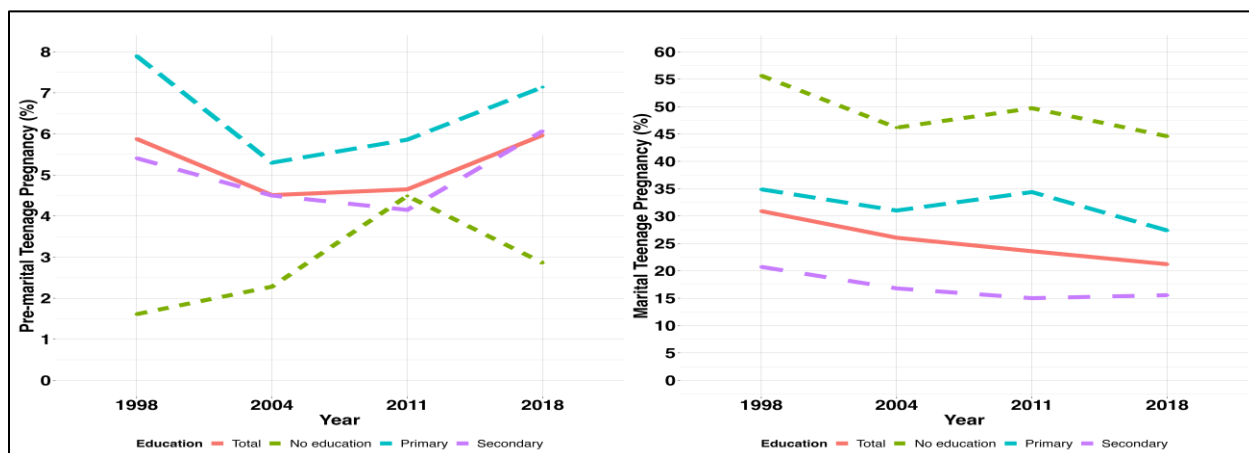
Figure 6 : Evolution du pourcentage des adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu une grossesse, selon l'âge au premier rapport sexuel entre 1998 et 2018



Sources : Données EDS 1998, 2004, 2007, 2011, 2018

La prévalence des grossesses des adolescentes varie significativement en fonction du niveau de connaissance de ces dernières. Les illustrations suivantes dans la figure 7 montrent que plus le niveau de connaissance des adolescentes est élevé, moins elles sont sujettes à des grossesses.

Figure 7 : Evolution du pourcentage des adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu une grossesse, selon le niveau d'éducation entre 1998 et 2018



Source : Données EDS 1998, 2004, 2007, 2011, 2018

III.3 Analyses exploratoires des déterminants des grossesses précoces

Les analyses exploratoires des déterminants des grossesses chez les adolescentes faites précédemment sont globalement confirmées dans les analyses explicatives contenues dans les tableaux 4, 5 et 6 ci-dessous. En effet, le niveau d'éducation, le niveau de bien-être, le lieu de résidence, l'âge à la première grossesse déterminent effectivement la survenue (probabilité) de la grossesse chez les adolescentes âgées de 15-19 ans sur la période 1998-2018.

Concernant le niveau d'éducation des adolescentes, les analyses montrent que les adolescentes qui ont le niveau du primaire ou qui sont sans niveau ont respectivement près de deux fois plus de chance (OR=2,08) ou près de trois fois plus de chance (OR=2,91) d'être enceintes que celles qui ont le niveau secondaire ou plus.

De même, les adolescentes qui vivent en milieu rural ont deux fois plus de chance (OR=2,14) d'être enceintes que les adolescentes qui vivent en milieu urbain. On montre également que l'âge au premier rapport sexuel est un facteur de risque, le niveau de vie est un facteur de risque, etc.

Dans le même ordre d'idées, à travers des données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), l'on montre la proportion de grossesse est plus élevée dans les ménages les plus pauvres que dans les ménages les moins pauvres. C'est-à-dire que les adolescentes

vivantes dans les ménages les plus pauvres expérimentent plus les grossesses que les adolescentes vivantes dans les ménages les moins pauvres.

Lorsqu'on s'intéresse à l'âge de l'adolescentes au premier rapport sexuel, l'on se rend compte que les adolescentes qui ont leur premier rapport sexuel après 18 ans expérimentent moins de grossesses que les celles qui ont leur premier rapport sexuel à des âges moins élevés.

Un autre déterminant des grossesses chez les adolescentes est le niveau d'éducation. Le tableau ci-après montre que plus les adolescentes sont éduquées, moins elles sont sujettes à des grossesses. Pour les adolescentes en union et indépendamment du niveau d'éducation, la prévalence de grossesse est baissière tout au long de la période 1998-2018. Cependant dans le groupe des adolescentes qui ne sont pas en union, la proportion des adolescentes enceintes varie en dents de scie au cours de la période (Tableau 4).

Contrairement à l'analyse précédente, la suivante essaie de mettre côte à côte les adolescentes en union et celles qui ne sont pas en union. Le constat global qui ressort de ladite analyse est que les déterminants de la survenue de la grossesse dans les deux groupes sont globalement les mêmes. Seules la force du lien est différente en fonction du groupe dans lequel les adolescentes se trouvent (Tableau 5).

De façon spécifique, si l'on considère les deux déterminants que sont le niveau de bien-être des ménages dans lesquels vivent les adolescentes et le lieu de résidence, on observe un ensemble de faits. Indépendamment du fait d'être en union ou pas pour les adolescentes, en considérant comme référence les adolescentes qui vivent dans les ménages dont le niveau de bien-être est le plus élevé, les adolescentes qui vivent dans les ménages dont le bien-être est plus faible plus de chance d'être enceinte par rapport aux premières. Plus précisément, les adolescentes qui vivent dans les ménages ayant le quintile de richesse le plus faible ont 2,25 fois (non en union) et 1,8 fois (en union) plus de chance d'être enceintes que les adolescentes qui vivent dans les ménages ayant le quintile de richesse le plus élevé. Concernant le milieu de résidence des ménages dans lesquels vivent les adolescentes, le tableau précédent montre que cette variable n'est suffisamment significative. Il n'est pas totalement établi que le milieu de résidence joue un rôle décisif dans la survenue de la grossesse chez les adolescentes.

Tableau 4 : Déterminants de l'expérience grossesses pour les adolescentes de 15-19 ans entre 1998 et 2018

Variable	N	Crude		Adjusted	
		OR ¹	95% CI ¹	OR ¹	95% CI ¹
Année d'enquête	10,512				
2018		—	—	—	—
2011		1.07	0.91, 1.26	0.81	0.65, 1.00
2004		1.25	1.05, 1.48	0.80	0.64, 0.99
1998		1.91	1.56, 2.33	0.86	0.67, 1.12
Education	10,512				
Secondaire+		—	—	—	—
Primaire		2.37	2.10, 2.68	2.08	1.76, 2.46
Aucune éducation		4.74	4.02, 5.58	2.91	2.17, 3.90
Quintile de richesse	10, 512				
Le plus élevé		—	—	—	—
Quatrième		1.88	1.59, 2.22	1.44	1.18, 1.77
Moyen		2.86	2.40, 3.42	1.86	1.46, 2.36
Second		4.20	3.48, 5.08	2.19	1.66, 2.89
Le plus bas		3.56	2.91, 4.36	1.92	1.39, 2.66
Milieu de Résidence	10, 512				
Urban					
Rural		2.14	1.89, 2.42	1.04	0.86, 1.26
Religion	10,497				
Catholique		—	—	—	—
Protestant		1.17	1.03, 1.32	1.07	0.92, 1.24
Autres chrétiens		2.14	1.81, 2.53	1.37	1.08, 1.72
Musulmans		1.66	1.37, 2.02	1.26	0.94, 1.69
Pas de religion		0.99	0.78, 1.26	1.06	0.75, 1.50
Age au premier rapport sexuel	10,512				
18 ans ou plus		—	—	—	—
15-17 ans		2.39	1.81, 3.14	2.05	1.56, 2.68
12-14 ans		6.28	4.68, 8.43	4.08	3.05, 5.46
11 ans ou moins		10.7	6.31, 18.1	7.79	4.50, 13.50
Région	10, 512				
Centre		—	—	—	—
Nord		0.98	0.85, 1.13	1.00	0.77, 1.29
Littoral		0.35	0.29, 0.42	0.57	0.43, 0.75
Nord-Ouest		0.54	0.45, 0.65	0.67	0.52, 0.88

Source : Données EDS 1998, 2004, 2007, 2011, 2018

Tableau 5 : Régression logistique multinomiale groupée pour l'expérience de la grossesse : pré-maritale et maritale

	Grossesse avant le mariage vs. Pas de grossesse		Grossesse dans le mariage vs. Pas de grossesse	
Variable	RRR ¹	95% CI ¹	RRR ¹	95% CI ¹
Année d'enquête				
2018	—	—	—	—
2011	0.636	0.474, 0.854	0.860	0.678, 1.089
2004	0.528	0.388, 0.720	0.874	0.690, 1.108
1998	0.622	0.421, 0.920	0.929	0.702, 1.228
Education				
Secondaire+	—	—	—	—
Primaire	1.810	1.382, 2.370	2.152	1.816, 2.551
Aucune éducation	1.904	1.159, 3.130	3.021	2.242, 4.072
Quintile de richesse				
Le plus élevé	—	—	—	—
Quatrième	1.649	1.147, 2.372	1.400	1.134, 1.727
Moyen	2.154	1.445, 3.209	1.793	1.394, 2.306
Second	2.312	1.465, 3.651	2.156	1.614, 2.879
Le plus bas	2.225	1.335, 3.709	1.876	1.329, 2.649
Milieu de résidence				
Urbain	—	—	—	—
Rural	1.060	0.784, 1.450	1.04	0.86, 1.26
Religion				
Catholique	—	—	—	—
Protestant	1.134	0.893, 1.440	1.054	0.897, 1.239
Autres chrétiens	0.973	0.650, 1.458	1.427	1.127, 1.807
Musulmans	0.740	0.421, 1.303	1.384	1.017, 1.882
Pas de religion	0.779	0.425, 1.426	1.126	0.788, 1.610
Age au 1er rapport sexuel				
18 ans ou plus	—	—	—	—
15-17 ans	2.224	1.298, 3.811	2.010	1.498, 2.698
12-14 ans	5.204	2.989, 9.061	3.872	2.829, 5.300
11 ans ou moins	21.358	9.970, 45.753	5.489	3.068, 9.821

	Grossesse avant le mariage vs. Pas de grossesse		Grossesse dans le mariage vs. Pas de grossesse	
Variable	RRR ¹	95% CI ¹	RRR ¹	95% CI ¹
Région				
Centre	—	—	—	—
Nord	3.223	1.986, 5.230	0.844	0.648, 1.098
Littoral	1.866	1.078, 3.231	0.480	0.360, 0.641
Nord-Ouest	1.607	0.941, 2.742	0.615	0.469, 0.806

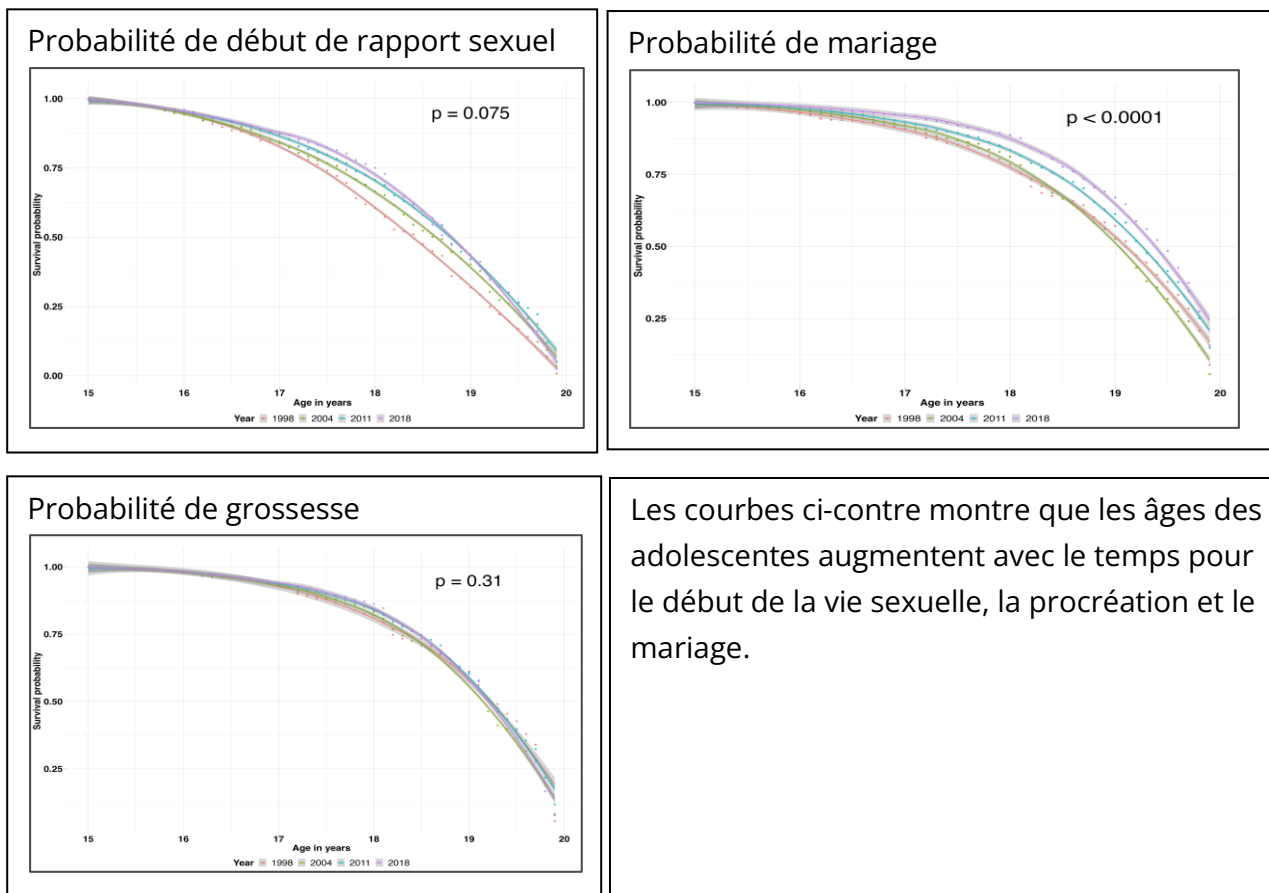
¹OR = Odds Ratio, CI = Interval de confiance

Source : Données EDS 1998, 2004, 2007, 2011, 2018

III.5 Courbes de probabilité pour le début des rapports sexuels, le mariage et la grossesse chez les adolescentes (15-19 ans)

Les courbes ci-après (Figure 8) montrent que les âges des adolescentes augmentent avec le temps pour le début de la vie sexuelle, la procréation et le mariage. En 2018, au moins 50% des adolescents ont eu leur premier rapport sexuel avant leur 19^{ème} anniversaire ; l'observation est similaire à celle de 2011. De même, plus de 50 % des adolescents n'étaient pas mariés avant leur 19^{ème} anniversaire, et la plupart des adolescentes commencent à avoir des enfants après leur 19^{ème} anniversaire, ce qui est constant d'une année à l'autre.

Figure 8 : Courbes de probabilité de certaines caractéristiques (Début de rapport sexuel, Mariage et grossesse) chez les adolescentes jamais mariées, âgées de 15 à 19 ans par année d'enquête



Sources : Données EDS 1998, 2004, 2011, 2018

IV. Réalisations du Cameroun en matière de SDSRA

IV.1 Connaissances et Comportements sexuels des adolescents

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'initiation précoce de l'activité sexuelle renvoie aux premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans [5]. Sur le plan juridique au Cameroun, les premiers rapports sexuels peuvent être qualifiés d'agression sexuelle sur mineur selon l'article 347 du code pénal, si le partenaire était majeur ; car la législation considère qu'avant 16 ans, un jeune ou un adolescent n'est pas en mesure de consentir librement à une relation sexuelle, c'est à dire en pleine conscience des risques et des modifications corporelles et psychiques qu'implique l'acte [6].

Dans le but d'améliorer les connaissances et les comportements sexuels des adolescents, le gouvernement a mené plusieurs actions avec l'appui des partenaires, afin d'informer sur les questions relatives à la sexualité et encourager les adolescent(e)s et jeunes à avoir des comportements responsables. Parmi ces actions, il y a eu élaboration et mise en œuvre successives des plans stratégiques de lutte contre le VIH/SIDA (2000-2005 ; 2006-2010 ; 2011-2015 ; 2014-2017 ; 2018-2022 ; 2021-2023) [7-12], du Cadre stratégique National de la Riposte au VIH chez les adolescents et les jeunes 2021-2023 [13], du plan stratégique de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes au Cameroun (2015-2019) [14], l'élaboration et la mise en œuvre des programmes d'Education Complète à la Sexualité (ECS), et la mise en œuvre de plusieurs interventions.

IV.1.1 Plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/SIDA

Dans le cadre de l'intensification et de l'élargissement de la lutte contre le VIH/SIDA, le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) a au fil des années, élaboré plusieurs Plans Stratégiques Nationaux (PSN). Bien que principalement axés sur la prévention et la prise en charge des cas de VIH, les interventions ciblant les jeunes ont pris en compte de nombreux aspects leur permettant d'avoir une sexualité responsable.

❑ PSN de lutte contre le VIH/SIDA 2000-2005

Il a permis la mise en place de stratégies de communication visant à l'amélioration du leur niveau de connaissances des adolescents et jeunes sur le VIH/SIDA, le renforcement des valeurs morales et la promotion des comportements sexuels à moindre risque, la promotion de l'utilisation du préservatif, et la sensibilisation sur les risques d'infection liés aux pratiques culturelles néfastes (PCN) [7,15].

❑ PSN de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010

Au cours de cette période, les stratégies de prévention ont évolué avec la promotion du conseil et du dépistage, y compris la promotion de l'utilisation du préservatif. On a assisté à

une plus grande implication d'autres secteurs dans la lutte contre l'épidémie (Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF), Ministère de l'Education de Base (MINEDUB), Ministère des Enseignements Secondaires (MINESEC), Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique (MINJEC), Ministère des Affaires Sociales (MINAS), Ministère de l'Enseignement Supérieur (MINESUP), Ministère de la Décentralisation et du Développement Local (MINDDEVEL), y compris les communautés, le secteur public, le secteur privé et confessionnel, etc... Le MINEDUB par exemple a développé en 2009 un **plan stratégique de lutte contre le VIH et le SIDA du sous-secteur Education de Base** [16]. Ce plan a également pris en compte la protection et le soutien de nouveaux groupes à risque dont les orphelins et enfants vulnérables.

❑ **PSN de lutte contre le VIH/SIDA 2011- 2015**

Avec ce plan, des programmes de prévention visant les jeunes ont été mis en œuvre à travers des stratégies novatrices ciblant les milieux scolaire et extra-scolaire. En milieu extra-scolaire, on peut citer l'introduction de campagnes de dépistage "Vacances sans sida", au cours desquelles les jeunes étaient testés, les préservatifs étaient distribués gratuitement et des activités de communication pour le changement de comportement (CCC) qui prônaient l'abstinence étaient menées. Les jeunes en milieu scolaire ont bénéficié des actions déployées dans le cadre spécifique de la **stratégie sectorielle de l'éducation** [17], notamment : l'organisation des journées d'enseignement sur les IST/VIH/SIDA ; l'introduction des modules d'éducation à la vie familiale dans le cadre des programmes d'enseignement ; la mise en œuvre du programme "Participation et Développement de l'Adolescent" dans certaines régions ; et la caravane "NO sida".

❑ **PSN de lutte contre le VIH/SIDA 2014-2017**

La revue à mi-parcours du PSN de lutte contre le VIH/sida 2011-2015 a relevé quelques défaillances à juguler, ce qui a suscité l'élaboration du PSN de lutte contre le VIH/SIDA 2014-2017, avec un engagement considérable des différents acteurs, bénéficiaires et partenaires au développement impliqués dans la lutte contre le VIH/sida au Cameroun. La CCC, le renforcement de la promotion et l'accessibilité des préservatifs faisaient partie des interventions prioritaires de ce plan. L'une des stratégies utilisées pour les jeunes était le passage à l'échelle de l'insertion du programme Education à la vie familiale, Education en matière de population et Education préventive au VIH/SIDA (EVF/EMP/VIH) dans les curricula de formation des jeunes en milieu scolaire ; et l'extension géographique et la coordination des initiatives d'éducation sexuelle intégrée (le genre, la SSR, la citoyenneté sexuelle, les relations interpersonnelles, le plaisir, la violence et la diversité) en direction des jeunes en milieu extrascolaire. Raison pour laquelle au cours de cette même période, le MINJEC a élaboré le **PSN de Prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), du VIH/SIDA chez les Adolescents et les Jeunes 2014-2017** [18], spécifique aux adolescents en

milieu extrascolaire. Selon le **rapport annuel du CNLS 2016** [19], les activités de marketing social et de mise à disposition du préservatif, intégrant la CCC, ont permis au MINJEC de mobiliser et de sensibiliser 334 630 jeunes et adolescents à l'utilisation correcte du préservatif masculin et féminin.

❑ **PSN de lutte contre le VIH/SIDA 2018-2022**

Ce PSN s'est focalisé sur le développement d'approches privilégiant l'acquisition de compétences de vie, qui permettent aux adolescent(e)s et jeunes d'adopter des comportements à moindre risque. L'identification des interventions de proximité pour atteindre les jeunes en contexte de vulnérabilité a impliqué la mise en œuvre des stratégies suivantes :

- L'intégration de la question de négociation de rapports sexuels sécurisés dans toutes les composantes du programme de CCC, en prenant en compte le genre dans les messages de prévention ;
- L'intégration des thématiques du VIH, de la santé sexuelle et reproductive, des violences basées sur le genre, des IST dans les curricula de formation du système scolaire, ainsi que dans les curricula des maitres enseignants ;
- L'éducation non formelle par leurs pairs ;
- Le renforcement de la lutte contre les IST, y compris les conseils de prévention et de prise en charge des IST et VIH dans les Centres multifonctionnels de promotion de la jeunesse, ainsi que des Clubs amis des jeunes et centres conviviaux du MINJEC, constitué de jeunes encadreur appartenant à la même cible ;
- Le renforcement du marketing social du préservatif, y compris la formation sur les techniques de négociation pour des rapports protégés ;
- L'utilisation des nouvelles technologies d'information adaptées pour les adolescents(es) et des jeunes comme autre moyen de communication ;
- L'implication des réseaux de jeunes à tous les niveaux dans la mise en œuvre des programmes.

❑ **PSN de lutte contre le VIH/SIDA 2021-2023**

Le **PSN 2021-2023** trouve son ancrage dans la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 et est orienté vers la consolidation des acquis, la vision globale pour la fin de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 et la contribution à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD). Il a été élaboré sur la base des leçons apprises suite à la mise en œuvre des précédents plans, des orientations et engagements internationaux et sous régionaux auxquels le Cameroun a souscrit.

❑ **Cadre stratégique National de la Riposte au VIH chez les adolescents et les jeunes 2021-2023**

Le MINJEC a élaboré ce cadre stratégique en droite ligne des orientations du PSN 2021-2023. C'est un document d'orientation des interventions et de plaidoyer pour la mobilisation des partenaires sociaux ainsi que des ressources du Gouvernement et des PTF en vue de la mise en œuvre des principales orientations nationales en matière de riposte au VIH/Sida chez les adolescents(e)s et les jeunes.

Son champ d'action est limité aux stratégies de prévention primaire (1^{er} 95) et aux stratégies de lien avec d'autres composantes de la riposte au VIH/Sida, notamment le lien au traitement (2^{ème} 95) ainsi que la rétention dans le circuit des soins et le soutien à l'observance thérapeutique (3^{ème} 95). Il met l'accent sur la prévention, chez les adolescents et jeunes mais aborde d'autres aspects tels que ceux relatifs à la prise en charge psychosociale.

IV.1.2 Education complète à la sexualité

La pandémie du VIH/Sida a constitué la porte d'entrée de l'éducation à la sexualité au Cameroun. C'est au regard de cette pandémie que la loi n° 98/004 de 1998, portant orientation de l'éducation au Cameroun, inclut l'éducation à la vie familiale parmi les objectifs en son article 5 [20]. Mais ce n'est qu'en 2007 que les premières actions du Gouvernement sont entreprises par le biais d'une décision interministérielle n° 281/07 du 18/01/2007, pour l'introduction de l'éducation à la vie familiale, l'éducation en matière de population et l'éducation préventive au VIH/Sida, dans le programme de formation et d'enseignement des écoles primaires, secondaires et de formation des enseignants [21-23]. Dès lors, les programmes d'éducation à la vie familiale et certains thèmes de l'éducation complète à la sexualité ont été intégrés de manière transversale dans des matières telles que la géographie, les sciences, les langues, l'éducation civique et morale, l'économie sociale et familiale, l'éducation physique et sportive et l'éthique morale et professionnelle (18). Il convient de noter que la dénomination peut différer d'une période ou d'un contexte à un autre. Au Cameroun, on retrouve les terminologies telles que : Éducation à la Vie et l'Amour (EVA), Éducation Sexuelle Intégrée (ESI) ou encore Éducation Complète à la Sexualité (ECS).

A partir de 2018, les acteurs Nationaux ont harmonisé leur démarche d'éducation dans le cadre de l'élaboration d'un Guide National d'Education Complète à la Sexualité sous la houlette du MINSANTE. Ce consensus a ouvert la voie à l'élaboration des guides sectoriels contextualisés utilisés par l'ensemble des structures/institutions et personnes impliquées dans la mise en œuvre et l'opérationnalisation de l'offre des services pour l'ECS aux adolescent(e)s et jeunes dans les lieux où ils sont pris en charge (milieux scolaire, universitaire, extrascolaire, communautaire et sanitaire). Les processus d'accompagnement

de ces guides intègrent également l'éducation par les pairs et l'échange d'expérience entre les jeunes pour en faire des acteurs de leur propre changement. On a notamment :

- Le Guide National d'Education Sexuelle Intégrée, élaboré par le MINSANTE en 2018 [24].
- Le Guide d'Education complète à la Sexualité en milieu extrascolaire, élaboré par le MINJEC en 2019 [25].
- Le Guide d'éducation à la sexualité, élaboré par le MINPROFF en 2020 [26].

Ces documents sont des référentiels sur l'Education Complète à la Sexualité dont le but est de s'assurer que les jeunes ont les connaissances, les compétences et les valeurs qui leur permettent de prendre des décisions éclairées et de faire des choix responsables en ce qui concerne leur santé et leur sexualité. De manière générale, l'ECS vise à faciliter l'acquisition par les adolescent(e)s et les jeunes des informations précises sur la sexualité, la santé sexuelle et reproductive et les droits y relatifs. Plus spécifiquement, elle permet d'appréhender la sexualité de façon holistique contrairement à ce qui était fait dans les autres programmes d'éducation sexuelle implémentés jusqu'ici. En reconnaissant que la sexualité est un droit et que l'information à elle seule ne suffit plus, l'ECS permettra à l'adolescent(e) et au jeune d'acquérir des compétences essentielles et développer des attitudes et des valeurs positives afin de vivre une sexualité épanouie et harmonieuse. Ses principales composantes sont : Relations interpersonnelles - Comportements - Sexualité et cycle de la vie - Valeurs - Genre - Droits sexuels et citoyenneté sexuelle - Santé sexuelle et reproductive. Ces composantes peuvent être contextualisées en fonction des cibles et des intervenants.

Selon plusieurs informateurs clés, l'élaboration des programmes et des guides d'éducation sexuelle, et les multiples activités de sensibilisation et d'éducation qui accompagnent leur mise en œuvre, sont des événements qui ont façonné la trajectoire de la SSRA au Cameroun.

"Les événements... moi je pense que le plus grand qui fait la force de notre ministère, c'est la dynamique de la communication pour le changement de comportement, ce qui a muté ici en changement comportemental et social... Mais, nous avons une 2^{ème} branche qui est spécifiquement l'éducation à travers l'éducation complète à la sexualité que nous mettons en œuvre dans les centres multifonctionnels de promotion des jeunes. Parce que c'est une éducation spécifique. C'est une démarche spécifique de l'éducation, mais propre au milieu extrascolaire et nous avons dû développer des curricula pour ça. Voilà les deux piliers qui ont fait la force du ministère." (MNJEC, Yaoundé, 17 Oct. 2023)

"C'est la sensibilisation que nous faisons au quotidien et le fait qu'on leur montre l'importance...il y a beaucoup qui ont aujourd'hui reçu les 07 modules de l'éducation sexuelle complète, qui savent maintenant faire le choix éclairé, parce que le but, de l'éducation sexuelle complète, c'est qu'à la fin,

l'adolescent puisse faire un choix éclairé. Donc, ce sont les sensibilisations que nous faisons au quotidien qui commencent un peu à porter des fruits.” (CAMNAFAW, Yaoundé, 14 Oct. 2023)

L'effectivité de l'éducation complète à la sexualité au sein des établissements scolaires transparaît dans le propos de cette adolescente :

“En fait comme je disais dans toute école, il y a toujours un programme là où on apprend la sexualité, l'appareil génital masculin, féminin, donc ce n'est pas comme si c'est nouveau. Parce que c'est un truc qui est au programme, donc le ministre a mis ça au programme pour sensibiliser les jeunes, donc je crois même que sûrement qu'ils voient ça peut-être en classe de 6ème, cours moyen 2” (Fille 18-19 ans, Yaoundé, 28 Sept. 2023)

IV.1.3 Interventions en lien avec l'amélioration des connaissances et des comportements sexuels des adolescents et jeunes

La mise en œuvre des plans stratégiques nationaux sus mentionnés a été accompagnée et appuyée par différentes activités de changement social et de comportement en direction des adolescents et des jeunes notamment, l'intensification des activités de sensibilisation chaque année, à l'occasion de la fête de la jeunesse, des jeux universitaires, des caravanes “Vacances Sans Sida” et bien d'autres. Au fil des années, des initiatives et projets visant à promouvoir la SRAJ et l'ECS ont vu le jour, impliquant de nombreux acteurs de différents secteurs (institutionnel, associatif et partenaires au développement). Quelques-unes de ces interventions sont présentées ici.

❑ **Projet de Prévention du VIH en Afrique Centrale (PPSAC) – ACMS**

Financé par KFW à travers OCEAC, c'est un projet qui a débuté en 2006 dans 3 pays dont le Cameroun, et qui est à sa 6^{ème} phase aujourd'hui. Il a pour cible les jeunes de 15 à 24 ans des zones urbaines, semi urbaines et rurales, avec pour objectif global de leur assurer une meilleure disponibilité des condoms et un changement positif de leurs comportements, en vue de contribuer à la réduction du VIH dans le pays. Plus spécifiquement, le projet PPSAC vise à rendre disponibles et accessibles les préservatifs en quantité/qualité, et ce de façon continue à travers le marketing social ; à améliorer les connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention des IST, VIH-Sida et santé de la reproduction ; et à réduire les comportements tendant à la stigmatisation et la marginalisation auprès de la cible. Les stratégies d'intervention de ce projet incluent également les piliers du **Projet 100% jeune** (lancé dans les années 2000 par ACMS). Quelques-unes de ses activités phares sont :

- La production et l'édition de plusieurs exemplaires du magazine 100% Jeune, en deux versions (française et anglaise)
- La production et la diffusion du 100% Jeune Live, une émission radio hebdomadaire dans cinq villes du pays (Yaoundé, Douala, Bamenda, Garoua, Maroua)

- La mise à jour du site internet www.reglo.org et la production de newsletters
- Le partage gratuit des informations sur la santé à travers le numéro vert
- La création et le fonctionnement des clubs réglos, un programme d'éducation des pairs par les jeunes en milieux scolaires et extra scolaires

Prenant en compte les aspects d'équité et de genre, ce projet a développé au cours de la 5^{ème} phase une campagne dénommée RSAD (Renforcement de capacité, Sensibilisation, Autonomisation et Dépistage) en direction des jeunes filles de 15 à 24 ans, vivant en milieu rural, considérées comme étant plus vulnérables. Dans le but d'adresser directement les causes de vulnérabilité de ces jeunes filles aux questions de SR, ces dernières ont été formées aux activités génératrices de revenus locales (teinture, fumage de viande, fabrication des produits cosmétiques etc.), et leurs capacités en SR ont été renforcées.

❑ **Programme combiné de prévention du VIH pour les adolescents - UNICEF**

Précédemment appelé programme de prévention primaire du VIH pour les adolescents, c'est un programme qui existe depuis de nombreuses années et qui a subi plusieurs modifications. A ce jour, il comprend plusieurs approches :

- L'approche programmatique Jeunesse 3+1 : il s'agit d'un modèle de synergie pour répondre aux besoins des adolescents, en particulier des filles, visant à offrir un ensemble intégré d'interventions dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, du VIH/SIDA et du COVID 19. Le "3" signifie l'utilisation de trois plateformes pour sensibiliser les jeunes et leur offrir des services : plateforme scolaire, plateforme communautaire et plateforme sanitaire. Le "+1" est l'intégration ultérieure de la plateforme numérique (le U-Report). Cette quatrième plateforme stimule la demande afin que les trois autres puissent fonctionner.
- L'initiative U-report : c'est une plateforme numérique permettant aux jeunes de participer et de s'exprimer sur des questions qui les concernent. Auparavant, il existait une ligne verte avec des lignes d'assistance téléphonique formées pour les jeunes, qui pouvaient discuter avec leurs pairs de questions concernant la santé génésique, la puberté, le cycle menstruel, la grossesse, le VIH et les IST. Au fur et à mesure que l'initiative s'est développée, la ligne est devenue multisectorielle, intégrant d'autres sujets tels que la violence liée au sexe, l'enregistrement des naissances et même l'orientation vers un établissement de santé proche.
- L'initiative U-Test : Il s'agissait d'un mécanisme d'auto-test. Les adolescents pouvaient s'auto-administrer le test de dépistage du VIH/SIDA en utilisant leur salive et un outil appelé "Ora Quick". Il s'agissait de surmonter les obstacles au dépistage auxquels sont confrontés les adolescents, car nous savons qu'il existe des obstacles juridiques

qui ne permettent pas aux adolescents d'un certain âge d'être testés sans le consentement de leurs parents.

- Approche AGYW (Adolescent, Girl and Young Women) : il s'agit d'une approche qui se concentre sur les adolescentes et les jeunes filles afin de les maintenir à l'école.
- Initiative "All In" : c'est une plateforme conjointe MINJEC-UNICEF avec pour slogan "End Adolescent AIDS" qui vise à améliorer les résultats dans la lutte contre le VIH-SIDA et autres maladies chez les adolescents, tout en incitant les pays à modifier les politiques de façon stratégique et en enrôlant davantage les jeunes dans les activités de sensibilisation.

❑ **Projet Pro-ECS (Promotion de l'éducation complète à la sexualité) - CAMNAFAW**

Financé par l'IPPF et mis en œuvre dans les centres de jeunes de CAMNAFAW, le projet Pro-ECS est mis en œuvre dans 4 régions (Littoral, Nord-Ouest, Centre et Sud) avec pour cible les adolescentes âgées de 10 ans et plus. Il vise à renforcer les compétences des adolescents et des jeunes en SDSR pour l'expression de leurs droits et une utilisation accrue des services. Ses stratégies portent sur l'IEC, CCC/C4D, la mobilisation communautaire, l'éducation par les pairs, le renforcement des capacités, le Networking à travers les applications digitales. Il s'agit de former des jeunes à l'aide de modules d'éducation sexuelle complète, et ces jeunes deviendront ensuite des pairs éducateurs dans leurs communautés.

❑ **Programme SRA – MINJEC et UNFPA**

Ce programme est implémenté depuis 2016 au regard de la contribution des adolescents et des jeunes au taux élevé de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, et compte tenu des défis liés à leur participation à la prise de décision et à l'œuvre de construction nationale. Il s'agit en priorité de renforcer les capacités nationales pour accroître les connaissances et les compétences des adolescents et jeunes en matière de SSR, d'ECS y compris VIH et leur résilience aux chocs sociaux, économiques et environnementaux.

Les interventions prioritaires concernent : le renforcement des capacités des structures dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de l'ECS à tous les niveaux ; la mobilisation communautaire en matière, de prévention du VIH et de promotion des compétences de vie courante chez les adolescents et Jeunes y compris à travers les plateformes et les médias sociaux, la mobilisation des adolescents et jeunes, notamment les plus vulnérables pour l'utilisation des services adaptés y compris la prise en charge du VIH/SIDA ; les plaidoyers pour la prise en compte des perspectives des jeunes dans les documents de politique et stratégies, y compris en lien avec les ODD, le renforcement des capacités des organisations de jeunesse, y compris pour une meilleure participation au dialogue politique et à la consolidation de la paix ; l'appui aux initiatives de volontariat et de renforcement des

capacités entrepreneuriales des jeunes ; le développement des mécanismes de prévention et résolution des conflits, et de renforcement de la résilience des jeunes ; les études, enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de SSR/VIH et sur les déterminants et stratégies de prévention de l'extrémisme violent chez les jeunes.

❑ **Projet Youth Connekt Cameroon – MINJEC**

Officiellement lancé en 2019, Youth Connekt Cameroon est un projet conjoint du Gouvernement et Système des Nations Unies, qui vise à renforcer la connexion des jeunes aux opportunités afin d'intensifier leur autonomisation et de stimuler leur participation au développement. Les principaux objectifs du programme sont les suivants : Améliorer l'employabilité des jeunes ; Renforcer l'éducation civique, Renforcer la participation civique des jeunes, Promouvoir l'éducation à la santé sexuelle ; Améliorer la santé reproductive des jeunes ; Réduire les inégalités entre les sexes ; Renforcer l'interconnexion intragénérationnelle ; et Renforcer le réseau intergénérationnel des jeunes.

❑ **Projet “Jeune S3” (Santé, Sexualité, Sécurité) – ACMS**

Mis en œuvre dans les régions de l'Est et de l'Extrême-Nord depuis 2016. L'objectif du projet est de donner aux jeunes (en particulier aux filles âgées de 10 à 14 ans) et aux populations clés les moyens de faire des choix éclairés concernant leur santé sexuelle et reproductive et de veiller à ce que leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive soient respectés. Cet objectif est atteint grâce au plaidoyer, à la communication pour le changement de comportement et à la création d'espaces adaptés aux jeunes dans les formations sanitaires du réseau ProFam.

❑ **Programme 046: Health promotion and nutrition program - MINSANTE**

Mis en œuvre depuis 2018, son objectif principal est d'encourager la population à adopter des comportements sains. L'une des activités clés du programme est le renforcement de la planification familiale et la promotion de la santé des adolescents. Il s'agit d'encourager les ménages à adopter des pratiques familiales essentielles en diffusant systématiquement des messages de sensibilisation à l'aide de tous les moyens de communication existants, de renforcer l'offre de services de SRA de qualité et d'améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes et des adolescents en ce qui concerne leur bien-être et leur santé sexuelle et reproductive.

❑ **Initiative “Plateforme des jeunes pour l'atteinte des trois résultats transformateurs”**

C'est une plateforme numérique née de la collaboration entre AfriYAN Cameroun (Réseau Africain des Adolescents et Jeunes pour la Population et le Développement), le CNJC (Conseil

National de la Jeunesse du Cameroun), le RECAJ+ (Réseau Camerounais des Adolescents et Jeunes Positifs) et RENATA (Réseau National des Associations de Tantines). Créée en 2019, elle a été mise sur pied avec l'appui de l'UNFPA et du MINJEC dans le but d'accélérer l'atteinte des trois résultats transformateurs du plan stratégique 2018-2030 de l'UNFPA au Cameroun : Zéro besoin non-satisfait en planification familiale, Zéro décès maternel évitable, Zéro violence basée sur le genre et pratique culturelle néfaste.

Cette collaboration a été initiée dans le but de réunir les efforts des adolescents, des jeunes, et des organisations des jeunes ; de renforcer leur engagement dans divers domaines, afin de promouvoir leur participation active à la réalisation des objectifs de développement durable du pays. Elle est fondée sur des valeurs communes telles que l'autonomisation des adolescents et jeunes, l'inclusion et la solidarité. Les organisations impliquées partagent des objectifs communs liés à la promotion de la santé, de la planification familiale, des droits sexuels et reproductifs, de l'éducation, de l'emploi des jeunes, de la lutte contre les discriminations et de la participation citoyenne. Ces organisations mettent en œuvre des projets et des activités dans divers domaines tels que l'éducation des jeunes, la promotion de la santé sexuelle et reproductive, la sensibilisation aux droits humains, l'accès à l'emploi et à l'entrepreneuriat, et la participation politique des jeunes. Ces projets sont conçus pour répondre aux besoins spécifiques des jeunes et des communautés. Ensemble, elles travaillent à créer un environnement favorable permettant aux jeunes de contribuer pleinement au développement socio-économique du Cameroun.

La collaboration s'articule autour de réunions régulières, de groupes de travail thématiques, de formations, de campagnes de sensibilisation, d'événements communautaires et d'actions de plaidoyer. Chaque organisation apporte ses compétences, ses ressources et son expertise pour renforcer l'impact des initiatives conjointes, afin d'obtenir des résultats tangibles et transformateurs pour les adolescents, jeunes et les communautés. Cela inclut l'amélioration de l'accès aux services de santé et d'éducation, le renforcement des compétences des jeunes, leur autonomisation économique et une plus grande participation des jeunes aux processus décisionnels.

Dans le cadre de cette collaboration, la première initiative, dénommée YOUTH For Family Planning (YouthFP), financée par l'UNFPA avec l'accompagnement technique du MINJEC, de la CAMNAFAW, du FONAJ (Forum National des Jeunes) et du Réseau des Jeunes du Cameroun (RJC), est une plateforme digitale créée pour combler le fossé entre les adolescents, les jeunes et l'information sur la santé sexuelle et reproductive, en fournissant un accès facile et confidentiel à des ressources et des services adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes. La plateforme digitale www.youthfp.cm a été créée dans le but d'accroître la communication et l'accès à l'information sur les questions de santé sexuelle et reproductive

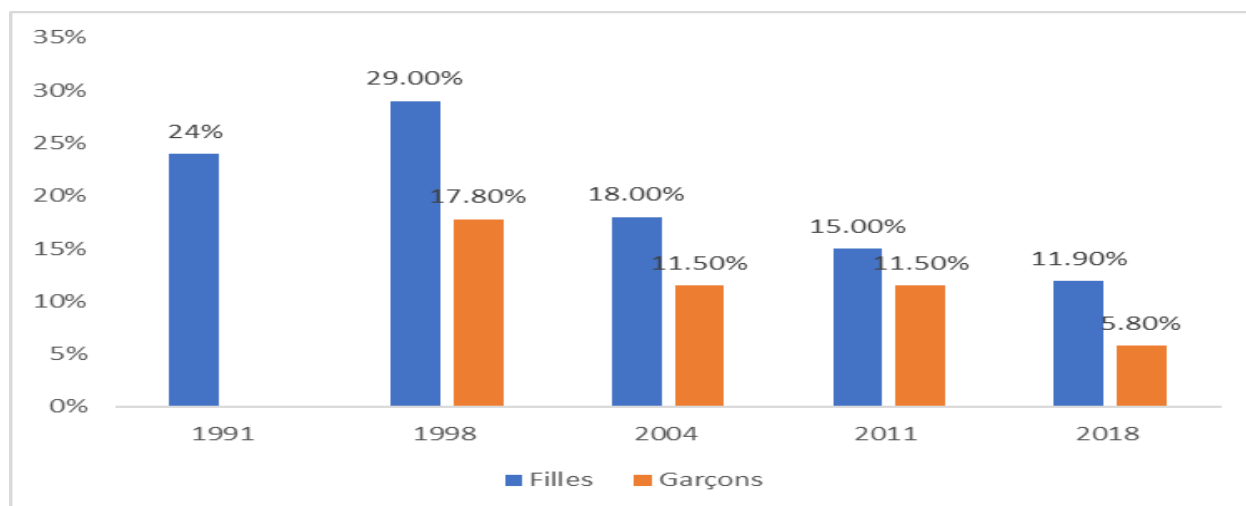
chez les adolescents et les jeunes au Cameroun. Elle vise à combler cette lacune en fournissant des informations précises, fiables et adaptées à un public jeune. Elle offre une variété de ressources et de services, tels que des articles d'information, des réponses aux questions fréquemment posées, des outils interactifs, des conseils et des informations sur les services de santé disponibles dans leur environnement quotidien. Grâce à cette plateforme digitale, il est possible de toucher un large public de jeunes, notamment ceux ayant un accès limité à l'information, à l'éducation et aux services de santé. La plateforme offre également un environnement sûr et confidentiel où les jeunes peuvent poser des questions, trouver du soutien et interagir avec d'autres jeunes partageant les mêmes préoccupations. Selon un leader jeune, les retours d'information depuis la mise la place de cette plateforme sont positifs :

"Cette plate-forme vise à mettre à la disposition de tous les jeunes du Cameroun, les informations concernant la santé sexuelle et la reproduction. Le concept c'est le YOUTH FP/RH, les Jeunes pour la Planification Familiale et la santé sexuelle et la reproduction. Donc dernièrement nous avons même fait une tournée pour sensibiliser les jeunes du septentrion dans ce sens-là. Et le retour des informations qui nous revient c'est que les jeunes sont très bien intéressés, ils ont beaucoup de problèmes qu'ils n'arrivent pas à aborder avec leurs parents. Mais ils se permettent quand même de nous expliquer et nous essayons tant bien que mal de leur apporter la bonne information pour les aider à gérer leur sexualité. Donc c'est ce que je peux dire concernant cette question." (Leader Jeune, Yaoundé, 26 Sept. 2023)

IV.1.4 Effets des politiques et interventions sur les comportements sexuels des adolescents

La mise en œuvre des politiques et interventions susmentionnés a eu des effets remarquables. Les analyses quantitatives secondaires montrent qu'il y a eu une évolution positive des comportements sexuels des adolescents. L'on remarque sur la figure 9 ci-après, une baisse considérable du pourcentage d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans, le pourcentage étant passé de 29% en 1998 à près de 12% en 2018. De manière générale, les filles de 15 à 19 ans commencent leur activité sexuelle plus tôt que les garçons du même groupe d'âge. En 2018 par exemple, 12% d'adolescentes contre 6% des adolescents avaient déjà eu leur premier rapport sexuel avant leur 15^{ème} anniversaire (2).

Figure 9 : Evolution du pourcentage d'adolescent(e)s ayant commencé l'activité sexuelle avant 15 ans entre 1991 et 2018



Sources : Données EDS 1991, 1998, 2004, 2011, 2018

IV.2 Grossesses précoces

D'après l'OMS, les interventions visant à prévenir les grossesses précoces doivent être orientées vers la réduction du nombre de mariages avant l'âge de 18 ans, l'augmentation de l'utilisation de la contraception chez les adolescentes, et la réduction du nombre de rapports sexuels forcés chez les adolescentes [27]. Le Cameroun s'est aligné à ces directives et il existe une loi interdisant le mariage avant 18 ans et des stratégies de lutte contre les violences basées sur le genre (descriptions plus détaillées dans les sous-sections "Mariage d'enfants" et "Pratiques culturelles néfastes").

En ce qui concerne la planification familiale, la volonté politique du gouvernement Camerounais s'est matérialisée par de multiples initiatives avec la planification familiale comme intervention prioritaire. Ces initiatives ont été formulées dans les principaux documents cadre, à savoir : La Feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale (2006-2015), le Plan Stratégique Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle (2011-2013), le Plan Stratégique de la Santé de Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile (2014-2020) [29], et le Plan Opérationnel de Planification Familiale (2015-2020) [28], le Dossier d'Investissement pour l'Amélioration de la Santé de la Reproduction, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune au Cameroun 2017-2022 [30], les Normes et Standards en SR/PF au Cameroun (2018) [31]. Depuis 2014, le pays adhère à l'initiative mondiale « Family Planning 2020 » avec la continuité jusqu'en 2030, et il s'approprie également des instruments internationaux et régionaux

IV.2.1 Plan Opérationnel de Planification Familiale (2015-2020)

Ce plan définit la planification familiale comme axe prioritaire pour réduire la mortalité maternelle et améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Les plans stratégiques sur lesquels il s'appuie définissent les grandes orientations en termes d'offre, demande, et utilisation des contraceptifs et autres services de planification familiale. Ils définissent également les résultats à atteindre en termes de prévalence contraceptive et besoins non satisfaits, notamment :

- Augmenter la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer de 16,1%⁵ à 30%,
- Augmenter le taux d'utilisation des méthodes de longue durée parmi les utilisatrices de PF de 4,3%⁴ à 20%,
- Réduire le taux de besoins non satisfait de 17% à 10%,
- Réduire la prévalence des grossesses précoces chez les adolescents de 15 à 19 ans de 25,2%³ à 12,5%,
- Augmenter la prévalence contraceptive chez les adolescents de 15 à 19 ans de 12,1%⁵ à 29%

Il avait pour objectif principal de contribuer à l'augmentation de la prévalence contraceptive afin de réduire de manière significative les grossesses non planifiées, les avortements provoqués, les décès maternels et infanto-juvéniles. Deux types de stratégies et activités qui ciblent directement les jeunes et les adolescents avaient été retenues :

- Les stratégies et activités pour améliorer la demande des services de PF : notamment l'utilisation des TIC pour sensibiliser les jeunes, l'intensification de l'enseignement de la SSR en milieu scolaire, la sensibilisation des adolescentes et jeunes par l'intermédiaire des pairs éducateurs et clubs santé, la sensibilisation des jeunes du secteur informel et du milieu rural sur les questions de SSR à travers les associations des jeunes.
- Les stratégies et activités pour améliorer l'offre des services de PF en quantité et en qualité : la formation des prestataires de santé pour l'offre des services de PF adaptés aux adolescents et jeunes, l'organisation des journées de sensibilisation et d'offre de services intégrés de PF, de dépistage de l'infection à VIH et de prise en charge des IST chez les jeunes dans les établissements scolaires, universitaires et dans les espaces de jeux.

IV.2.2 Plan Stratégique National de la Santé de Reproduction, Maternelle Néonatale Et Infantile (PSN/SRMNI) 2014-2020

Il avait pour objectifs de réduire de 50% la prévalence des grossesses précoces, de réduire de 50% la prévalence des IST/VIH chez les adolescents et les jeunes d'ici 2020 ; et d'augmenter la prévalence contraceptive (méthodes modernes) chez les adolescentes et les jeunes filles d'ici 2020. Les interventions prioritaires du **PSN/SRMNI 2014-2020** liés à la SRAJ ont consisté en :

- La communication : développement et mise en œuvre d'un plan de communication intégré sur la sexualité à moindre risque, et redynamisation de l'éducation à la vie et à l'amour en milieu scolaire.
- La levée des barrières financières : gratuité des visites médicales annuelles dans les collèges, lycées et universités.
- L'offre de soins : organisation des consultations médicales périodiques dans les CMPJ et assimilés dans le cadre des stratégies avancées, et développement des services conviviaux pour les adolescents/jeunes dans les hôpitaux.
- Les ressources humaines : renforcement des capacités des personnels des centres médico sociaux, des infirmeries des collèges et lycées.
- La santé communautaire : mise à l'échelle du réseau de pairs éducateurs

IV.2.3 Plan stratégique National de la Santé des Adolescents et des Jeunes au Cameroun (2015 – 2019)

Il s'agit ici d'une stratégie nationale initiée par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) notamment l'UNFPA, l'OMS et l'UNICEF. C'est un document d'orientation des interventions et de plaidoyer pour la mobilisation des partenaires sociaux ainsi que des ressources du Gouvernement et des PTF en vue de la mise en œuvre des principales orientations nationales en Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes (SRAJ)/VIH/Sida. Ce document de stratégie s'articule autour d'une nouvelle vision à savoir *"Les adolescents et les jeunes au Cameroun jouissent d'un bon état de santé et de leurs droits fondamentaux d'ici 2019"*. Le but visé est de *"Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des adolescent(e)s et des jeunes à travers la réduction de la morbidité et de la mortalité."*

Deux (02) objectifs stratégiques ont été définis. Il s'agit de :

- Réduire de 50% la morbidité et la mortalité liées à la Santé de la Reproduction (SR) chez les adolescents et les jeunes d'ici 2020 ;
- Réduire de 391 à 196 pour 100 000 naissances vivantes la mortalité maternelle chez les adolescentes d'ici 2019 ;

Objectifs spécifiques (OS) :

- Assurer le dépistage et la prise en charge appropriée d'au moins 60% des cas de fistules obstétricales des jeunes filles d'ici 2020 ;
- Réduire de 50% la prévalence des grossesses précoces chez les jeunes filles d'ici 2020 ;
- Réduire de 50% la prévalence des IST/VIH chez les adolescents et les jeunes d'ici 2020 ;
- Augmenter le taux de prévalence contraceptive (méthodes modernes) chez les adolescentes et les jeunes filles d'ici 2020 ;
- Assurer la prise en charge correcte d'au moins 60% des cas de pratiques néfastes à la SRAJ et des violences faites aux adolescentes et aux jeunes filles d'ici 2020 ;
- Atteindre une couverture vaccinale d'au moins 80% de l'antigène HPV dans les districts de santé ciblés d'ici 2020.

L'atteinte de ces objectifs ainsi définis, a nécessité le choix de six (6) axes prioritaires d'intervention à savoir :

1. Renforcement de la mobilisation sociale autour de la Santé des Adolescents et Jeunes (SAJ)
 - OS1 : Améliorer la communication intégrée pour susciter la prise de conscience sur les problèmes de SRAJ au sein de la communauté (Ministères, ONG et associations)
 - OS2 : Renforcer le dialogue parents/enfants sur la SRAJ.
2. Renforcement de l'offre de service de la SAJ de qualité
 - OS1 : Introduire les services sanitaires appropriés aux adolescents et jeunes dans au moins 25% des formations sanitaires de chaque district de santé (Ministères)
 - OS2 : Renforcer les capacités en SRAJ de tous les gestionnaires et les prestataires (Ministères, ONG et associations)
 - OS3 : Introduire les modules de SRAJ dans les curricula de formation des personnels médicaux et paramédicaux (Ministères)
3. Renforcement de l'appropriation communautaire des interventions en SAJ (Ministères, ONG et associations)
 - OS1 : Renforcer l'implication des adolescents et jeunes dans la conception, la mise en œuvre des activités de santé des adolescents et jeunes
 - OS2 : Redynamiser les structures représentatives au niveau communautaire
4. Amélioration de la coordination, du suivi-évaluation des activités de SAJ
 - OS1 : Renforcer la coordination des interventions en SRAJ à tous les niveaux
 - OS2 : Améliorer le suivi-évaluation des interventions de SRAJ
 - OS3 : Renforcer le système de gestion des activités de SRAJ à tous les niveaux
5. Développement de la recherche opérationnelle en SAJ
 - OS1 : Faciliter la prise de décision en faveur de l'offre des services de SRAJ

- OS2 : Prendre en compte les besoins spécifiques de santé des adolescent(e) s et des jeunes dans la prise de décision
 - OS3 : Promouvoir la recherche opérationnelle en SRAJ
6. Renforcement de la mobilisation des ressources
- OS1 : Susciter l'engagement des décideurs, des leaders et des PTF pour la mobilisation des ressources en faveur de la SRAJ
 - OS2 : Accroître chaque année les ressources nécessaires à la promotion de la SAJ la mise en œuvre du Plan.

Ce plan stratégique a pris en compte l'approche genre dans la programmation et la mise en œuvre des interventions, pour garantir la prise en compte de toutes les formes de disparités liées au genre, surtout pour les plus vulnérables (les filles-mères, les adolescents, les jeunes, les personnes handicapées, les OEV, les enfants vivant dans la rue, MSM etc.).

IV.2.4 Normes et Standards en SR/PF au Cameroun (2018)

Ce document décrit les normes en SRAJ, qui sont l'ensemble des mesures prises pour rendre accessible les services aux adolescents et jeunes. Les objectifs des normes en SRAJ étaient de : assurer la prévention et la prise en charge des pathologies, des dysfonctionnements sexuels et des troubles de la sexualité ; réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux IST-VIH/SIDA, aux grossesses non désirées, aux avortements, à la toxicomanie et aux pratiques culturelles néfastes ; et préparer les individus à une vie familiale harmonieuse et à une vie sexuelle saine et responsable.

Les principales stratégies adoptées étaient la CCC, le plaidoyer, la formation/recyclage des prestataires, des adolescents et jeunes (les pairs éducateurs), l'intégration/création d'offre des services spécifiques pour les adolescents et les jeunes, la promotion des activités de prévention et de prise en charge des cas, et l'organisation de la référence entre les pairs éducateurs et les structures de santé de leur localité.

IV.2.5 Engagement à l'initiative FP2030

Le Cameroun a signé le 2 juin 2022 son engagement à l'initiative FP2030 avec pour objectifs:

- Augmenter d'ici à 2030 la prévalence contraceptive moderne de 15,4% à 35% et réduire les besoins non satisfaits en Planification Familiale (PF) de 23 à 10%.
- Accroître d'ici à 2030, de 8% à 30% le nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui ont accès aux services de contraception moderne de qualité dans les zones mal desservies par le biais de la distribution communautaire.
- Promouvoir et protéger les droits des Adolescents et Jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception.

- Assurer une disponibilité ininterrompue de la gamme complète des produits PF de bonne qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- Amener au moins 70% des OSC et OBC intervenants dans la Santé de Reproduction (SR) au Cameroun à intégrer automatiquement dans leur plan d'action annuel des activités de promotion de la PF en direction des membres de leurs communautés.
- Renforcer les mécanismes de coordination/suivi-évaluation et de veille des activités SR/PF, tant au niveau national, régional, districts de santé, OSC et associations des jeunes intervenants dans la SR/PF.
- Assurer la disponibilité et l'utilisation des services de PF auprès des populations vulnérables dans les zones en situation de crise humanitaire y compris en contexte Covid-19.
- Accroître le financement de l'Etat destiné à la Planification Familiale de 5% par an jusqu'en 2030

IV.2.6 Interventions mises en œuvre pour la réduction des grossesses précoces

❑ **Projet SWEDD (Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend)**

L'initiative régionale SWEDD, fruit d'une réponse conjointe des Nations unies et du groupe de la Banque mondiale, est développé dans 13 Pays du Sahel, le Cameroun ayant adhéré en 2019. Son ambition principale est d'accélérer la transition démographique et de réduire les inégalités de genre. Plus spécifiquement, l'objectif du SWEDD est d'accroître l'autonomisation des femmes et des adolescentes et leur accès à des services de santé reproductive, infantile et maternelle de qualité dans les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord. Il s'agit aussi d'améliorer la production et le partage des connaissances avec les autres pays bénéficiaires.

Les cibles directes du projet sont constituées de femmes et des adolescentes âgées de 10 à 19 ans, vulnérables aux mariages et grossesses précoces, à la déscolarisation dans les trois régions suscitées.

L'une des activités phares de ce projet concerne la communication pour le changement social et comportemental. Elle permet entre autres d'améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques en faveur de la scolarisation. Elle permet aussi de saisir les opportunités économiques locales, de réduire les mariages des enfants, les grossesses précoces et de renforcer le plaidoyer en faveur du dividende Démographique. Les activités menées au niveau de la communauté et des établissements de santé sont, sans s'y limiter, des ateliers de formation des pairs éducateurs, des actions de sensibilisation à la planification familiale, la référence vers les FOSA où les services peuvent être fournis gratuitement.

❑ **Projet d'appui à la Santé Maternelle et Infantile (PASMI) – UNFPA**

Mis en œuvre depuis 2016 dans 35 districts sanitaires des régions de l'Adamawa, du Centre, de l'Est, de l'Extrême-Nord et du Nord, et financé par la Banque islamique de développement. Certains aspects de ce projet portent sur le renforcement des capacités et la fourniture de services de planification familiale et de soins aux adolescents.

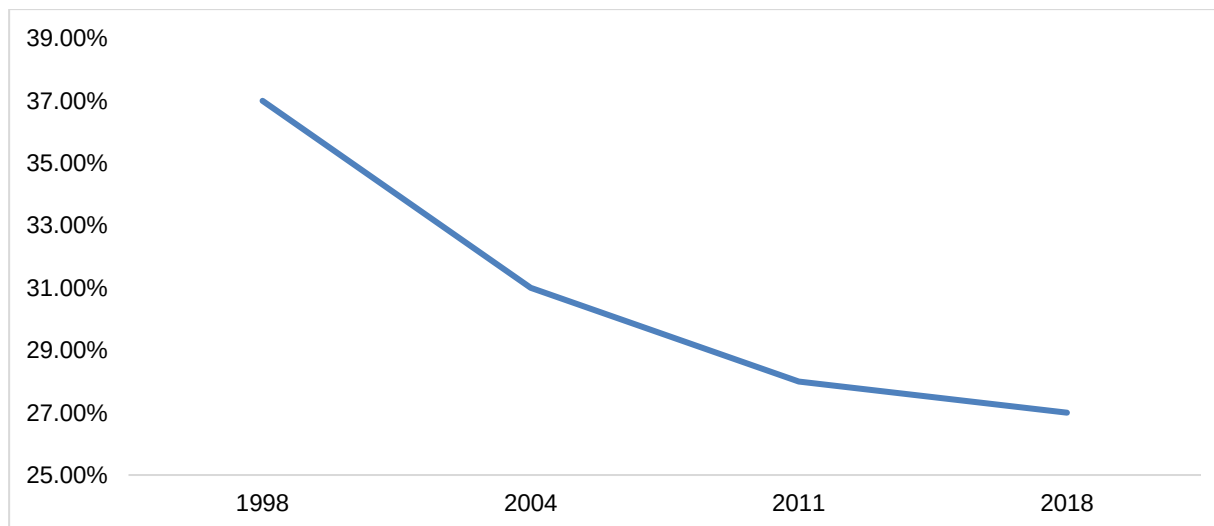
❑ **Projet de Soutien aux femmes réfugiées et enfants malnutris de la République Centrafricaine, du Nigeria et du Cameroun – UNFPA et UNICEF**

Financé par la KFW (German development bank), ce projet fournit des services de planification familiale et de nutrition aux réfugiés, aux personnes déplacées à l'intérieur du pays et aux femmes des communautés d'accueil (y compris les adolescents et les jeunes) dans les régions de l'Est, de l'Adamawa, du Nord et de l'Extrême-Nord du Cameroun. Les bénéficiaires du projet sont sensibilisés à l'utilisation des services et des méthodes contraceptives modernes.

IV.2.7 Effet des interventions sur la prévalence des grossesses précoces

Comme le montre la figure 10, la prévalence des grossesses chez les adolescentes a diminué au cours du temps, passant de près de 37% en 1998 à 27% en 2018.

Figure 10 : Proportion d'adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu une grossesse, de 1998 à 2018



Source : EDS 1998, 2004, 2011, 2018, Institut National de la Statistique

Un leader jeune à Colomine confirme qu'au sein de sa communauté, il a été observé une baisse considérable du taux de grossesses chez les adolescents, ceci grâce aux différentes interventions de sensibilisation et d'offre des services de planification familiale qui ont été mises en œuvre.

"Ce n'était pas facile pour eux, mais ils se sont battus et leurs objectifs est presque atteint, mais pas à 100%, peut-être je peux dire qu'ils sont à 70%. Moi-même quand je fais mes constats, quand je vois avant quand il n'était pas là, la manière de vivre, le fonctionnement des jeunes avec les accouchements de gauche à droite et les cas de maladies, c'est bien différent de maintenant qu'ils sont déjà là et qu'ils sont en train de fonctionner" (Leader jeune, Colomine, 22 Nov 2023).

IV.3 L'avortement

Selon l'OMS l'avortement est défini comme étant l'expulsion d'un produit de conception de moins de 22 semaines d'aménorrhée, à compter du premier jour des dernières règles. Lorsque l'âge gestationnel est inconnu, l'avortement est défini comme étant l'expulsion d'un produit de conception de poids inférieur à 500g.

IV.3.1 La politique sur l'avortement au Cameroun

Dans son article 14, alinéa 2, portant sur le Droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction, le Protocole de Maputo stipule que *"Les Etats prennent les mesures appropriées pour : protéger les droits reproductifs des femmes en autorisant l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique ou la vie de la mère ou du fœtus."* [32]. Le Cameroun a ratifié ce protocole, mais l'avortement n'est autorisé que dans 2 cas : pour sauver la vie de la mère ou en cas de viol dûment établi par les autorités compétentes. Aucune autre exception n'est prévue, y compris les autres dispositions prévues par le Protocole de Maputo. La loi n° 67-LF-1 du 12 juin 1967, révisée et remplacée par la loi n°2016/007 du 12 juillet 2016 portant code pénal prévoit des sanctions à l'endroit de toute personne qui pratique un avortement :

1. Est puni d'un emprisonnement de quinze (15) jours à un (01) an et d'une amende de 5000(cinq mille) à deux cent mille (200000) francs ou de l'une de ces deux peines seulement la femme qui se procure l'avortement à elle-même ou qui y consent.
2. Est puni d'un emprisonnement d'un (01) à cinq (05) an (s) et d'une amende de cent mille (100 000) à deux millions (2000000) francs, celui qui même avec son consentement procure l'avortement à une femme
3. Les peines de l'alinéa (2) sont doublées : (a) à l'encontre de toute personne qui se livre habituellement à des avortements (b) à l'encontre d'une personne qui exerce une profession médicale ou en relation avec cette profession
4. La fermeture du local professionnel et l'interdiction d'exercer la profession peuvent en outre être ordonnées dans les conditions prévues par les articles 34 et 36 du code pénal

A travers le propos recueilli auprès d'une adolescente dans la région du Centre, nous pouvons constater que cette loi est bien connue par les populations : *" Bon quand l'avortement tourne mal, et que la fille, celle qui a subi l'avortement meurent. Bon ça c'est une situation que, on m'a juste*

expliqué. Si le parent porte plainte on va arrêter le médecin, médecin qui a pratiqué l'avortement, la personne qui a emmené la fille faire l'avortement, donc tous ceux qui sont liés en commençant de la personne qui a parlé de l'avortement à la fille, la personne qui a emmené la fille voir le médecin et aussi les médecins, tous iront en prison. " (Fille 18-19 ans, Yaoundé 28 Sept. 2023). C'est probablement ce qui justifie les itinéraires thérapeutiques empruntés par la jeune fille pour avoir recours à un avortement. Etant dans la majorité des cas des avortements clandestins, certaines commencent par la médecine traditionnelle, d'autres achètent des médicaments aux vendeurs de la rue, d'autres encore se rendent chez des prestataires non qualifiés, qui les pratiquent dans des conditions non conventionnelles. Ce n'est généralement qu'à la suite de complications qu'elles se rendent finalement à l'hôpital.

"Les jeunes filles de Colomine lorsqu'elles ne voient plus leurs règles, elle passe par le quartier au lieu plutôt que de se rendre dans le centre de santé. Elle préfère plutôt aller raconter le problème aux grands-parents du village et ce sont ces personnes qui les trouvent des médicaments à l'indigène qu'ils doivent essayer de se faire soigner et si cela ne marche pas ils se rendent à l'hôpital." (Garçon 18-19 ans, Colomine, 19Nov. 2023)

"Elle a très souvent recours aux remèdes traditionnels gratuitement chez leurs grand-mères ou leurs tantes dans la communauté très expérimenté pour résoudre ce problème qui coutent moins chers." (Fille 18-19 ans, NganHa, 10Oct. 2023)

Au-delà des pressions sociales, la décision ultime de l'issue d'une grossesse chez une adolescente dépend grandement du contexte familial. Lorsqu'une adolescente est enceinte, le premier réflexe de la plupart des parents et même de la jeune fille est de penser à se débarrasser de la grossesse. Les motivations de l'adolescente sont principalement liées à la crainte de la réaction de ses parents : elle craint d'être battue, châtiée ou même chassée de la maison familiale. Les autres motivations sont le plus souvent secondaires et concernent la moquerie de ses pairs, la stigmatisation, le manque de moyens financiers, l'irresponsabilité ou le déni du géniteur. Un adolescent s'exprime au sujet des motivations en ces termes :

"Ce qui peut pousser Fatima à avorter son enfant. D'abord un, c'est ses parents d'abord. Quand les parents sont très sévères, dès qu'il sait que Fatima est enceinte, elle va fait du mal, c'est là-bas qu'elle va décider d'avorter l'enfant là. Bon, ça peut aussi arriver que l'homme qui lui enceinte, il dit que non, je ne peux pas prendre soin de ton enfant là. Donc c'est mieux que on part avorter l'enfant là. Il ne faut pas que nos parents sachent que c'est ce qui s'est passé entre nous. Ça peut aussi arriver que ses amis se moquent aussi de lui, de Fatima, toi tu es déjà enceinte, va là-bas, je ne peux pas marcher avec toi. Elle sera triste et directement ce qui va venir sur sa tête elle va dire que mieux je pars d'abord avorter l'enfant là pour revenir comme, il va dire qu'il faut que je mène encore ma vie comme avant. Si je deviens mère d'enfant là, je suis différent comme les autres. Ça peut aussi faire Fatima d'avorter l'enfant là." (Garçon 18-19 ans, NganHa, 10 Oct. 2023)

La nécessité s'impose donc de trouver des stratégies novatrices pour sensibiliser la population sur les conséquences néfastes des avortements non médicalisés, comme le précise ce répondant : *"Non, non, le sujet de l'avortement n'est pas suffisamment abordé, on dit l'avortement tue, il faut des messages vraiment poignant ou bien par exemple des documentaires sur la vie de certaines jeunes filles qui ont eu à se faire avorter, qu'aujourd'hui elles n'arrivent plus à avoir des enfants. Là, ça choque oui, mais ça sensibilise."* (MINAS, Yaoundé, 13 Oct. 2023)

Notons également qu'il semble avoir un éveil de conscience dans la population en général. La stigmatisation des adolescentes enceintes, surtout au niveau des familles a considérablement régressé et les parents sont de plus en plus conscients que l'adolescente a besoin d'être accompagnée.

"On ne chasse plus, on comprend mieux. Déjà, on se dit que la population camerounaise, on n'est pas très nombreux, donc c'est l'encadrement, on est dans le counseling, on est dans la prise en charge médicale, même psychologique. On voit maintenant les jeunes filles qui ont le BAC et accouchent la même année, donc ce n'est plus le rejet... On peut se fâcher, le parent peut se fâcher, mais après on reconnaît parce qu'on a la culture de l'humain en Afrique. Et au Cameroun on a cet adage qui dit s'il y en a pour un, il y en a pour dix, donc du coup, la vision de cette enfant qui vient, n'est plus la même qu'il y a des années." (MINAS, Yaoundé, 13 Oct. 2023)

IV.3.2 Interventions visant à réduire les avortements à risque

❑ **Women Health Project (WHP) – ACMS**

Financé par un donateur anonyme à travers PSI (Population Service International), et mis en œuvre dans 3 régions : Nord-Ouest, Littoral et Centre. Ce projet vise à réduire la mortalité maternelle associée aux avortements à risque au Cameroun. L'objectif est de prévenir les grossesses non désirées et d'améliorer l'accès à l'avortement légal, aux soins post-avortement et à la contraception post-avortement.

Dans le cadre du WHP 6 ; 2022-2023, le projet de santé des femmes a pour stratégie de :

- Renforcer les capacités du secteur public/soutenir l'intégration des services et accroître l'appropriation,
- Assurer la durabilité des services de santé sexuelle et reproductive dans le secteur privé,
- Identifier les approches permettant de rapprocher les soins des femmes, and
- Changer les normes/conversations autour de l'avortement sans risque.

Élément clé : Grande importance accordée à l'éducation complète à la sexualité

Les progrès du Cameroun en matière d'ASRHR s'expliquent par les actions menées pour informer les adolescents et les jeunes sur les questions de sexualité et les encourager à adopter des comportements responsables.

- Développement successif de plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/SIDA (2000-2023)
- Inclusion de l'éducation à la vie familiale et de l'éducation sexuelle complète dans les programmes d'éducation et de formation en 2007 (MINEDUB, MINESEC, MINESUP)
- Élargissement de la population cible aux adolescents non scolarisés (MINJEC, MINDDEVEL) et aux adolescents vulnérables (MINPROFF, MINAS)
- Élaboration de guides d'éducation sexuelle complète, à partir de 2018
- Plusieurs programmes/projets mis en œuvre par des partenaires, mettant un accent sur la sensibilisation/éducation

IV.4 Offre des services de SSRAJ

IV.4.1 Politiques, normes et standards pour l'amélioration de l'offre des services de SSRAJ

Il y a encore une dizaine d'années, la fréquentation des services de SR par les adolescents était limitée par de nombreux facteurs tels que le manque de confidentialité ; les contraintes liées au circuit du patient et la qualité de prise en charge ; l'appréhension d'avouer qu'ils sont sexuellement actifs ou qu'ils ont été victimes de violences sexuelles ; le mauvais accueil des prestataires de santé ; le manque de connaissance ; les contraintes géographiques et logistiques ; les coûts élevés des consultations ; les barrières culturelles, etc. C'est dans ce contexte que le Gouvernement du Cameroun, à travers le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE), et avec l'appui des partenaires techniques et financiers (UNFPA, UNICEF, UNESCO, etc.), a élaboré les **Normes de Standardisation des Services Socio-Sanitaires Conviviaux pour les Adolescents et les Jeunes** en 2009 [33]. Ce document a par la suite été révisé en 2014, pour élaborer les **Normes et standards des Services Socio-Sanitaires Conviviaux pour les Adolescents et les Jeunes au Cameroun** [34], afin de disposer d'un cadre de référence portant sur la mise en place et le fonctionnement des services socio-sanitaires conviviaux pour les adolescents et les jeunes. L'élaboration en 2015 du **Plan**

Stratégique National de la Santé des Adolescents et Jeunes (PSNSAJ 2015-2019) est venu renforcer la mise en place des services de santé adaptés à cette cible dans les FOSA ; et le renforcement des capacités des prestataires à leur offrir des services qui leur sont adaptés. Entre 2022 et 2023, le MINSANTE avec certains partenaires (Plan International Cameroun et Vital stratégies) ont élaborés des documents de références destinés à harmoniser les interventions en matière des services adaptés aux adolescents et jeunes :

- ❑ Le **Manuel de référence du fonctionnement des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes dans les formations sanitaires et autres points de prestation de services** [35], qui présente les caractéristiques des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes ; les normes pour la qualité de ces services ; et le paquet minimum d'activités par niveau en rapport avec les normes mondiales.
- ❑ Le **Manuel de formation sur la santé sexuelle et reproductive des Adolescents pour prestataires de soins de santé** [36], qui permet de capaciter les prestataires de santé sur des thématiques spécifiques à la SSRA telles que : Connaissances en matière de SDR ; Connaître et comprendre le développement des adolescents ; Comprendre la stigmatisation, la discrimination et la SDR ; Comprendre comment les services de santé travaillent avec les adolescents et les jeunes ; Comprendre comment prévenir les grossesses chez les adolescentes et les avortements à risque ; Faire un suivi des grossesses et des accouchements chez les adolescentes ; Maîtriser les méthodes contraceptives pour les adolescents ; Pouvoir suivre les adolescents atteints du VIH et des IST ; Comprendre le genre et la SDR ; Connaître le problème des drogues et de la consommation de substances psychoactives ; Traiter les problèmes nutritionnels des adolescents ; Fournir des conseils sur la gestion de l'hygiène et de la menstruation des adolescentes ; Maîtriser les techniques de communication avec les adolescents.

IV.4.2. Différentes structures offrant des services adaptés aux adolescents et jeunes : Paquet minimum d'activités

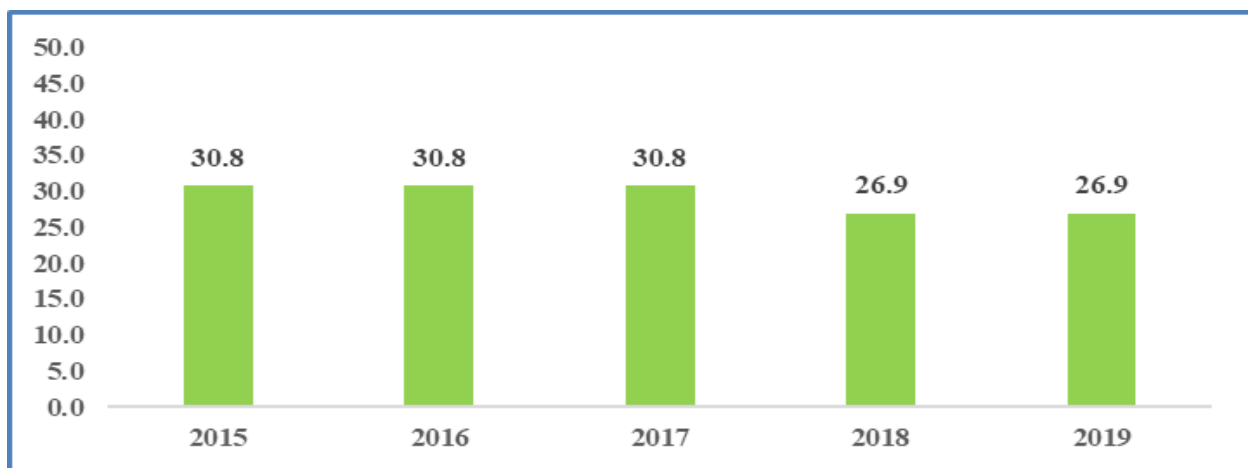
Les services de santé adaptés aux adolescents et jeunes ont été conçus pour renforcer les connaissances des adolescents et jeunes notamment à travers les approches éducatives novatrices, faciliter leur accès au service de SR et mettre à leur disposition des services d'IEC et de prise en charge dans des espaces spécifiques. On retrouve les structures qui offrent ces services dans différents milieux [35] :

- Milieu scolaire : Inspections Médico Scolaires (IMS), les Infirmeries scolaires, les Clubs Santé et autres associations de jeunes ;
- Milieu universitaire : Centres médicaux sociaux (CMS) ;

- Milieu extrascolaire/communautaire : Centres Multifonctionnels de Promotion des Jeunes (CMPJ) ; Centres d'Information d'Education et d'Ecoute (CIEE) ; Centres de Promotion de la Femme et de la Famille (CPFF) et les Services d'Actions sociales (SAS);
- Milieu médico-sanitaire : certaines FOSA ont en leur sein une unité spécifique de SSR qui offre aux Adolescents des services intégrés englobant les soins préventifs, curatifs et promotionnels, appelée Unité de Santé Reproductive des Adolescents et jeunes (USRA).

Selon le rapport d'évaluation du PSNSAJ 2015-2019 [37], c'est au cours des trois premières années de mise en œuvre du plan que les niveaux et tendances de l'offre des services dans les unités (USRA, CPMJ et CPFF) disposant des services spécialisés pour les adolescents et jeunes a été optimale (30,8%). La Figure 11 ci-contre montre qu'il y a eu un léger relâchement dans la mise en place et le fonctionnement de ces unités au fil des années.

Figure 11 : Niveaux et tendances (%) de l'offre de services adaptés aux adolescents et jeunes dans les USRA, CPMJ et CPFF



Source : Rapport d'évaluation du PSNSAJ 2015-2019

❑ Inspections Médico Scolaires (IMS)

Le système de santé au Ministère des Enseignements Secondaires est régi par le Décret présidentiel N°2012/267 du 11 juin 2012 portant organisation du Ministère des Enseignements Secondaires. Les IMS ont pour missions la mise en œuvre de la politique sanitaire en milieu scolaire, la promotion de l'éducation à la santé, l'offre des soins aux élèves, le dépistage des maladies, l'orientation des cas vers les structures appropriées de prise en charge, l'organisation des Visites Médicales Systématiques des élèves ; le contrôle de l'hygiène et salubrité en milieu scolaire ; et la coordination des activités des infirmeries scolaires.

❑ Les centres médicaux sociaux (CMS)

Créés par Décret N° 93/027 du 19 janvier 2013 font partie des dispositions communes aux Universités. Ils ont la charge de la santé et de l'action sociale en faveur des étudiants, du personnel enseignant et non enseignant, ainsi que des problèmes d'hygiène et d'assainissement des campus. Ils disposent de service de la santé, de service de l'action sociale (Cellule d'écoute et de conseils), des étudiants relais santé, et d'espace amis jeunes. Bien que le fonctionnement ne soit pas optimal sur le terrain selon les informations clés, ces CMS représentent des espaces conviviaux pour les adolescents et jeunes où ils peuvent aborder librement des questions liées à leur santé sexuelle.

“Et dans les centres médico-sociaux des universités, nous avons ce qu'on appelle les cellules d'écoute et de conseil, là-dedans les étudiants peuvent aller se confier, ceux qui ont des problèmes, expliquer leur problème, ainsi de suite. Et puis, la circulaire qui organise le fonctionnement de CMS, autorise les personnels de CMS à parler de la santé sexuelle et de la reproduction et à faire les consultations gynécologiques.” (MINESUP, Yaoundé, 19 Oct)

❑ Les Centres Multifonctionnels de Promotion des Jeunes (CMPJ)

Les CMPJ sont les structures opérationnelles du Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique (MINJEC), selon les termes du décret N° 2010/1099/PM du 07 mai 2010 portant organisation et fonctionnement dudit ministère, qui ont pour missions l'encadrement et l'accompagnement extrascolaires de la jeunesse individuellement ou en groupes organisés, diplômés ou non et sans discrimination aucune, en vue de leur épanouissement.

Ce sont des plates-formes multiservices chargées de stimuler l'ingéniosité et l'émancipation de la jeunesse ainsi que sa contribution à l'œuvre de développement national à travers trois directions essentielles : l'insertion sociale ; la promotion économique ; le divertissement sain et éducatif. A cet effet, les CMPJ accueillent deux types de jeunes : ceux qui ont une expérience à partager ou à valoriser ; ceux qui sont en quête de savoirs, de savoir-faire et/ou de savoir-être dans les domaines tels que l'éducation à la citoyenneté ; la promotion de la participation des jeunes ; la prévention et la lutte contre les endémies et les fléaux sociaux ; l'alphabétisation ; les loisirs sains et éducatifs ; la formation qualifiante et entrepreneuriale ; le placement en emploi et les soins de santé ambulatoires.

En ce qui concerne la prévention et la lutte contre les endémies et les fléaux sociaux (IST, VIH/SIDA, Grossesses précoces et non désirées, consommation des drogues, etc.), les CMPJ constituent le point d'ancrage d'un ensemble d'activités d'information, d'Education et de mobilisation communautaire. A ce titre, ils y ont déployé un programme complet d'ECS à travers des modules de formation et des programmes d'activités. Ils sont par ailleurs le lieu de conception et de déploiement des activités de mobilisation, de sensibilisation, d'offre de

services adaptés (dépistages volontaires et gratuits du VIH, PF) et de référencement des jeunes (vers les formations sanitaire) y compris en communauté.

En fonction de l'importance démographique de la cible, du statut administratif de la localité d'implantation ou des possibilités offertes par le contexte local, les CMPJ sont classés en catégories fonctionnelles (centres de référence (02), centres régionaux (10), centres départementaux (58), centres d'arrondissement (363). En plus des facilités d'accueil, ils disposent d'un personnel d'encadrement qualifié et des services adaptés. Aussi, le CMPJ peut disposer des Centres d'information, d'Education et d'Ecoute (CIEE).

❑ Les Centres de Promotion de la Femme et de la Famille (CPFF)

Les CPFF sont les unités techniques spécialisées du MINPROFF mis en place pour l'autonomisation économique et le développement social des femmes et des jeunes filles. Les CPFF accueillent, sans discrimination aucune, les jeunes filles ainsi que les femmes adultes, seules ou organisées en associations, soit en quête de formation ou d'information. Selon le Décret N° 2000/001/PM du 04 Janvier 2000, portant organisation et fonctionnement des Centres de Promotion de la Femme, ces centres ont pour missions entre autres : La formation morale, civique et intellectuelle de la femme en vue de sa promotion économique, sociale et culturelle ; L'éducation de la femme à la parenté responsable et à la protection de la santé maternelle et infantile ; Le soutien à l'esprit d'entreprise et apprentissage de métiers porteurs, en vue de faciliter l'insertion ou la réinsertion socio-professionnel de la femme. Ces structures visent à promouvoir l'autonomisation de la jeune fille afin de la rendre moins vulnérable aux facteurs d'exposition aux IST/VIH/SIDA. Dans le cadre de leur formation, les apprenantes bénéficient également des sessions d'éducation qui portent sur la PF et sur la SSR.

Il convient de noter que dans le cadre de l'accomplissement de leurs missions respectives, les CMPJ et CPFF peuvent disposer en leur sein d'espaces spécifiquement dédiées à la promotion et/ou à l'offre de services de santé adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes. Il s'agit notamment des Centres d'information, d'Education et d'Ecoute (CIEE), les espaces sûrs pour la prise en charge des VBG et des points de prestation de service de santé.

❑ Les Services d'Actions Sociales (SAS)

Par Décret Présidentiel N° 2017/383 du 18 juillet 2017, le Ministère des affaires sociales (MINAS) est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de prévention, d'assistance et de protection des personnes socialement vulnérables. Dans le cadre de la lutte contre les abus physiques en général et spécifiquement des abus sexuels, les Services d'Actions Sociales (SAS) du MINAS au niveau départemental mènent des activités de sensibilisation en direction des enfants mineurs et

adolescents valides et handicapés (enfants de la rue, Baka et Bororos) sur toute l'étendue du territoire national, en partenariat avec l'UNICEF et le ministère de la santé. Ces activités de sensibilisation sont réalisées dans le cadre du programme SBC/C4D engagé avec l'UNICEF depuis 2018. A ce titre plus de 1100 campagnes de sensibilisation/démonstration, de causeries éducatives ont été organisées dans les 4 régions prioritaires C4D de l'UNICEF (Est, Adamaoua, Nord et Extrême nord). Campagnes durant lesquelles des milliers jeunes et adolescents Baka ont pris part aux sessions de sensibilisations, causeries éducatives et des sessions de dialogues intercommunautaires organisées dans les villages et campements de la Région de l'Est. Environ 341 jeunes autochtones et montagnards ont participé aux sessions de dialogue intercommunautaires (avec 3/5 de fille) et ont vu leurs capacités renforcées lors desdites sessions, 105 obligataires (Autorités administratives, traditionnelles, municipales, religieuses et OSC) sensibilisés aux droits de l'enfant et 1286 adolescents Baka, Bororos et montagnards au rang desquels 706 filles ont été formés aux droits de l'enfant en occurrence la santé de reproduction, particulièrement en matière de lutte contre les grossesses précoces et le mariage d'enfants.

❑ Les Unités de Santé Reproductive des Adolescents (USRA)

Ce sont des unités spécifiques de SSR au sein des formations sanitaires (FOSA) qui offrent aux adolescents et jeunes des services intégrés englobant les soins préventifs, curatifs et promotionnels. En fonction du plateau technique et de la disponibilité de la ressource humaine de la FOSA, ces unités mènent plusieurs activités à l'instar de : IEC/CCC/C4D ; Diagnostic et traitement des IST ; Planification familiale ; Consultations prénatales et postnatales ; Accouchements et Soins Obstétricaux Néo-natals d'Urgence de Base ; Soins Après Avortement (SAA) ; Accompagnement psychologique et social ; Dépistage volontaire anonyme et gratuit du VIH/Sida ; Prise en charge des adolescents et jeunes vivants avec le VIH/SIDA.

Selon le rapport d'analyse situationnelle de la disponibilité et du fonctionnement des USRA entre 2019 et 2021 au Cameroun, 31 USRA ont été créées au cours de cette période, répartis dans 5 régions : Adamaoua (5), Centre (6), Est (6), Extrême-Nord (7) et Nord (7). Et sur les 25 USRA évaluées, 23 étaient fonctionnelles [38]. Ce rapport analytique a servi de base pour le plaidoyer en vue du passage à l'échelle des USRA, d'où une Lettre circulaire du MINSANTE du 8 décembre 2022, relative à la mise en place des unités de santé de reproduction des adolescent(e)s dans les formations sanitaires de 1^{ère} à 5^{ème} catégorie [39]; et l'élaboration du Manuel de référence du fonctionnement des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes dans les FOSA et les autres points de prestation de services, avec l'appui de la Banque Mondiale et de Plan International Cameroun [35].

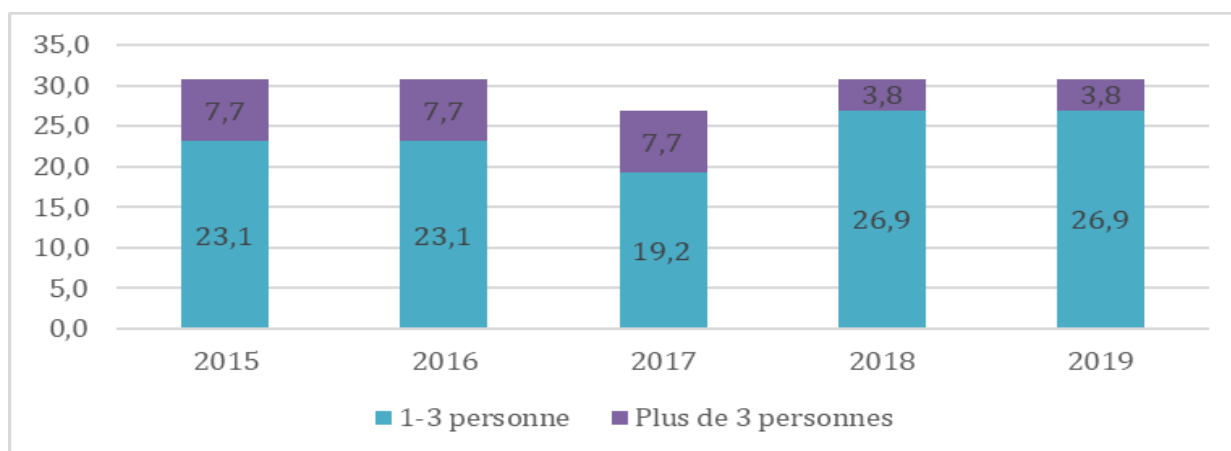
IV.4.3 Disponibilité des ressources

Pour dispenser des soins de qualité optimale, l'existence simultanée des infrastructures, la disponibilité de ressources matérielles et des ressources humaines qualifiées sont des éléments de base. L'évaluation de la mise en œuvre du PSNSAJ 2015-2019 [37], et l'analyse situationnelle des USRA [38] ont permis d'évaluer les avancées dans la disponibilité des ressources nécessaires pour offrir des services de qualité aux adolescents et jeunes au Cameroun.

❑ Ressources humaines qualifiées

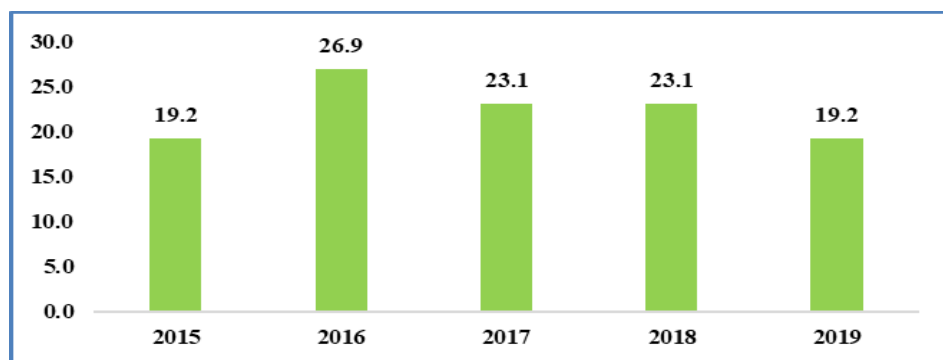
Dans le cadre de la mise en œuvre du PSNSAJ 2015-2019, un nombre non négligeable de prestataires de santé (30,8% environ) ont été formés pour répondre aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes (Voir figure 12) ; le personnel a été formé dans la gestion des programmes et projets de SAJ (19,2% minimum à 26,9% maximum, en fonction des années) (Voir figure13) ; le personnel a été formé en techniques de communication IEC/CCC/C4D en lien avec la SAJ (Voir figure 14).

Figure 12 : Niveaux et tendances des personnels formés pour répondre aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes



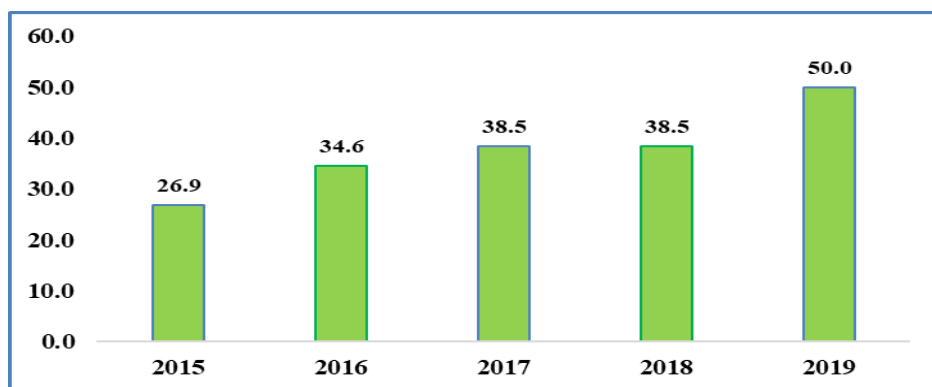
Source : Rapport d'évaluation PSNSAJ 2015-2019.

Figure 13 : Niveaux et tendances des personnels formés dans la gestion des programmes et projets SAJ



Source : Rapport d'évaluation PSNSAJ 2015-2019.

Figure 14 : Distribution (%) des personnels formés et impliqués dans la communication IEC/CCC/C4D sur la période 2015-2019



Source : Rapport d'évaluation PSNSAJ 2015-2019.

L'une des leçons apprises après évaluation de la mise en œuvre du PSNSAJ 2015-2019 est que la formation des prestataires, des agents communautaires et des parents reste un atout déterminant pour l'intégration des services adaptés aux adolescents et jeunes. Pour répondre à ce besoin, le MINSANTE a travaillé en collaboration avec d'autres sectoriels pour concevoir le manuel de formation sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents pour les prestataires de soins de santé [36]. A cet effet, les formations de prestataires continuent aussi bien par le Ministère que dans le cadre de projets.

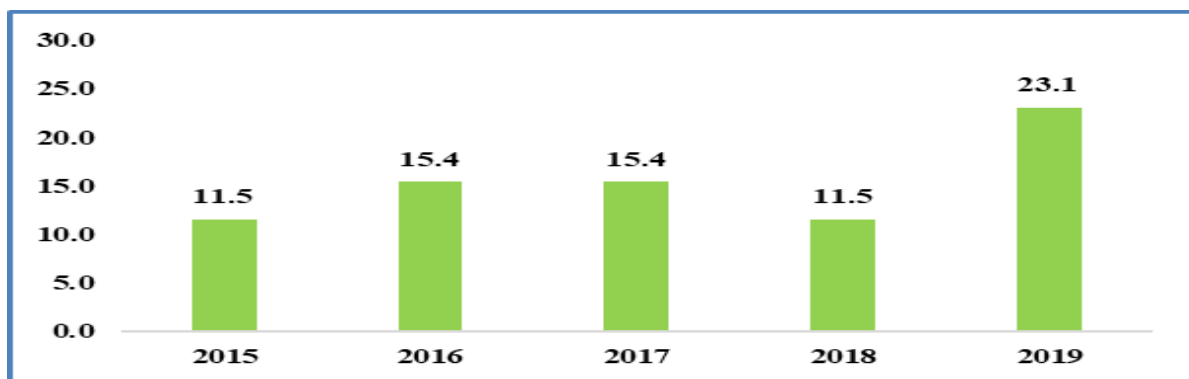
"C'est effectivement ce que nous sommes en train de faire en ce moment, nous avons élaboré des modules de SRA. On a validé et maintenant, on forme les prestataires, parce qu'ils doivent être capable d'offrir ces services, parce que ce n'est pas n'importe qui peut être capable d'offrir un service à un ado. Il faut avoir les prérequis, avoir une certaine prospection, avoir une certaine connaissance vis à vis même de... c'est pourquoi dans les modules, on a la connaissance de l'adolescent. L'adolescent, c'est qui ? On décrit sur le plan psychologique, physique et autre. On décrit d'abord, il faut connaître tout ça, donc ce sont des personnes formées et capacités qui sont justement..."
(MINSANTE, Yaoundé, 23 Oct. 2023).

"Je rappelle qu'en principe, ce n'est pas tout prestataire qui devrait recevoir un ado/jeune qui vient à la formation sanitaire lorsqu'il a des problèmes de santé sexuelle, ça, il faut déjà le rappeler, mais avant ce n'était pas le cas. Aujourd'hui à la CAMNAFAW, avec le projet central que nous avons : « projet ado avance ensemble », nous formons non seulement les prestataires de service conviviaux, c'est-à-dire, ceux-là qui doivent recevoir les adolescents et jeunes. Nous formons les pairs éducateurs qui doivent encadrer les jeunes en communauté mais on ne se limite pas là, mais nous essayons de toucher tout l'écosystème jeune. Et, l'écosystème jeune commence au niveau de la communauté, ça peut être son camarade, son entourage, des voisins, en famille, voilà pourquoi, nous avons intégré les dialogues avec les parents. Au-delà de ça, nous montons un peu pour toucher les politiques, la législation." (CAMNAFAW, Yaoundé, 14 Oct. 2023).

❑ Ressources matérielles

Pour une fourniture des services de meilleure qualité, les USRA doivent être dotés du matériel IEC et des supports de communication (une boîte à images, affiche, dépliant, livre bande dessinée), des consommables et des produits de base comme les contraceptifs, du matériel nécessaire pour les démonstrations (pénis, vagin artificiels, mannequins). Le rapport d'analyse situationnelle des USRA au Cameroun a révélé qu'environ 43% des USRA disposaient des ressources matérielles [38]. L'octroi des dotations supplémentaires dans les structures bénéficiaires a suivi une évolution en dents de scie entre 2015 et 2019, avec un minimum de 11,5% et un pic de 23,1% (Figure 15).

Figure 15 : Distribution (%) des unités ayant bénéficié des dotations supplémentaires



Source : Rapport d'évaluation PSNSAJ 2015-2019.

IV.4.4 Qualité des services de SR offerts aux adolescents et jeunes dans les USRA

Les USRA offrent un ensemble de services d'information, de conseil, de diagnostic, de traitement et de soins qui répond aux besoins de tous les adolescents. Les services sont fournis au sein de l'établissement et par l'intermédiaire d'un réseau d'orientation-recours et de structures de proximité. Les principaux services qui y sont offerts sont entre autres : l'IEC/CCC/C4D/ESC (causeries éducatives, entretien individualisé ou personnalisé, groupe de

parole, groupes de discussion dirigé), la consultation générale, les CPN, les accouchements, les méthodes de planification familiale, les consultations postnatales, les soins après avortements, le dépistage du VIH, la prise en charge des IST, le dépistage/prise en charge globale du VIH, la prise en charge des cas de violences basées sur le genre et des conséquences des autres pratiques culturelles néfastes [35]. Selon le rapport d'analyse situationnelle des USRA entre 2019 et 2021, l'offre de prestation de planification familiale est effective dans les USRA évaluées, estimée à un score moyen de 74% d'adolescentes/jeunes venus en consultation qui ont eu recours à la PF. Les CPN ont également connu une augmentation substantielle entre 2019 et 2021 [38].

Les discussions avec les informateurs clés ont confirmé le rôle essentiel joué par ces USRA dans l'amélioration de l'accès aux services par les adolescent(e)s et les jeunes. Du fait de la convivialité, il y a moins de réticence des adolescents à demander des services de SR et à exprimer leurs besoins. En outre, la plupart des services sont gratuits dans ces unités, ce qui permet de lever la barrière financière d'accès aux services pour les adolescents et jeunes. Tout ceci est clairement élaboré dans le récit de ce répondant au niveau MINSANTE :

"Je vous ai parlé plus haut de la gratuité du service, en fait, ce n'est pas payant. Et lors de nos différentes supervisions, il nous a été rapporté que les jeunes viennent de plus en plus et surtout que c'est combiné à un suivi psychologique. C'est de plus en plus fréquenté. D'où même la nécessité de créer d'autres. Parce que c'est là-bas où ils se sentent à l'aise. Ils sont plus à l'aise dans ces services qu'ailleurs." (MINSANTE, Yaoundé, 23 Oct. 2023)

IV.4.5 Autres interventions pour améliorer l'offre des services

❑ **PASSR (Programme d'accès aux services de santé reproductive) – ACMS**

Financé par la KFW, mis en œuvre dans 4 régions (Extrême-Nord, Nord, Adamawa et Est) depuis 2015. Il vise à augmenter l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale, en particulier les méthodes à longue durée d'action. Dans le cadre de ce projet, les prestataires de santé de 400 FOSA ont été formés pour une offre des services de qualité.

❑ **Project to support the elimination of mother-to-child transmission of HIV and HIV/AIDS care in Cameroon (PETVISIDAME) – UNFPA**

Mis en œuvre dans six régions (Extrême-Nord, Nord, Est, Ouest, Sud et Adamawa) et financé par la Banque islamique de développement. Le soutien de l'UNFPA est axé sur le renforcement de la fourniture de services complets de santé sexuelle et reproductive aux femmes et aux adolescents vivant avec le VIH, en mettant particulièrement l'accent sur l'intégration du planning familial. Le projet renforce les capacités des centres multifonctionnels de promotion de la jeunesse, des unités de santé génésique des

adolescents et des établissements communautaires, universitaires et secondaires qui fournissent des services de santé sexuelle et génésique des adolescents. L'objectif est d'établir un réseau de ces structures afin de générer une demande et d'améliorer l'accès aux services de SSR/VIH-TME et de VBG pour les adolescents, en particulier les filles.

❑ **Projet "Ado avance ensemble" - CAMNAFAW**

Financé par l'Union européenne, mis en œuvre dans les régions du Sud, du Centre, du Littoral et du Nord-Ouest, le projet a trois objectifs principaux : améliorer la demande et l'accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents vulnérables (âgés de 10 à 19 ans) ; renforcer les systèmes de santé publique ; et promouvoir un environnement politique et sociétal favorable. L'ensemble de l'écosystème de la jeunesse est ciblé par le projet, y compris les prestataires de soins de santé dans les services adaptés aux jeunes, les éducateurs pairs, les parents/familles, les amis, les voisins et toute autre personne susceptible d'avoir une influence sur les jeunes. Des actions de plaidoyer sont également menées pour la révision des politiques et de la législation.

"Un autre programme que je peux peut-être citer, mais que je ne connais pas très bien, mais ensemble nous avons essayé de travailler, « ado avance ensemble », le programme de la CAMNAFAW. Nous avons peut-être participé une fois et je crois que nous observons de près ce qu'ils font et je crois qu'ils font tellement de belles choses pour encadrer les jeunes et aussi les aider vraiment à prendre en considération les questions de santé sexuelle." (Leader Jeune, Yaoundé, 26 Sept. 2023)

Elément clé : Amélioration de l'offre des services de santé sexuelle et reproductive aux adolescents et jeunes (SSRAJ)

Le Cameroun a réussi à mettre en place un cadre de référence pour la création et le fonctionnement de services adaptés aux adolescents et aux jeunes.

1. Elaboration des normes et documents de référence pour la fourniture des services de SAJ
 - a. Normes et standards des Services Socio-Sanitaires Conviviaux pour les Adolescents et les Jeunes au Cameroun en 2009; révision en 2014.
 - b. Plan Stratégique National de la santé des adolescents et jeunes, 2015-2019
 - c. Lettre circulaire du MINSANTE en décembre 2022, pour à la mise en place des USRA dans les FOSA de 1ère à 5ème catégorie
 - d. Manuel de référence du fonctionnement des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes dans les formations sanitaires et autres points de prestation de services, 2022
 - e. Manuel de formation sur la santé sexuelle et reproductive des Adolescents pour prestataires de soins de santé, 2022
2. Mise en place des services de santé adaptés aux adolescent(e)s et jeunes dans différentes structures :centres médicaux sociaux (CMS, Universités), Centres Multifonctionnels de Promotion des Jeunes (CMPJ, MINJEC), Les Centres de Promotion de la Femme et de la Famille (CPFF, MINPROFF), Services d'Actions Sociales (SAS, MINAS), Unités de Santé Reproductive des Adolescents et jeunes (USRA, MINSANTE)
3. Formation des prestataires de santé à l'offre de services de SRAJ

IV.5 Violences basées sur le genre et pratiques culturelles néfastes

De l'exploitation de certains documents de référence d'une part et, des échanges avec les informateurs clés d'autre part, les violences basées sur le genre (VBG) et les pratiques culturelles néfastes (PCN) ont encore pignon sur rue dans certaines communautés au Cameroun. Ce sont notamment : les mutilations génitales féminines (MGF), les mariages d'enfants, le repassage des seins, le refus de scolarisation de la jeune fille, le phénomène de « Money Women » où des filles sont données en mariage depuis leur conception, les rites de veuvage avilissants, le lévirat et sororat.

" il y a plusieurs types de violence et il y a des types de pratiques qui portent atteinte à la santé sexuelle et reproductive comme c'est là c'est des mutilations génitales, qui porte atteinte à l'organe génital de la femme, le mariage de la jeune fille qui affecte le corps de la femme avec les grossesses, vous avez les massages de seins, les violences physiques, les viols, les harcèlements sexuels..."
(MINPROFF, Yaoundé, 17 Oct. 2023)

IV.5.1 Violences basées sur le genre

La VBG est définie comme tout acte dirigé contre une personne en raison de son sexe, qui cause ou est susceptible de causer des douleurs ou des souffrances physiques, psychologiques ou émotionnelles. Elle concerne à la fois les femmes, les hommes, les filles et les garçons [40]. Il existe plusieurs types de VBG : les violences physiques, les violences sexuelles, les violences psychologiques, les violences sociales et les violences économiques.

Selon les EDS Cameroun, le pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant subi des violences physiques de la part d'une personne quelconque au cours des 12 mois précédant l'enquête a connu une augmentation entre 2004 et 2011, passant de 21 % à 27 % ; puis une diminution pour se situer à 18 % en 2018. Parmi les femmes de 15 à 19 ans qui ont subi des violences sexuelles, 21,5% ont eu leur première expérience de violence sexuelle avant l'âge de 15 ans. En 2014, 47 % de femmes âgées de 15-49 actuellement en union ou en rupture d'union ont subi diverses formes de violences émotionnelles de la part de leur mari/partenaire au cours des 12 mois précédents.

Le Cameroun s'est arrimé aux orientations de la Communauté Internationale pour mener une lutte soutenue contre ce phénomène, qui hypothèque considérablement les initiatives de développement. Afin de remplir correctement ses obligations nationales et internationales dans la lutte contre ce fléau, en contribuant ainsi à la mise en œuvre de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF), de la Résolution 1325 du Conseil de Sécurité de l'ONU sur Femmes, Paix et Sécurité, de la Plate-forme d'actions de Beijing et d'autres conventions et accords internationaux dans ce domaine, le Cameroun a élaboré et implémenté sa seconde Stratégie de Lutte contre les VBG couvrant la période de 2017-2020. Peu d'études ont été effectuées au niveau national

pour mesurer l'ampleur du phénomène, mais les données disponibles produites par l'Institut National de la Statistique (INS) permettent d'estimer de manière générale, la prévalence nationale de la VBG. Il est important de noter qu'on ne connaît habituellement que le nombre d'individus qui rapportent des faits de VBG, pas le nombre total d'individus touchés. Les crises humanitaires complexes que traverse le pays dans les Régions du Nord-Ouest, du Sud-Ouest, de l'Est, de l'Extrême-Nord et de l'Adamaoua, aggravent la situation de vulnérabilité des femmes et des filles par rapport aux violences sexuelles et sexistes.

Le Cameroun est aujourd'hui à la 3ème génération de sa Stratégie Nationale de Lutte contre les VBG (SNLVBG) couvrant la période 2022-2026 [40]. L'objectif principal de cette stratégie est de contribuer à la réponse nationale contre la vulnérabilité aggravée des femmes et des filles, liée aux violences sexuelles et basées sur le genre dans un contexte rendu fragile par les crises humanitaires, les crises socio-politiques et la COVID 19. La finalité étant de contribuer à réduire de moitié à l'horizon 2026, le taux de prévalence de VBG à travers l'organisation permanente des campagnes de sensibilisation, afin de toucher une masse critique de la population et la mise en place des mécanismes de prise en charge appropriée des survivantes. Elle s'appuie sur trois axes stratégiques à savoir :

- Axe 1. Renforcement du système de prévention, de mitigation des risques dans tous les secteurs et amélioration des connaissances ;
- Axe 2. Renforcement du dispositif de prise en charge holistique des survivantes et de répression des auteurs des VBG ;
- Axe 3. Partenariat, coordination et mobilisation des ressources.

IV.5.2 Les pratiques culturelles néfastes

Les pratiques culturelles néfastes varient d'un pays à un autre. On en distingue généralement trois principaux types : les Mutilations Génitales Féminines, le mariage d'enfants, et les crimes d'honneur. En marge de ces trois types, d'autres pratiques culturelles néfastes sont prégnantes au Cameroun. C'est le cas du repassage des seins, du phénomène de « Money Women » où des filles sont données en mariage depuis leur conception, des rites de veuvage avilissants, du lévirat et sororat qui, bien qu'interdites par la loi, sont encore exercé dans certaines communautés.

❑ Mutilations Génitales Féminines

D'après l'OMS, ce sont des interventions qui altèrent ou lèsent intentionnellement les organes génitaux externes de la femme et de la fille pour des raisons non médicales. Ces pratiques ne présentent aucun avantage pour la santé des jeunes filles et des femmes mais, entraînent de graves conséquences. Elles sont exercées le plus souvent sur des jeunes filles entre l'enfance et l'âge de 15 ans. Les Mutilations Génitales Féminines sont une violation des

droits de la jeune fille et des femmes. Pour la justifier, les communautés concernées par la pratique des MGF avancent plusieurs raisons dont certaines sont d'ordre culturel, psychologique, mystique, mythique, doctrinal et économique.

Depuis la Conférence mondiale sur les femmes, à Beijing en 1995, le Gouvernement du Cameroun a placé la promotion de la femme au centre de ses préoccupations. Dès 1997, la première politique visant l'autonomisation des femmes a été élaborée et adoptée. Les priorités et stratégies du Gouvernement ont été déclinées dans un Plan d'Action National pour le Développement des Femmes dont 2 des domaines d'intervention prenaient en compte les adolescentes, à savoir la protection et la promotion de la petite fille, et la lutte contre la violence faite aux femmes. S'en est suivi une révision de la Politique Nationale de Population en 2002 qui établissait l'approche genre comme une approche de développement et visait notamment à universaliser la qualité de l'éducation au primaire, promouvoir l'alphabétisation fonctionnelle des deux sexes et réduire les disparités entre les sexes dans tous les secteurs du développement économique et social. En 2009, une Stratégie pour la Croissance et l'Emploi a été élaborée et le Gouvernement a mis l'accent sur la sensibilisation des parents et des communautés pour permettre aux jeunes filles de bénéficier d'un accès égal à l'éducation. La Politique Nationale Genre a été adoptée en 2015, fruit de concertations entre plusieurs départements ministériels (promotion de la femme et de la famille, jeunesse et éducation civique, formation professionnelle, affaires sociales, justice, etc.). S'en est suivi en 2016 la législation consacrée aux MGF notamment la loi N°2016/007 du 12 juillet 2016 portant Code pénal dans ses articles 277 et suivants.

La Politique Nationale Genre vise à fournir à l'ensemble des acteurs de développement un cadre de référence pour veiller à ce que leurs interventions participent à la réduction des disparités entre les hommes et les femmes dans tous les domaines de la vie nationale, y compris la santé sexuelle et reproductive. C'est un document national d'orientation et de référence en matière de promotion de l'égalité de genre. Il permet de mettre la gent féminine au cœur des politiques de développement. Il dresse l'état des lieux des problématiques liées au faible niveau d'éducation des filles, les discriminations et les violences faites aux femmes, le taux élevé de mortalité maternelle, le faible pouvoir économique des femmes, leur faible participation à la vie publique et aux prises de décision, etc. Cette politique propose également des solutions pour inverser la tendance. Notamment avec la promotion de l'égal accès des hommes et femmes à l'éducation, à la formation, à l'information ; et le renforcement du dispositif institutionnel de promotion du genre. C'est de cette politique Nationale Genre qu'ont découlé la **Stratégie Nationale de lutte contre les VBG au Cameroun (2022-2026)** [40], le **Plan d'Action National pour l'élimination des Mutilations Génitales Féminines au Cameroun (2022-2026)** [41], ainsi que le **Référentiel sur l'éducation complète à la sexualité du MINPROFF** [26].

La mise en œuvre de ces politiques est opérationnalisée à travers des programmes notamment le programme 142 du MINPROFF intitulé “Développement familial et protection des droits de l'enfant”. Ce programme comporte 4 composantes principales dont 2 d'entre elles ont un lien avec la santé sexuelle et reproductive des adolescents :

- **La mobilisation des communautés pour l'adoption de pratiques familiales essentielles et la demande de services de santé** : A cet effet, le MINPROFF travaille en collaboration avec les services techniques du Ministère de la Santé Publique pour mobiliser les familles et les communautés à adopter les Pratiques Familiales Essentielles. La sensibilisation des populations cibles permet d'améliorer la fréquentation des structures de santé.
- **La promotion et la protection des droits de l'enfant** : L'objectif est de contribuer au bien-être global de l'enfant. Cela implique un contrôle permanent des structures d'accueil de la petite enfance, la promotion d'une parentalité positive, la lutte contre les pratiques culturelles néfastes, telles que le mariage des enfants, ainsi que le signalement et l'orientation des enfants victimes de violences vers des structures de prise en charge. Il s'agit également de sensibiliser aux mesures et mécanismes juridiques et institutionnels qui promeuvent et protègent les droits des enfants.

Dans les actions de lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants et autres formes de pratiques traditionnelles néfastes, le Gouvernement du Cameroun, appuyé par les partenaires au développement, certaines associations de la Société Civile (ALVF, AFFADA, ALDEPA, CIPCRE, ACAFEJ, ACAFEM, ARF, AJSB etc.), les leaders religieux (CIDIMUC), les leaders communautaires et le Comité Interafricain de lutte contre les pratiques Culturelles Néfastes (CI-AF), a mené un certain nombre d'actions dans le cadre de la lutte contre les Mutilations Génitales Féminines. Les résultats de ces actions ont permis de porter la problématique sur la scène publique. Ces actions étaient axées sur le plaidoyer et la législation, la sensibilisation, l'Etude /recherche et la formation.

❑ **Mariages d'enfants**

Il désigne tout type de mariage où l'un des conjoints ou les deux sont âgés de moins de 18 ans. Il est contraire à la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui énonce que : “*Le mariage ne peut être conclu qu'avec le libre et plein consentement des futurs époux*”. Les filles sont plus susceptibles d'être mariées alors qu'elles ne sont encore que des enfants et, par conséquent, d'être forcées d'abandonner l'école en s'exposant à d'autres formes de violence.

Le mariage des filles à des âges très précoces met en péril non seulement la poursuite de leur éducation, mais augmente aussi le risque de grossesses précoces. La fille se marie

souvent sans aucun choix réel avec un homme beaucoup plus âgé, quelque fois dans une union polygamique dans laquelle elle a peu de pouvoir de négociation.

Les mariages précoces et forcés connaissent le plus souvent un pic important dans les zones de crise à quelques exceptions près. Cet état des choses est le plus souvent dû aux facteurs tels que :

- La peur du kidnapping des filles par les terroristes et leur envoi en mariage constituent un mécanisme de protection ;
- La peur des grossesses précoces qui pourraient ternir l'image de la famille avec la naissance des enfants à père non reconnu ou démissionnaire ;
- La morphologie d'une femme reste un facteur qui permet aux parents de vite envoyer leurs filles en mariage. Plus la fille connaît un développement physiologique rapide en termes de taille et de poids, plus elle est "prête" pour le mariage. Il est pratiquement établi que lorsqu'elles sont déplacées de leurs résidences habituelles, les réseaux sociaux des filles s'effondrent et elles n'ont plus accès aux systèmes de protection.

Jusqu'en juillet 2016, l'âge légal du mariage au Cameroun était de 15 ans pour les filles avec une autorisation parentale, et de 18 ans pour les garçons. En juillet 2016, une nouvelle loi est entrée en vigueur interdisant aux garçons et aux filles de se marier avant l'âge de 18 ans. Les mesures concrètes accompagnant cette loi sont les repressions des auteurs des mariages forcés et précoces par l'article 356 du Code pénal :

- Est puni d'un emprisonnement de cinq à dix ans et d'une amende de 25 000 à 1 000 000 de francs celui qui contraint une personne au mariage ;
- Lorsque la victime est mineure de dix-huit ans, la peine d'emprisonnement, en cas d'application des circonstances atténuantes, ne peut être inférieure à deux ans ;
- Est puni des peines prévues aux deux alinéas précédents celui qui donne en mariage une fille mineure de quatorze ans ou un garçon mineur de seize ans ;
- La juridiction peut en outre priver le condamné de la puissance paternelle, de toute tutelle ou curatelle pendant la durée prévue à l'article 31 (4) du présent Code.

En plus des actions régaliennes du gouvernement, plusieurs initiatives ont déjà été entreprises, entre autres :

- La mise en place d'une plateforme multisectorielle d'acteurs, pour la protection de l'enfant contre les pratiques socioculturelles nocives, avec un accent sur les mariages d'enfants ;
- L'orientation des parlementaires, des leaders traditionnels, religieux et communautaires dans le sens de leur engagement pour cette cause notamment à

travers l'élaboration de plans d'actions en faveur de l'abandon des mariages d'enfants;

- Le renforcement de la recherche sur la question, à travers la réalisation d'études thématiques dans les régions à forte prévalence et le renforcement des outils de collectes en vue de l'actualisation permanente des données et indicateurs nationaux sur la question ;
- L'accompagnement psychosocial et économique des survivantes de violences et de pratiques culturelles néfastes en vue de leur autonomisation à travers les Centre de Promotion de la Femme et de la Famille, et les Unités de prise en charge des femmes et filles en détresse, prenant en compte les régions en situation d'urgence humanitaire ;
- Le renforcement du partenariat technique et financier en faveur de la promotion et de la protection des droits et du bien-être de l'enfant.

Bien que le Code Pénal adopté en 2016 ait renforcé la législation nationale à travers certaines dispositions qui adressent spécifiquement la question des violences sexistes et sexuelles, notamment le mariage précoce et forcé) ce phénomène demeure une réalité au Cameroun.

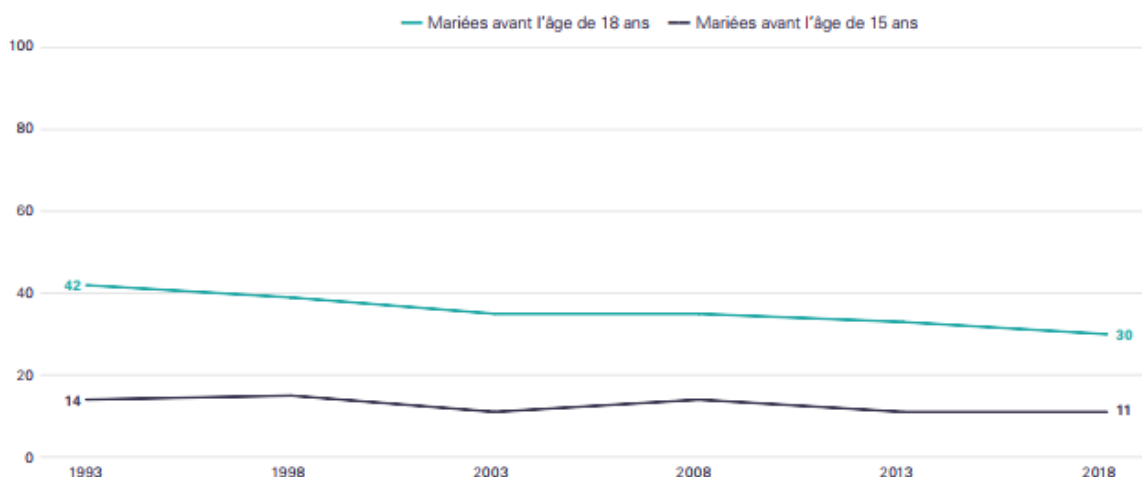
Avec l'appui technique et financier de l'UNICEF, le **programme de parentalité positive** a été élaboré en 2022 pour donner aux parents des compétences parentales positives afin qu'ils puissent soutenir plus efficacement le développement de leurs enfants dès leurs premières années de vie et à l'adolescence. Grâce à ce programme, les parents seront dotés d'outils qui leur permettent de mieux assurer le bien-être physique, psychologique et émotionnel de l'enfant, tout en le préparant à devenir un adulte conscient, responsable, bien dans sa peau et à l'aise dans ses relations sociales et affectives. L'effet à long terme de la parentalité positive permet d'avoir des enfants, des adolescents et enfin des adultes qui ont évolué dans un environnement bienfaisant, protecteur et constructif.

IV.5.3 Effets des politiques sur le mariage d'enfants au Cameroun

Selon un rapport de l'UNICEF sur le mariage des enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre [42], le pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont été mariées ou ont eu une première relation avant l'âge de 18 ans est passé de 42 % en 1993 à 30 % en 2018 (Figure 16). L'EDS-MICS 2011 a révélé que 37% des filles mariées avant l'âge de 18 ans se retrouvent à Kousséri dans la Région de l'Extrême-Nord. Les résultats de l'étude d'EDS-MICS 2014 publiés en 2016 n'ont pas montré un recul du phénomène. Ils ont révélé que 36 % de femmes contre 5,4 % d'hommes ont été mariées ou en union avant l'âge de 18 ans. Cette tendance est confirmée par une étude menée par le gouvernement camerounais qui a démontré que les mariages précoces et/ou forcés étaient répandus sur l'ensemble du territoire

camerounais, avec des variables suivant les Régions, la plus touchée étant le Nord avec 60,1 %, suivie de l'Extrême-nord (58 %), l'Adamaoua (57,7 %) et l'Est avec 47,8 %.

Figure 16 : Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou en couple pour la première fois avant l'âge de 15 ans et avant l'âge de 18 ans



Source : UNICEF, 2022.

Élément essentiel : **Le genre comme un déterminant essentiel à la SSRAJ au Cameroun**

Le Cameroun a considéré l'aspect genre comme un déterminant essentiel à la SRA, et a développé des politiques et programmes ayant pour but de promouvoir l'autonomisation des femmes et de la jeune fille

- ❑ Approche genre établie comme une approche de développement dans la Politique Nationale de Population en 2002
- ❑ Accent mis sur l'égalité d'accès à l'éducation pour les jeunes filles dans la Stratégie pour la Croissance et l'Emploi en 2009
- ❑ Politique Nationale Genre élaborée en 2015
 - Stratégie Nationale de lutte contre les VBG au Cameroun (2022-2026)
 - Plan d'Action National pour l'élimination des Mutilations Génitales Féminines au Cameroun (2022-2026)

IV.6 Coordination et suivi-évaluation

IV.6.1 Coordination intersectorielle

La santé des adolescents étant une priorité pour le Gouvernement, divers secteurs travaillent ensemble pour un même but. Ce sont notamment le secteur public, le secteur privé, les communautés, le secteur traditionnel, la société civile, les partenaires techniques et financiers. Dans la gestion de cette problématique à caractère multisectoriel, il a été créé le Programme Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infanto-juvénile (PLMI), qui dispose en son sein un Comité national qui assure la coordination intersectorielle. Ce comité est constitué de plusieurs sous-groupes techniques tels que le sous-groupe technique SRA, sous-groupe technique nouveau-né /PCIMNE, le sous-groupe PF, le sous-groupe FO, sous-groupe PTME, sous-groupe VBG qui regroupent tous les acteurs. Cette prise en compte de la multisectorialité dans la définition des stratégies et l'implémentation des interventions a grandement facilité le travail des différents acteurs et par conséquent a contribué à améliorer les indicateurs. C'est ce qui ressort de l'affirmation suivante d'un responsable au MINPROFF :

"C'est très intéressant parce que ça se passe dans la multisectorialité. Je suis capable de dire qu'au MINJEC, il y a telle personne. Quand un tel est absent, c'est telle autre personne, je les connais tous. Si je pars à la DSF, c'est pareil, on se connaît tous... Donc, c'était un petit groupe, on avait mis en place un petit groupe. Il y a le PLMI, le Programme de Lutte Contre la mortalité Maternelle, donc on travaillait comme ça dans la multisectorialité avec le MINESEC, avec le MINEDUB, on se connaissait, ça fait que si tu es en pleine intervention et que tu es buté, il suffit juste d'un mail ou WhatsApp pour résoudre la situation pour que tu puisses travailler."
(MINPROFF, Yaoundé, 17 Oct. 2023)

La coordination des organisations nationales et internationales qui interviennent dans le secteur de santé en général et la santé de la reproduction, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, y compris la nutrition (SRMNEA-NUT) en particulier, est assurée par le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique. Grace à ce groupe de coordination SRMNEA-NUT, le MINSANTE peut savoir à tout moment les interventions qui sont mise en œuvre sur le terrain et l'acteur de mise en œuvre. Cet aperçu global de interventions et des intervenants permet au Gouvernement de mieux planifier et répartir les acteurs sur le territoire national.

En ce qui concerne la Santé de Reproduction des Adolescents /Jeunes, la coordination des interventions des différentes parties prenantes est encadrée par le PSNSAJ qui énumère les principaux acteurs ainsi que leurs rôles [14] :

- **MINSANTE** : Coordonne les interventions ; Anime la plateforme multisectorielle ; Assure le leadership technique et définit les grandes orientations ; Réalise le plaidoyer auprès des partenaires ; Mobilise les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan ; Est responsable de la mise en place d'un cadre juridique.
- **MINESUP, MINESEC, MINEDUB** : Assurent la prise en compte effective de la SRAJ dans les curricula des écoles de formation professionnelle ; Créent des forums d'IEC en faveur de la SRAJ dans le programme des élèves ; Contribuent à l'encadrement des adolescents et jeunes en milieu éducatif sur le plan de la SRAJ ; Facilitent l'accès aux soins pour les élèves et les étudiants (IMS, CMS, infirmerie scolaire).
- **MINJEC, MINPROFF, MINAS** : Font la promotion de la prise en compte du genre et des droits sexuels et en matière de santé de la reproduction ; Font le plaidoyer pour la mise en place d'une réglementation et législation favorable à la SRAJ ; Renforcent la promotion de la SRAJ au sein des CPFF, des CMPJ et SAS; Renforcent les capacités des associations d'encadrement des adolescents et jeunes en techniques et outils de communication sur la SRAJ ; Renforcent le plaidoyer pour la budgétisation sensible au genre
- **MINATD** : Facilite la mobilisation des partenaires au niveau décentralisé en faveur de la SRAJ ; Facilite la mise à disposition des ressources financières du budget de l'Etat issues de la décentralisation ; Facilite la mobilisation de la population autour de la SRAJ ; Assure la mobilisation des Collectivités Territoriales Décentralisées en faveur de la SRAJ
- **MINJUSTICE** : Assure la mise en application des droits sexuels et reproductifs des adolescents et jeunes ; Met en place une législation/réglementation en matière SRAJ.
- **MINCOM** : Mène des actions de communication relatives à la SRAJ en direction des populations cibles ; Renforce les capacités des Journalistes à la production des émissions sur la SRMNI ; Organise des communications/Plaidoyer auprès des leaders d'opinion et autorités publiques en faveur de la SRAJ auprès des autorités et autres partenaires.
- **MINEPAT** : Intègre les interventions du plan stratégique dans le budget programme de chaque Ministère partenaire ; Donne une priorité à la SRAJ dans l'attribution des budgets ; Plaide pour une augmentation du budget de la SRAJ
- **Collectivités territoriales et décentralisées** : Facilitent la mobilisation des partenaires au niveau décentralisé ; contribuent à la mobilisation des ressources financières supplémentaires au niveau local ; participent à la mobilisation des adolescents et jeunes pour leur adhésion.
- **Communauté** : Facilite la mobilisation des populations en faveur de SRAJ ; Facilite la mobilisation des ressources financières supplémentaires au niveau local ; Facilite les

interventions à base communautaire ; Participe à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi-évaluation du plan d'action SRAJ communautaire ; Mobilise les ressources locales en faveur des activités SRAJ.

- **Organisations de la société civile (ONG, Associations, etc.)** : Apportent un appui dans la mise en œuvre des activités ; Plaident en faveur de SRAJ comme droit fondamental des populations cibles ; Créer un partenariat avec les leaders d'opinion et autres acteurs pour la SRAJ ; Organisent et/ou faciliter des activités à base communautaire ; Assurent la mobilisation des ressources financières pour la SRAJ ; Font de l'IEC/CCC en faveur de l'utilisation des services SRAJ ; Assurent une complémentarité avec le gouvernement dans la prestation des services SRAJ.
- **Les partenaires techniques et financiers** : Accompagnent l'action gouvernementale en SRAJ ; Apportent un appui technique et/ou financier à la mise en œuvre des activités ; Contribuent à assurer une transparence dans la gestion des fonds alloués au pays ; Mènent un plaidoyer en faveur de la SRAJ comme droit fondamental des populations cibles ; Mettent en place des fond/appuyer à la mobiliser des ressources financières et techniques ; Renforcent l'approvisionnement en intrants ; Exécutent des plans d'action en SRAJ sous la coordination du gouvernement

Mais des efforts restent à faire pour renforcer cette collaboration entre les acteurs, ainsi que la coordination de la mise en œuvre des activités, car on a observé un relâchement ces dernières années, faute de financement.

"Ce groupe est là, ces mêmes personnes sont toujours là. Le seul problème, ce qu'on avait les réunions..., on avait souvent les réunions de sous-groupe qui se tenaient une fois par mois, une fois, tous les six mois, mais ces réunions de sous-groupe sont devenues rares... il y a les questions de ressource parce que lorsque vous réunissez les gens, il faut quand-même les petites ressources, au moins la bouteille d'eau." (MINPROFF, Yaoundé, 17 Oct. 2017)

IV.6.2 Suivi-évaluation

Le processus de collecte de données de santé s'est amélioré avec le temps avec l'introduction du DHIS2 en 2017. Avec cet important outil, les données systématiquement collectées mensuellement auprès des formations sanitaires sont immédiatement disponibles au niveau stratégique du Ministère de la Santé Publique. Il est important de préciser que la qualité de ces données s'améliore avec le temps. Nonobstant cela, la planification en SRMNEA+N s'est considérablement améliorée.

Élément clé : Approche multisectorielle et coordination

Un comité national a été mis en place pour coordonner les différents secteurs impliqués dans la mise en œuvre des stratégies et des interventions en matière de santé sexuelle et reproductive.

- ❑ Forte implication des sectoriels dans la prise en charge des problèmes des adolescents et jeunes : Ministères, Collectivités territoriales et décentralisées, Communauté, Organisations de la société civile, partenaires techniques et financiers
- ❑ Création du Programme Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infanto-juvénile (PLMI)
 - Existence d'un comité de coordination
 - Existence d'un sous-groupe thématique SRA
- ❑ Prise en compte de certains aspects du PNSAJ dans les plans d'actions des départements ministériels.

IV.7 Financement de la SRA

Les modalités de financement de la santé au Cameroun ont varié au fil du temps. L'objectif de ces dernières est d'améliorer globalement l'offre et l'utilisation des services de santé de la reproduction. Elles ne sont pas spécifiques à la santé de la reproduction des adolescents, mais permettent d'avoir des résultats dans cette tranche importante. Il s'agit du chèque santé et du financement basé sur la performance qui a donné lieu à la Couverture Santé Universelle.

Le chèque santé vise à améliorer l'utilisation des services de santé de la reproduction. Il s'agit de mettre en place un système de chèque qui permet à la femme enceinte d'avoir accès aux soins relatifs au continuum de la grossesse. Pour bénéficier du chèque, la femme doit déboursier une somme de 6 000 FCFA au lieu de 45 000 Fcfa qui est le coût réel du chèque. La mise en place de ce projet a permis d'améliorer globalement l'utilisation des femmes de 15 à 49 ans et singulièrement des adolescents. Cette stratégie de stimulation de la demande n'était pas mise en œuvre dans toutes les régions et dans toutes les formations sanitaires. Néanmoins, dans les localités ciblées, l'utilisation des services a augmenté avec le temps dans tous les aspects de la SRMNEA+N. Le tableau ci-après présente l'évolution du nombre de femmes enceintes ayant fait leur Consultation Prénatale entre 2015 et 2020 dans les localités de mise en œuvre du chèque santé.

Tableau 6: Effectif cumulé de CPN de 2015 à 2020 à travers le chèque santé

Régions	Années					
	Décembre 2015	Décembre 2016	Décembre 2017	Décembre 2018	Décembre 2019	Décembre 2020
Adamaoua	5354	29520	62387	105292	157937	230351
Nord	3313	17584	39992	66016	99754	147663
Extrême-Nord	5762	30136	65720	104951	150484	224514
TOTAL	14429	77240	168099	276259	408175	602528

Source : Programme conjoint, 2020

De façon implicite, cette stratégie a réduit des accouchements à domicile des femmes enceintes. A cet effet, des matrones qui facilitaient les accouchements en communauté étaient sensibilisées tout au long de la mise en œuvre du projet de référer les femmes enceintes et à terme dans les formations sanitaires contre un modique motivation. En 2015, seules 117 femmes étaient référées par les matrones dans les formations sanitaires pour des accouchements. En 2020, cet effet est passé à 8 046 femmes enceintes, soit un pourcentage de 6776,92 points.

Le financement basé sur la performance (FBP) a été introduit au Cameroun en 2017. Il a été remplacé par la Couverture Santé Universelle (CSU). Il s'agit d'un financement intelligent qui visait à encourager les formations sanitaires à offrir une meilleure qualité de services de santé. A cet effet, elles devaient prendre des dispositions adéquates pour avoir des prestataires de santé en quantité et en qualité, pour améliorer la qualité du plateau technique, à disponibiliser les intrants et à faire bon usage des données disponibles pour une meilleure prise de décision. Des vérifications étaient faites trimestriellement pour apprécier la quantité et la qualité des services offerts au cours du trimestre. Ainsi, les paiements étaient faits sur la base de la performance de la formation sanitaire. Plus la formation sanitaire est performante, plus ses subsides sont élevés. De façon indirecte, les services offerts aux adolescents ont connu une amélioration en termes de qualité.

V. Les Défis

Au-delà des résultats observés tout au long des dernières années, la mise en œuvre des différents plans stratégiques et interventions a fait face à un ensemble de défis. Il s'agit notamment de :

❑ La persistance des facteurs à l'origine des grossesses précoces

Les répondants ont énuméré une pléthore de facteurs à l'origine des grossesses précoces chez les adolescentes, qui se chevauchent. Entre autres, le manque d'information sur la santé sexuelle et reproductive. Les connaissances en matière de sexualité n'ont pas semblé être optimales dans la population des adolescents. Lors des discussions avec ces derniers, la plupart d'entre eux ont limité la sexualité au fait d'avoir des rapports sexuels. C'est ce qui ressort des propos suivants :

"En fait, la sexualité pour moi c'est le fait d'entretenir des rapports sexuels avec son conjoint ou sa conjointe." (Garçon 18-19 ans, Yaoundé, 27 Sept)

"Bon la sexualité, on peut dire, c'est un rapport qui se fait entre un homme et une femme." (Fille 15-17 ans, Colomine, 18 Nov. 2023)

Ceci témoigne d'une faible assimilation de la complexité du concept de sexualité par les adolescents. Les jeunes filles ne sont pas assez informées et éduquées sur les questions de sexualité. La plupart de temps, elles deviennent sexuellement actives sans réellement maîtriser les risques y afférents. Les jeunes en savent très peu sur le fonctionnement de leur corps et sur les comportements à risque. Certaines ne savent même pas contrôler leur cycle menstruel, ni comment utiliser un préservatif. Tout ceci découle du fait que l'éducation sexuelle reste insuffisante au sein des familles, des communautés et des écoles. Il n'y a pas assez de programmes d'éducation complète à la sexualité pour les jeunes, et la couverture géographique des programmes existants est très faible. Les jeunes ne sont donc pas suffisamment informés. En plus le contenu des programmes existants n'est pas toujours adapté au public ciblé parmi les adolescents et les jeunes, afin de s'assurer qu'ils comprennent pleinement les enseignements.

"Ce qui contribue à la persistance des grossesses précoces chez les adolescentes, bon, j'ai donné les insuffisances de l'éducation sexuelle non ? En milieu familial, en milieu communautaire, partout même, ce n'est pas suffisant. Même à l'école, les programmes ne sont pas suffisants... La couverture aussi, les contenus. La couverture et les contenus des composantes d'éducation sexuel il faut qu'on travaille dessus" (UNFPA, Yaoundé, 20 Oct)

"Bon déjà, les jeunes de 11 à 12 ans tombent enceintes tout simplement parce qu'elles ne maîtrisent pas leur cycle, elles ne savent pas compter leur cycle menstruel". (Fille 15-17 ans, Yaoundé, 17 Sept)

Un autre facteur important est la faible communication intergénérationnelle sur la sexualité et le manque d'encadrement parental. Les parents sont pourtant un maillon essentiel de l'écosystème des jeunes, mais peu d'entre eux semblent être impliqués dans la vie sexuelle et reproductive de leurs enfants. Les adolescents craignant généralement d'aborder le sujet avec leurs parents, s'informent de plus en plus par le biais des réseaux sociaux ou auprès de leurs pairs. Et avec le phénomène d'"Influenceur(se)" qui prend de l'ampleur, les jeunes ont tendance à pratiquer du mimétisme, sans pour autant être capable de faire la distinction et le tri des comportements à imiter.

"La première cause je peux même dire c'est l'irresponsabilité des parents, ils ne surveillent pas les mouvements des enfants, ils ne les conseillent pas, ils ne causent pas avec les enfants, il faut causer avec les enfants." (Leader Communautaire, NganHa, 11 Oct)

"Parfois, c'est la honte. Tu ne sais pas comment tu vas, tu peux aborder ta maman et parfois il y a aussi les parents qui sont sévères ; ils peuvent dire que toi, tu as grandi quand, tu as appris ça où ? C'est les 2 choses ci." (Garçon 15-17 ans, NganHa 11 Oct)

D'autres facteurs cités sont : les mariages précoces et autres pratiques culturelles néfastes qui persistent dans certaines localités, la non-scolarisation, la précocité des premiers rapports sexuels, les mauvaises compagnies et le mimétisme, la pauvreté, l'insécurité et l'instabilité dans certaines zones du pays, le lévirat et le sororat, l'alcoolisme et le tabagisme.

❑ Faible appropriation communautaire des interventions de SRA

L'optimisation des effets ou de l'impact de la mise en œuvre des interventions de santé de la reproduction des adolescents passe par l'appropriation effective par la communauté des interventions de la SRA. Les récentes évaluations du plan stratégique SRAJ ont montré une faible implication des acteurs et des bénéficiaires dans tout le processus de mise en œuvre et une faible redevabilité, une faible adhésion des jeunes aux programmes de santé ; une faible appropriation du PSNSAJ chez les acteurs et enfin, une faible implication des leaders communautaires et des parents aux problèmes d'éducation sexuelle des adolescents et jeunes.

❑ Faible extension des USRA

Avec la demande de services de SRA de plus en plus grandissante, la couverture géographique des USRA reste encore faible. Au terme du processus d'évaluation du PSNSAJ 2015-2019, il est ressorti qu'il y a non seulement une très faible extension des USRA dans toutes les régions, mais également, certaines des USRA existantes sont non fonctionnelles. En effet, en 2022 l'on dénombrait 31 unités SRA sur l'ensemble du territoire. Bien que le Ministre de la Santé Publique ait instruit la création des unités SRA dans toutes les formations

sanitaires de la 1^{ère} à la 5^{ème} catégorie, l'opérationnalisation n'est toujours pas effective. D'où la persistance des gaps et les disparités géographiques dans l'offre des services SRA.

Certains prestataires interrogés ont mentionné l'absence d'un espace convivial destiné aux Adolescents et Jeunes dans leurs FOSA. Néanmoins, ceux-ci s'efforcent à offrir des services spécifiques et adaptés aux jeunes filles dans ces FOSA en attendant la création des USRA. Ci-dessous les récits de prestataires dans les régions du Centre et de l'Est :

"Pas de service spécifique, mais c'est général, ils sont considérés comme tout patient. Les jeunes comme les vieux" (Prestataire de Santé, Colomine, 19 Nov. 2023).

"Bon ici dans notre structure nous avons la consultation générale, ça concerne tout le monde, les jeunes, adolescents comme jeunes, comme personnes âgés, on a les services de consultation générale d'abord, nous avons les services de conseil et planification familiale qui concernent les jeunes et beaucoup plus les jeunes filles en âge de procréer. Pour le moment on a encore une limite de, on ne reçoit pas encore les adolescents, mais c'est en vue, on a en train de voir comment créer un service de SRA pour s'occuper des adolescents, parler de la santé sexuelle, afin de l'éducation sexuelle complète des adolescents, il y a tout ça mais ce n'est pas encore vraiment opérationnel." (Prestataire de santé, Yaoundé, 29 sept. 2023)

❑ Indisponibilité fréquente des intrants et équipements dans les structures spécialisées pour les adolescents

Faute de financement, l'indisponibilité des intrants et des équipements dans les structures disposant des services spécialisés pour les adolescents constituent des freins majeurs à la performance de ces structures. L'analyse situationnelle des USRA a révélé l'existence d'un plateau technique pas toujours adéquat, et des ruptures fréquentes des stocks en intrants. Un responsable au MINJEC souligne que le besoin en équipements ne cesse de se faire ressentir au niveau des CMPJ :

"Les CMPJ, nous en avons autant que nous pouvons, bien construits. D'autres sont dans les logements conventionnés. Mais l'infrastructure malgré tout ce qu'on peut faire, n'est pas toujours à la hauteur des besoins et des attentes, ce qui fait qu'il y a un travail à faire... Maintenant, même s'il y a le bâtiment, il n'y pas toujours les équipements nécessaires pour résoudre ces problèmes-là. Donc, il y a toujours un manque ; et même quand vous avez les équipements, 1, 2, 3, 4 ans après, ça s'effrite" (MINJEC, Yaoundé, 17 Oct. 2023).

❑ Faible disponibilité des ressources humaines qualifiées de l'offre de services

Bien que l'on note des avancées dans la formation du personnel, le besoin reste élevé et les prestataires ont de plus en plus besoin de recevoir des formations spécifiques pour la prise en charge des adolescents. Les formations reçus par la plupart des prestataires sont générales à la SR.

“Quand je vous avais parlé de ASCOVIME (Association des Compétences pour une Vie Meilleure) là, il nous a formé d'une manière globale sur de la prise en charge de la femme enceinte, du nouveau-né. ...moi je n'ai pas reçu une formation uniquement pour la prise en charge de santé de reproduction des jeunes et adolescents...” (Prestataire de santé, NganHa, 8Oct. 2023).

“Je pense que la grosse lacune, c'est maintenant au niveau des ressources humaines qui n'ont pas encore été capacité pour apporter des réponses spécifiques aux questions de santé sexuelle et reproductive. Ce sont des choses que nous essayons d'appuyer maintenant en impliquant dans toutes les formations sanitaires, que ce soit sur le VBG que ce soit sur l'hygiène menstruelle, les questions sur les adolescents dans les formations des prestataires. Ça c'est le gros challenge à mon sens qu'il faudra adresser” (UNFPA, Yaoundé, 20 Oct)

❑ Faible niveau de la mobilisation des ressources dédiées à la SRA

La mobilisation des ressources pour la SRMNEA+N de façon générale et en particulier la SRA demeure une préoccupation importante. Le budget de l'Etat pour le financement de la santé demeure très faible par rapport à la déclaration d'Abuja en 2001. Tous les Etats membres de l'Union Africaine se sont engagés à allouer 15% du budget du Gouvernement à la Santé. Au cours des quatre dernières années, le financement alloué à la santé oscille autour de 5% en moyenne par année. Une conséquence en est que certains projets financés par les PTF, ciblant des adolescents ne sont pas pérennes ou durables. Ainsi, les efforts consentis pendant de nombreuses années ne sont pas mis à profit.

La cartographie des ressources SRMNEA+N faite au Cameroun en 2020 et 2021 a montré que le financement des partenaires au développement a augmenté avec le temps. Entre 2018 et 2021, le financement des partenaires techniques et financier est passé de 48,9 milliards de FCFA à 62,4 milliards de FCFA (44). Cependant, l'on note une faible représentativité des Partenaires Techniques et Financiers dans le financement des problèmes de la santé de reproduction des adolescents. La répartition géographique des interventions et des partenaires n'est pas toujours équitable. Cette situation demeure parce qu'il n'existe pas au niveau stratégique un document de plaidoyer propre à la santé de la reproduction des adolescents.

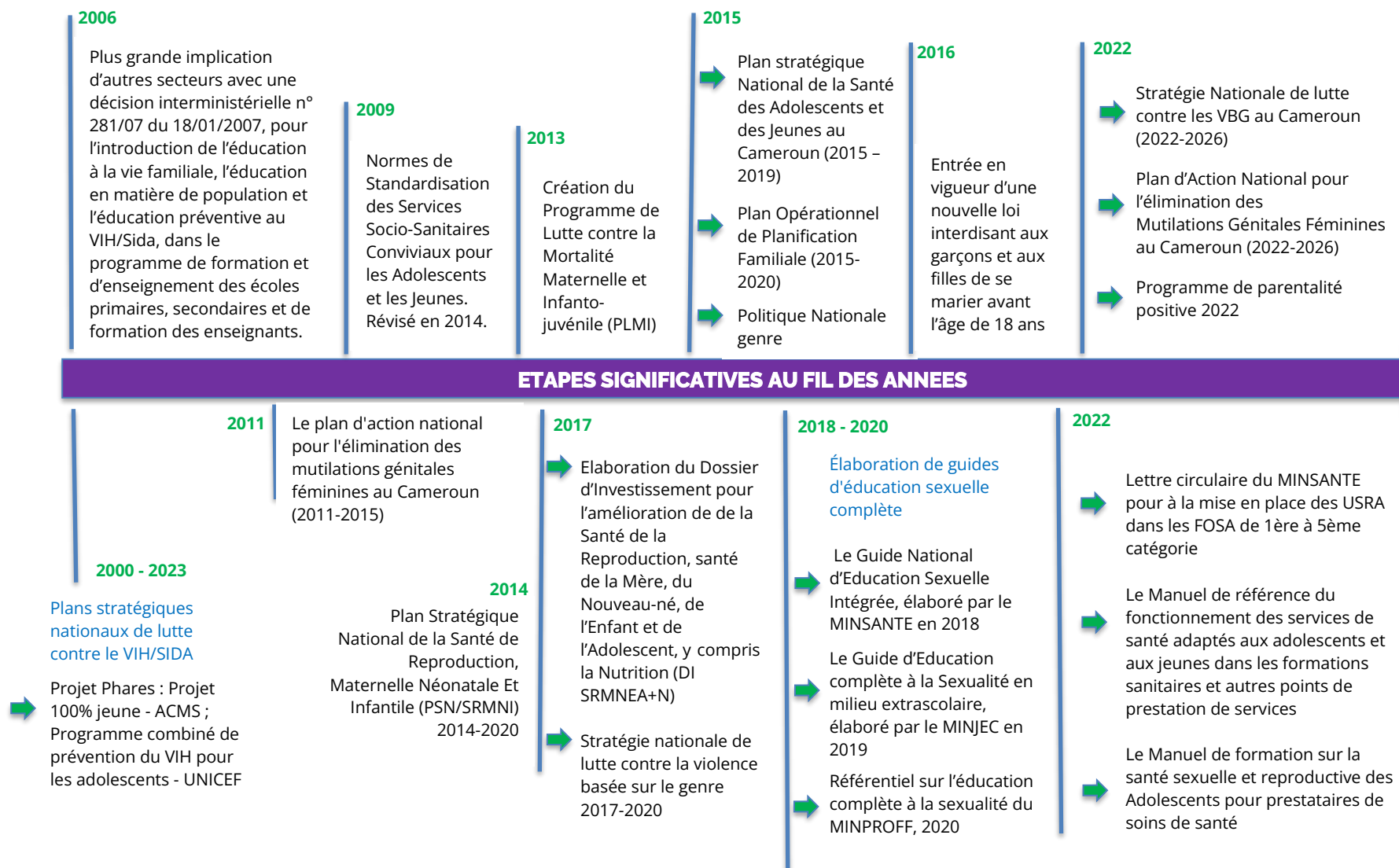
❑ Faible qualité des données relatives à la SRA

Il est important de préciser que ce problème de qualité de données n'est pas spécifique à la santé de la reproduction des adolescents. Il s'agit d'un problème global qui doit être analysé globalement. Il faut que le système soit capable d'utiliser effectivement les données produites par les différents programmes et l'institut national de la statistique pour une meilleure prise de décision.

❑ **Difficultés à capitaliser l'utilisation des réseaux sociaux par les jeunes**

Une niche importante pour l'information et la formation des adolescents/jeunes est l'opportunité qu'offre les réseaux sociaux. Néanmoins, il est important que les initiatives relatives à l'utilisation des réseaux sociaux soient encadrées pour permettre à ces derniers de s'épanouir et non de s'égarer.

VI. ETAPES SIGNIFICATIVES



VII. Conclusions

Le Cameroun a une très riche et longue expérience en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents. L'intégration de la plupart des règles et conventions internationales sur la santé sexuelle et reproductive dans ses documents de politique et stratégie témoigne de l'intérêt du gouvernement sur les questions de santé des adolescents. Le pays n'a cessé d'offrir un cadre politique et réglementaire de promotion de la santé et droits sexuels et reproductifs des jeunes avec l'élaboration de différents plans stratégiques et la mise en œuvre de plusieurs programmes et interventions adaptés aux adolescents et jeunes.

Cependant, il est à souligner que la plupart des plans stratégiques sont obsolètes à ce jour et qu'il y a besoin d'élaborer de nouveaux plans. En outre, les résultats de l'étude menée montrent l'existence au sein de la population adolescente et jeune d'un niveau encore faible de connaissances, d'attitudes et de pratiques favorables à la santé et droits sexuels et reproductifs des jeunes. Il y a besoin de renforcer et d'étendre la mise en œuvre des interventions afin d'assurer l'accessibilité géographique et financière des services à la population des adolescents. Selon les informateurs clés il serait nécessaire de :

- Concevoir des programmes qui prennent en compte "l'agence de la jeunesse"
 - o Les services doivent être adaptés aux besoins et aux préférences des jeunes et des adolescents
 - o Les campagnes de sensibilisation destinées aux adolescents doivent être adaptées aux tranches d'âge de la population des adolescents.
- Renforcer l'approche multisectorielle de la mise en œuvre des programmes
- Identifier les interventions efficaces et faire un plaidoyer pour le passage à l'échelle
- Impliquer les adolescents dans l'organisation des services de santé qui leurs sont adaptés
- Revoir le contenu des composantes de l'éducation sexuelle et adapter les modules au contexte : mettre l'accent sur le cycle menstruel, les fistules, les inconvénients d'une grossesse précoce.
- Concevoir des programmes qui ciblent l'ensemble de l'écosystème de l'adolescent et impliquent tous les secteurs
- Passer de la formation des pairs éducateurs à l'implication des chefs religieux, des chefs traditionnels et des autorités administratives locales dans la mise en œuvre des programmes.
- Assurer la synergie entre toutes les organisations travaillant dans les mêmes localités, en particulier sur les mêmes questions et les mêmes thématiques.

VIII. Recommandations

Au terme de l'exploitation des documents de politique et des stratégies en SRA, de l'analyse des données de source secondaire, et enfin l'exploitation des déclarations des répondants clés, un ensemble de recommandations été formulées.

Tableau 7: Recommandations

Problème	Recommandations	Acteurs de mise de mise œuvre	Délai d'exécution
Faible intervention en matière promotion du conseil et du dépistage en milieu scolaire et extrascolaire	Intensifier les interventions de promotion du conseil et du dépistage en milieu scolaire et extrascolaire, y compris la promotion et l'accessibilité des préservatifs	MINSANTE MINPROFF) MINEDUB MINJEC MINAS MINESUP MINDEVEL Communautés Secteur public Secteur privé et confessionnel	2024
Faible mise en œuvre des activités spécifiques en milieu scolaire dans le cadre de la stratégie sectorielle de l'éducation	Intensifier la mise en œuvre des activités spécifiques en milieu scolaire et extrascolaire dans le cadre de la stratégie sectorielle de l'éducation (Journées d'enseignement sur les IST/VIH/SIDA ; Modules d'éducation à la vie familiale; Programme "Participation et Développement de l'Adolescent"; Caravane "NO sida")	MINSANTE MINESEC MINPROFF) MINEDUB MINJEC MINAS MINESUP	2024

		MINDEVEL Communautés Secteur public Secteur privé et confessionnel	
Faible promotion de la SBC	Intensifier les programmes de communication pour le changement de comportement intégrant les aspects liés au genre à travers l'élaboration, la production et la diffusion des messages adaptés	MINSANTE MINCOM MINJEC MINPROFF MINAS MINESUP OSC PTF	2024
	Renforcer l'intégration des thématiques du VIH, de la santé sexuelle et reproductive, des violences basées sur le genre, des IST dans les curricula de formation du système scolaire, ainsi que dans les curricula des maitres enseignants	MINSANTE MINEDUB MINESEC MINESUP	
Faible prise en compte du handicap dans les approches de formation, d'information et d'éducation des adolescents et jeunes	- Intégrer les questions du handicap dans les documents de formation, d'information et d'éducation des adolescents et jeunes, en milieu scolaire et extrascolaire - Développer et mettre en œuvre une approche d'éducation inclusive à la sexualité, y compris dans les structures en charge de	MINAS MINJEC MINSANTE MINPROFF	2024

	l'encadrement des adolescents et jeunes handicapés		
Faible utilisation des outils technologiques pour la sensibilisation des jeunes	Soutenir l'innovation technologique chez les jeunes en vue d'accroître et de renforcer la communication pour le changement de comportement	MINJEC MINSANTE MINPROFF MINCOM MINAS OBC PTF	2024
Faible implication des associations et plateforme des jeunes dans la mise en œuvre des programmes	Renforcer l'implication des associations et plateforme des jeunes dans la mise en œuvre des programmes	MINJEC MINSANTE MINPROFF MINCOM MINAS OBC PTF	
Faible documentation de la SRAJ	Développer la recherche opérationnelle en SRAJ	MINJEC MINSANTE MINPROFF MINCOM MINAS OBC PTF	

Faible dissémination des documents normatifs en SRAJ à tous les niveaux	Disséminer les documents normatifs en SRAJ à tous les niveaux	MINJEC MINSANTE MINPROFF MINCOM MINAS OBC PTF	
Faible autonomisation des jeunes en milieu extrascolaire	Renforcer l'employabilité pour apporter un appui à l'autonomisation des jeunes	MINJEC MINSANTE MINPROFF MINCOM MINAS OBC PTF	
Faible valeur civique et morale chez les jeunes	Renforcer les valeurs morales et civiques des adolescents et jeunes	MINJEC MINSANTE MINPROFF MINCOM MINAS OBC PTF	
- Faible financement de la PF - Recrudescence des grossesses précoces en milieu scolaire et extrascolaire	- Accroître les financements de la PF - Accroître l'offre des services de PF aux adolescents et jeunes	MINJEC MINSANTE MINPROFF MINCOM MINAS OBC	

		PTF	
Faible utilisation des services de PF par les adolescents et jeunes	Renforcer les stratégies d'information et de mobilisation des adolescents et jeunes pour l'utilisation des services de PF	MINJEC MINSANTE MINPROFF MINCOM MINAS OBC PTF	
Faible fonctionnement des USRA dans les FOSA	Rendre fonctionnels les USRA dans toutes les FOSA de la première à la cinquième catégorie	MINSANTE (DSF)	
Insuffisance d'acteurs former en VBG	Renforcer les capacités de tous les acteurs sur la prise en charge holistique des VBG	MINPROFF MINSANTE	
Faible coordination des interventions en lien avec les VBG	Renforcer la coordination en matière de lutte contre les VBG	Tous les acteurs	
Faible dénonciation des cas de VBG	Encourager la dénonciation des cas de VBG à tous les niveaux Mettre en place un système efficace de dénonciation des cas de VBG Vulgarisation du circuit des survivantes de cas de VBG et autres abus	Tous les acteurs	

Insuffisance des financements alloué à la lutte contre les VBG	Mener un plaidoyer auprès des décideurs, les PTF, CTD (collectivités territoriales) et le secteur privé pour la mobilisation des ressources pour la lutte contre les VBG	Tous les acteurs	
Faible remontée des données SRA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Améliorer le circuit de remonter des données SRA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	FOSA CMPJ CPFF CMS SAS OBC IMS IS	
Insuffisance des ressources financières, humaines et matérielles pour le renforcement de la coordination multisectorielle en SRA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Mobiliser les ressources financières, humaines et matérielles pour le renforcement de la coordination multisectorielle en SRA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	MINSANTE SECTORIELLES OSC	
Insuffisance de formation du personnel à la gestion des données SRMNEA	Renforcer les capacités du personnel sur la gestion des données SRMNEA	CIS/DSF	
	Mettre sur pied un système de documentation		
	Documenter systématiquement les bonnes pratiques en SRA au Cameroun	TOUTES LES PARTIES PRENANTES	

Annexes

Annexe 1 : Approche méthodologique

Type d'étude

L'approche adoptée pour cette étude est une approche mixte qui prend en compte la revue des politiques, une composante qualitative et une composante quantitative.

Pour la **revue des politiques**, une analyse des politiques élaborées en rapport avec la santé sexuelle et reproductive des adolescents a été faite, notamment des politiques jeunesse, les politiques liés à l'éducation, des politiques de planification familiale, des politiques liées à la prévention du VIH/SIDA, les politiques de lutte contre violences sexuelles, les lois sur le mariage d'enfants, et des lois sur la protection de l'enfance ; ainsi que les stratégies déployées et les interventions mises en œuvre pour l'amélioration de la santé reproductive des adolescents.

La **composante qualitative** s'est appesantie sur la collecte des données auprès des informateurs clés (décideurs politiques, responsables de la mise en œuvre des programmes, bailleurs de fonds, leaders traditionnels, jeunes leaders, prestataires de santé, parents d'adolescents), et à travers des discussions de groupe avec des adolescents âgées de 12-19 ans.

La **composante quantitative** a essentiellement consisté en une analyse des données de source secondaire, les données provenant majoritairement de rapports d'enquêtes (EDS, MICS, etc.), des rapports d'évaluation de la mise en œuvre des plans stratégiques, des rapports annuels des structures ou organisations, etc.

Sites d'étude

La recherche qualitative primaire s'est déroulée sur 3 sites : Yaoundé (zone urbaine) dans la région du Centre, Colomine (zone rurale) dans la région de l'Est, et Nganha (zone rurale) dans la région de l'Adamaoua. Les sites d'étude ont été choisis en fonction des taux de fécondité des adolescentes de 15 à 19 ans dans les différentes régions du Centre (30%), de l'Adamaoua (30%) et de l'Est (44%) du Cameroun (13). Nous avons également examiné les différences sociodémographiques en termes de variations religieuses et culturelles, ainsi que les différences d'accès à l'éducation, à l'information et aux services de santé entre les régions du Cameroun.

Population étudiée

Nous avons interrogé un large éventail d'informateurs clés dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs, notamment les décideurs politiques, des responsables de la mise en œuvre des programmes, des prestataires de soins de santé, des parents d'adolescents, des leaders/ambassadeurs jeunes et des leaders communautaires.

Des groupes de discussion ont également été organisées avec des adolescents âgés de 12 à 19 ans répartis en 3 groupes : 12-14 ans, 15-17 ans, et 18-19ans.

Critères de sélection

Entretiens avec des informateurs clés : La sélection des participants a été guidée par une cartographie des parties prenantes. Les informateurs clés répondaient au moins à l'un des critères suivants : avait déjà participé à l'élaboration d'une politique ou à la mise en œuvre d'une stratégie ou intervention en lien avec la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescent(e)s. Seules les personnes ayant donné leur accord pour participer à l'étude ont été interviewées.

Entretiens individuels : Au niveau de la communauté, l'équipe de collecte des données a pris attache soit avec un leader communautaire, soit avec un prestataire de santé, qui l'a aidé à identifier et à engager les autres cibles communautaires. La sélection des personnes à interroger a pris en compte leur implication dans la mise en oeuvre des interventions ou activités en rapport avec ASRHR

Discussions de groupe avec les adolescents : Les participants ont été sélectionnés en collaboration avec les leaders communautaires et les leaders jeunes. Les adolescents ont été subdivisées en 3 tranches d'âge pour former les groupes de discussion : 12-14 ans ; 15-17 ans et 18-19 ans. Le consentement parental a au préalable été obtenu, avant d'inviter les adolescents à participer à l'étude et obtenir d'eux un assentiment pour mineur.

Taille de l'échantillon

Le tableau suivant résume la taille de l'échantillon par cible. Nous avons mené un total de 25 entretiens individuels et de 15 discussions de groupe.

Les objectifs et le nombre d'entretiens avec les informateurs clés ont été définis en collaboration avec la Direction de la santé familiale du MINSANTE, afin de couvrir la principale catégorie de personnes interrogées dans le cadre de l'étude. Sur la base de l'exigence de saturation, la taille de notre échantillon devrait être suffisante pour identifier les facteurs de réussite dans l'amélioration de le SDSRA au Cameroun.

Pour les discussions de groupe, nous avons tenu compte des variations démographiques et socioculturelles des adolescent, en ventilant le nombre d'adolecent(e)s interrogés en

fonction de leur milieu de résidence (urbain et rural), de leur statut scolaire (scolarisé et non scolarisé), de leur âge (12-14 ans, 15-17 ans et 18-19 ans) et de leur sexe (masculin et féminin).

Outils	Cibles	Echantillon	Commentaires
Guides d'entretiens individuel (EI)	Décideurs politiques	5	5 Ministères
	Responsables de programmes et Bailleurs de Fonds	4	2 Organisations de mise en œuvre 2 Bailleurs de fonds
	Jeunes Ambassadeurs	3	1 par site
	Leaders traditionnels	3	1 par site
	Parents des adolescents	6	2 par site (1 homme et une femme)
	Prestataires de santé	4	2 à Yaoundé, 1 à Colomine, 1 à NganHa
Total EI		25	
Guides de discussions de groupe (FGD)	Adolescents de 12-14 ans	3	1 par site, uniquement avec des filles
	Adolescents de 15-17 ans	5	3 à Yaoundé (2 Filles et 1 Garçons), 1 à Colomine (Filles), 1 à NganHa (Filles)
	Adolescents de 18-19 ans	7	3 à Yaoundé (2 Filles et 1 Garçons), 2 à Colomine (1 Filles et 1 Graçons), 1 à NganHa (1 Filles et 1 Graçons),
Total FGD		15	

Procédures de collecte des données

- **Entretiens avec des informateurs clés**

Chaque entretien était conduit par deux enquêteurs formés, l'un menant la discussion et l'autre prenant des notes. Des guides d'entretien semi-structurés adaptés à chaque catégorie de répondants ont été utilisés. Les entretiens se sont déroulés pour la plupart en face à face, dans un lieu et à un moment qui convenaient aux personnes interrogées. Ils étaient menés en français ou en anglais, en fonction de l'aisance de l'informateur clé. Chaque entretien

durait environ 60 à 90 minutes et était enregistré (avec l'autorisation du répondant) à l'aide d'un magnétophone.

Différents guides d'entretien individuel ont été utilisés en fonction des diverses catégories de parties. Une liste illustrative est la suivante : a) Guide d'entretien avec les responsables de la mise en œuvre du programme ASRHR, les décideurs politiques, le personnel gouvernemental et les bailleurs de fonds ASRHR ; b) Guide d'entretien avec les leaders jeunes et les chefs traditionnels ; c) Guide d'entretien avec les prestataires de santé ; d) Guide d'entretien avec les parents d'adolescents. Ces guides d'entretien ont été conçus de manière à comprendre les expériences des parties prenantes en matière de ASRHR, leur connaissance de la politique de ASRHR, leur point de vue sur la manière dont les politiques, les programmes ou d'autres événements ont été mis en œuvre pour obtenir des résultats, leur point de vue sur les engagements financiers en matière de ASRHR, la présence de mécanismes de suivi pour les programmes de ASRHR, l'existence de pratiques culturelles néfastes dans le pays, ainsi que la disponibilité et l'accessibilité de divers services de ASRHR, y compris la contraception et l'avortement.

- **Focus group discussions**

Comme pour les entretiens individuels, chaque FGD était mené par deux enquêteurs formés, l'un dirigeant la discussion et l'autre prenant des notes. Les adolescents étaient rassemblés dans leurs communautés respectives et les discussions se déroulaient en français, en anglais ou en langue locale, en fonction de l'aisance des participants. Les sessions de discussions duraient entre 60 et 90 minutes et étaient enregistrées (avec la permission du répondant) à l'aide d'un magnétophone. Le consentement parental écrit a au préalable été obtenu de chaque parent d'adolescent invité à participer la discussion ; puis un assentiment pour mineur était signé par chaque adolescent avant le début des discussions.

Étant donné que les expériences, les sensibilités et les niveaux de compréhension des adolescents diffèrent considérablement selon l'âge, des questions distinctes ont été posées pour chaque groupe d'âge (12-14 ans, 15-17 ans, 18-19 ans). D'autres considérations pour les groupes de discussion ont été prises en compte :

- Les questions ont été formulées en utilisant un langage adapté à l'âge et en privilégiant la langue dans laquelle ils se sentaient le plus à l'aise. Des traducteurs ont été utilisés dans les cas où les adolescents s'exprimaient mieux en langue locale.
- L'inclusion dans les groupes de discussion des adolescents vulnérables (mariés, non scolarisés, handicapés, etc.)

Les discussions ont couvert leurs expériences d'accès à l'éducation, à la formation et à la participation aux activités économiques ; leur connaissance de l'éducation sexuelle, leurs

perspectives sur les relations entre adolescents, les grossesses précoces, les mariages précoces et les pratiques culturelles néfastes ; leurs expériences des lois, politiques/directives, interventions et prestations de services ASRHR. Les guides de discussions de groupe avec les adolescents de 15-17 ans et 18-19 ans couvrait également les aspects sur l'utilisation des contraceptifs et les services d'avortement par les adolescents.

Gestion et analyse des données

Les données recueillies lors des entretiens individuels et des discussions de groupe ont été transcrites dans un document Word. Une synthèse et une analyse manuelles des données par cible ont ensuite été effectuées, ce qui a permis d'identifier des thèmes et des sous-thèmes émergents.

Annexe 2 : Références bibliographiques

1. Fotso, Médard, René Ndonou, Paul Roger Libité, Martin Tsafack, Roger Wakou, Aboubakar Ghapoutsas, Samuel (1999). *Enquête Démographique et de santé, Cameroun 1998*. Calverton, Maryland, USA : Bureau Central des Recensements et des Études.
2. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. 2020. *Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018*. Yaoundé, Cameroun et Rockville, Maryland, USA : INS et ICF.
3. Institut National de la Statistique. *Annuaire Statistique 2019*.
4. INS, MINEPAT, MINSANTE (2012). *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011*. ICF International, Calverton, Maryland, USA
5. OMS, 2004. *Programmes nationaux de lutte contre le SIDA : guide des indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes nationaux de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes*
6. Loi n°2016-07 du 12 juillet 2016 portant Code pénal. <https://www.droit-afrique.com/uploads/Cameroun-Code-2016-penal1.pdf>
7. CNLS/MINSANTE, 2000. *Plan stratégique National de lutte contre le VIH/Sida, 2000-2005*.
8. CNLS/MINSANTE, 2006. *Plan stratégique National de lutte contre le VIH/Sida, 2006-2010*.
9. CNLS/MINSANTE, 2011. *Plan stratégique National de lutte contre le VIH/Sida, 2011-2015*
10. CNLS/MINSANTE, 2014. *Plan stratégique National de lutte contre le VIH/Sida, 2014-2020*
11. CNLS/MINSANTE, 2018. *Plan stratégique National de lutte contre le VIH/Sida, 2018-2022*
12. CNLS/MINSANTE, 2021. *Plan stratégique National de lutte contre le VIH/Sida, 2021-2023*
13. MINJEC, 2021. *Cadre stratégique National de la Riposte au VIH chez les adolescents et les jeunes, 2021-2023*.
14. MINSANTE, 2014. *Plan Stratégique de la Santé des adolescents et des jeunes au Cameroun (PSNSAJ 2015-2019)*
15. Mossus-Etounou T., Essi MJ., Ache Isseini, et Al. 2016. *Evolution des Programmes Nationaux de Lutte contre l'Infection à VIH et le Sida au Cameroun, de 2000 à 2015*.
16. MINEDUB, 2009. *Plan stratégique de lutte contre le VIH et le SIDA du sous-secteur Education de Base*
17. MINEPAT, 2013. *Document de Stratégie du Secteur de l'Education et de la Formation*
18. MINJEC, 2014. *PSN de Prévention des IST, du VIH et du Sida chez les Adolescents et les Jeunes 2014-2017*
19. CNLS/MINSANTE, 2016. *Rapport annuel 2016 des activités de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST au Cameroun*
20. Loi n° 98/004 de 1998, portant orientation de l'éducation au Cameroun
21. UNESCO, MINSANTE, MINEDUB, MINESEC, 2006. *Curriculum de formation et d'enseignement de l'éducation à la vie familiale, en matière de population et au VIH & SIDA (EVF/EMP/VIH et SIDA), Enseignement Normal (ENIEG / ENIET)*
22. UNESCO, MINSANTE, MINEDUB, MINESEC, 2006. *Curriculum de formation et d'enseignement de l'éducation à la vie familiale, en matière de population et au VIH & SIDA (EVF/EMP/VIH et SIDA), Enseignement Secondaire (Général et technique)*
23. UNESCO, MINSANTE, MINEDUB, MINESEC, 2006. *Guide pédagogique de l'éducation à la vie familiale, en matière de population et au VIH et SIDA (EVF/EMP/VIH et SIDA), Enseignement Primaire*
24. MINSANTE, 2018. *Guide National d'Education Sexuelle Intégrée*.

25. MINJEC, 2019. *Guide d'Education complète à la Sexualité en milieu extrascolaire.*
26. MINPROFF, 2020. *Référentiel sur l'éducation complète à la sexualité.*
27. OMS, UNFPA (2012). *Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement : les faits*
28. MINSANTE, 2014. *Plan Opérationnel de Planification Familiale (2015-2020)*
29. MINSANTE, 2014. *Plan Stratégique National de la Santé de Reproduction, Maternelle Néonatale Et Infantile (PSN/SRMNI), 2014-2020.*
30. MINSANTE, 2017. *Dossier d'Investissement pour l'Amélioration de la Santé de la Reproduction, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune au Cameroun, 2017-2022.*
31. MINSANTE/DSF, 2018. *Normes et Standards en SR/PF au Cameroun.*
32. *Union Africaine, 2003. Protocole de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatifs aux Droits des femmes*
33. MINSANTE, 2009. *Normes de Standardisation des Services Socio-Sanitaires Conviviaux pour les Adolescents et les Jeunes en 2009*
34. MINSANTE, 2014. *Normes et standards des Services Socio-Sanitaires Conviviaux pour les Adolescents et les Jeunes au Cameroun.*
35. MINSANTE, 2022. *Manuel de référence du fonctionnement des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes dans les formations sanitaires et autres points de prestation de services*
36. MINSANTE, 2022. *Manuel de formation sur la santé sexuelle et reproductive des Adolescents pour prestataires de soins de santé*
37. MINSANTE, 2020. *Evaluation du plan stratégique National de la santé des adolescents et des jeunes au Cameroun, 2015-2020*
38. MINSANTE/DSF, 2022. *Rapport d'analyse situationnelle des unités de santé de reproduction des adolescents au Cameroun*
39. *Lettre circulaire du MINSANTE du 8 décembre 2022, relative à la mise en place des unités de santé de reproduction des adolescent(e)s dans les formations sanitaires de 1ère à 5ème catégorie*
40. MINPROFF, 2022. *Stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre au Cameroun (SNLVBG), 2022-2026*
41. MINPROFF, 2022. *Plan d'action national pour l'élimination des mutilations génitales féminines au Cameroun, 2022-2026.*
42. UNICEF, 2022. *Le mariage d'enfants en Afrique de l'Ouest et Centrale : Aperçu statistique et réflexion sur l'élimination de cette pratique*
43. *Cérémonie de lancement de la Campagne nationale de l'union africaine pour mettre fin aux mariages d'enfants, 18 novembre 2016*
44. *Circulaire n° 10/1/562 MINEDUC, ESG/ DETP/DEPM/DEP du 19 janvier 1980 relative à la grossesse des élèves dans les établissements scolaires, publics et privés*

Annexe 3 : Outils de collecte de données

Projet ASHER – Guide d'entretien avec les responsables de mise en œuvre des programmes, les décideurs politiques et les bailleurs de fonds

Introduction

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cet entretien. L'objectif de cette recherche est d'identifier certains des facteurs clés qui ont permis d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA) au Cameroun. Cet entretien vise donc à comprendre votre perception des politiques et programmes de SSRA dans votre communauté et votre pays.

Instruction : Sur une feuille vierge, prendre les informations suivantes : nom du participant, âge, sexe, district, village ou lieu d'habitation, autorité traditionnelle, organisation, poste, niveau d'ancienneté, contacts et date de l'entretien.

Questions :

1. Parlez-nous brièvement de votre rôle actuel en ce qui concerne la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescent(e)s (SDSRA) ou les services de santé adaptés aux jeunes (SSAJ).
2. Pouvez-vous partager vos expériences dans SSAJ/SDSRA ?

Sonder :

- i. Quelles sont vos expériences en matière d'engagement politique, d'approbation des politiques, de législation et de gestion institutionnelle des services de PF/SSR aux niveaux national et infranational ?
 - ii. Pouvez-vous expliquer le rôle du financement aux niveaux international et national dans l'amélioration de l'adoption des services de santé adaptés aux jeunes ? (Budget/allocation des ressources, engagement/priorités de la société civile et des donateurs, engagements financiers nationaux et internationaux, sécurité des produits liés aux SSAJ/SDSRA)
3. Selon vous, quelles politiques et quels programmes ont été les plus importants pour promouvoir l'avancement de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescents (SDSR) au Cameroun au cours des 20 dernières années ?

Sonder :

- i. Quel a été le processus d'adoption de ces politiques ou de mise en œuvre de ces programmes ? Comment le processus de mobilisation/plaidoyer a-t-il fonctionné ? A-t-il été difficile de convaincre le gouvernement de l'importance de ces questions ou y a-t-il eu un large soutien ?

- ii. Y a-t-il eu d'autres événements et interventions influents qui ont façonné le cours (la trajectoire) de la santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA) au Cameroun entre 2000 et 2022 ?
4. Pensez-vous que les politiques/programmes ont été mis en œuvre conformément au plan de mise en œuvre ?

Sonder :

- i. Comment les progrès ont-ils été évalués par rapport aux objectifs de mise en œuvre ?
 - ii. Y a-t-il eu des rapports de retour d'information sur la mise en œuvre ?
 - iii. Quels obstacles ou défis pensez-vous avoir rencontrés lors de la mise en œuvre de ces politiques ? Si vous pouviez recommencer, en quoi la mise en œuvre serait-elle différente ?
 - iv. S'agissait-il d'une mise en œuvre pilote ou à grande échelle ? Existait-il des données probantes qui ont contribué à la conception ou à la mise en œuvre de ces politiques/programmes ?
5. Qui étaient les responsables de la mise en œuvre des politiques/programmes ? D'autres parties prenantes influentes ont-elles participé à la mise en œuvre, telles que les chefs religieux, les chefs communautaires, les bailleurs de fonds/donateurs externes et les représentants officiels du gouvernement ?
6. Quel type de soutien ou d'actions de la part des dirigeants a contribué à la réussite de la mise en œuvre de la politique ou du programme ?
7. Existe-t-il, à votre connaissance, des informations ou des preuves montrant que la politique ou le programme fonctionne ou non dans votre contexte ? Comment diriez-vous que ces politiques ou programmes ont atteint leurs objectifs ?
8. Quels coûts ont été pris en compte lors de la décision de mettre en œuvre la politique ou le programme, et d'où provenaient ces ressources ?

Sonder : Y a-t-il eu des incitations financières ou autres qui ont influencé la décision de mettre en œuvre la politique ou le programme ?

9. Diriez-vous que la conception de ces politiques, programmes et projets a pris en compte l'équité ou l'accès à des ressources équitables, l'intégration de la dimension de genre et la représentation des groupes vulnérables (indépendamment de l'âge, du sexe, de la situation matrimoniale, du statut socio-économique, de la situation géographique, des adolescents scolarisés ou non) ?

Sonder:

- i. Éducation sexuelle complète, services adaptés aux adolescents et adolescentes, politiques relatives à l'âge minimal pour la prestation de services (âge légal pour

l'emploi, autorisations parentales ou du conjoint, handicaps, conditions de mariage, etc.)

- ii. De quelle manière ces considérations spécifiques ont-elles été prises en compte ?

10. Disposez-vous actuellement d'une infrastructure ou de mécanismes spécifiques pour contrôler et évaluer les performances des programmes et interventions de la SSSRJ ou de la SRSRA ?

Sonder :

- i. Utilisation de données probantes dans la prise de décision, par exemple, utilisation des données sur les ruptures de stock
 - ii. Suivi basé sur les performances ou contrats ou supervision ou accréditation et suivi des partenaires et travailleurs de la santé impliqués dans la SSSRJ.
 - iii. Systèmes de réglementation des mécanismes de prestation de services de santé sexuelle et reproductive du secteur privé, y compris l'accréditation.
 - iv. Engagement des parties prenantes et établissement de rapports
 - v. Utilisation d'outils de suivi et d'un tableau de bord spécifique au pays, et plaidoyer en faveur du SSRDA ou de la SSSRJ
 - vi. Indicateurs ou mesures spécifiques pour suivre les progrès du Cameroun en matière de DSSA
11. Comment les ressources sont-elles allouées pour traiter le DSSA (par exemple, de quelles parties des gouvernements nationaux ou sous-nationaux, des ministères de la santé ou d'autres ministères ; financement national ou par des donateurs, etc.)
12. Selon vous, existe-t-il des efforts de collaboration entre la santé et d'autres secteurs (travail, éducation, jeunesse, finances, religion) pour faire progresser la santé sexuelle et reproductive des adolescents ? Si oui, comment ?
13. Quel rôle les médias ont-ils joué pour influencer les connaissances et initier un changement de comportement social lié à la SDSRA/SSAJ?
14. Existe-t-il des pratiques culturelles, des cérémonies d'initiation ou des croyances religieuses qui constituent une menace pour la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescents au Cameroun ?

Sonder :

- i. En quoi consistent les pratiques culturelles ou les cérémonies d'initiation ?
- ii. Que fait-on pour limiter ces pratiques/cérémonies ?
- iii. Quelles politiques ont été développées ?

- iv. Comment ces croyances culturelles ou religieuses ont-elles affecté la connaissance qu'ont les adolescents de leur santé et de leurs droits sexuels et reproductifs ?
 - v. Ont-elles changé au cours des 20 dernières années ? si oui, comment ?
15. Quels sont les facteurs qui contribuent aux grossesses chez les adolescentes dans cette communauté ou dans les communautés dans lesquelles vous travaillez ?

Sonder :

- i. Que fait-on pour gérer et réduire ces grossesses ?
 - ii. L'utilisation des services de contraception est-elle encouragée pour les adolescents ?
 - Si oui, comment cela a-t-il contribué à la réduction des grossesses chez les adolescentes ?
 - Si non, pourquoi n'est-elle pas encouragée ?
 - iii. Quels sont, selon vous, les facteurs les plus importants qui ont contribué à la réduction des grossesses chez les adolescentes au Cameroun ?
 - iv. Que pensez-vous de la gestion des grossesses non désirées chez les adolescentes au Cameroun ?
 - v. Que pensez-vous de la prise en charge des grossesses non désirées chez les adolescentes ?
16. Existe-t-il des obstacles à l'accès des adolescents aux services de santé sexuelle et reproductive au sein de votre communauté ?

Sonder les facteurs socioculturels, religieux, économiques, physiques, le consentement des parents/tuteurs, la capacité des prestataires de services.

17. Si vous deviez à nouveau concevoir et mettre en œuvre des programmes et des politiques pour l'SSRDA, que feriez-vous différemment ?

Sondez :

- i. Que proposeriez-vous pour répondre de manière adéquate aux besoins des adolescents en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs ?
- ii. Quels éléments de la politique/du programme conserveriez-vous ?
- iii. Quels éléments modifieriez-vous ?

Projet ASHER – Guide d'entretien avec les Jeunes Leaders/Ambassadeurs et les Leaders Traditionnels

Titre de l'étude : ***Identifier les facteurs de succès dans l'amélioration de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescents au Cameroun***

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cet entretien. L'objectif de cette recherche est d'identifier certains des facteurs clés qui ont permis d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA) au Cameroun. Cet entretien vise donc à comprendre votre perception des politiques et programmes de SSRA dans votre communauté et votre pays.

Instruction : Sur une feuille vierge, prendre les informations suivantes : nom du participant, âge, sexe, district, village ou lieu d'habitation, organisation, poste, niveau d'ancienneté, contacts et date de l'entretien.

Questions

1. Parlez-nous brièvement de votre rôle actuel en ce qui concerne la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescent(e)s (SDSRA) ou les services de santé adaptés aux jeunes (SSAJ).
2. Selon vous, quels sont les événements et interventions (programmes, projets) influents qui ont façonné la trajectoire de la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s (SSRA) au Cameroun entre 2000 et aujourd'hui ?

Sonder : Prière de les décrire brièvement.

3. Quelles sont les politiques en matière de SDSRA qui ont été utilisées au Cameroun entre 2000 et aujourd'hui que vous connaissez ?

Sonder :

- i. Prière de lister ou de décrire certaines de ces politiques.
 - ii. Selon vous, lesquelles de ces politiques ont favorisé l'avancement de la SDSRA au Cameroun ?
 - iii. Selon vous, comment ces politiques ont atteint leurs objectifs ?
 - iv. Selon vous, quels obstacles ou défis ont été rencontrés lors de la mise en œuvre de ces politiques ?
4. Diriez-vous que la conception de ces politiques, programmes et projets a tenu compte de l'équité ou de l'accès à des ressources équitables, de l'intégration des dimensions de genre et de la représentation des groupes vulnérables (peu importe l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le statut socioéconomique) ?

Sonder : Education complète à la sexualité, services adaptés aux jeunes spécifiques aux adolescent(e)s, politiques relatives à l'âge minimum pour la prestation de services, autorisations parentales ou conjugales, handicaps, conditions de mariage, etc

5. Quels sont les autres secteurs qui travaillent en collaboration avec le secteur de la santé pour faire progresser à la SSRA au Cameroun ?

Sonder :

- i. Secteurs du travail/ressources financières, de l'éducation, de la jeunesse, religieux, etc.
 - ii. Décrivez brièvement la nature de la collaboration entre ces secteurs et le secteur de la santé
6. Lequel/lesquels de(s) programme(s) que vous mettez en œuvre ou financez actuellement, ou dont vous avez connaissance, vise(nt) à améliorer la SDSRA ?

Sonder :

- i. Comment ces programmes sont-ils mis en œuvre (Insister sur le type d'acteurs/activités : Prestataires de santé sexuelle et reproductive formés ; pairs éducateurs ; santé mobile ; autres) ?
 - ii. Quels groupes d'adolescents ces programmes ciblent-ils ?
 - iii. Pensez-vous que le programme ou l'activité prend en compte ou a pris en compte l'équité ou l'accès à des ressources équitables, l'intégration des dimensions de genre et la représentation des groupes vulnérables (indépendamment de l'âge, du sexe, de la situation matrimoniale, du statut socio-économique) ?
 - iv. Quels sont les résultats obtenus depuis le début de ces programmes ?
 - v. Demander au participant de partager les documents relatifs au programme si possible
7. Comment surveillez-vous ou évaluez-vous la performance de ces programmes et initiatives de SDSRA/SSAJ ?
8. Selon vous, quels rôles les médias de masse ont-ils joué pour influencer les connaissances et amorcer un changement social et de comportement lié à la SDSRA/SSAJ?
9. Quelles sont les pratiques culturelles, les cérémonies d'initiation ou les croyances religieuses qui constituent une menace pour la SDSRA dans votre communauté ou les communautés dans lesquelles vous travaillez ?

Sonder :

- i. En quoi consistent ces pratiques culturelles ou cérémonies d'initiation ?
- ii. Quel rôle avez-vous joué dans la lutte contre ces pratiques, cérémonies ou croyances religieuses ?

- iii. Comment ces croyances culturelles ou religieuses ont-elles affecté les connaissances des adolescents sur leur santé sexuelle et reproductive ?
 - iv. Comment ces croyances ont-elles changé, le cas échéant, au cours des 20 dernières années ?
10. Quels facteurs contribuent aux grossesses chez les adolescentes dans cette communauté ou dans les communautés où vous travaillez ?

Sonder :

- i. Que fait-on pour gérer ou réduire ces grossesses ?
 - ii. La communauté encourage-t-elle les adolescents à utiliser les services de contraception ?
 - Si oui, comment cela a-t-il contribué à la réduction des grossesses chez les adolescentes ?
 - Si non, pourquoi l'utilisation des services de contraception n'est-elle pas encouragée ?
11. Que pensez-vous de la manière dont les grossesses non désirées chez les adolescentes sont gérées au Cameroun ?

Sonder :

- i. Que peut-on faire pour prévenir l'avortement chez les adolescentes dans votre communauté et au Cameroun ?
 - ii. Que peut-on faire pour gérer l'avortement chez les adolescentes dans votre communauté et au Cameroun ?
 - iii. Comment les politiques en matière d'avortement ont-elles contribué à la SDSRA, à la prévention ou à la gestion de l'avortement dans votre communauté ?
12. Quels sont les obstacles ou les défis, le cas échéant, auxquels les adolescents sont confrontés pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive au sein de votre communauté/des communautés dans lesquelles vous travaillez ?

Sonder les facteurs socioculturels, religieux, économiques, physiques, le consentement des parents ou des tuteurs, la capacité des prestataires de services.

13. S'il faut à nouveau concevoir et mettre en œuvre des programmes et des politiques en matière de SDSRA, que suggèreriez-vous de faire différemment ?

Sonder :

- i. Que proposeriez-vous pour répondre de manière adéquate aux besoins des adolescents en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs ?
- ii. Quels éléments de la politique/du programme pensez-vous qu'il faudrait conserver ?
- iii. Quels éléments de la politique/du programme pensez-vous qu'il faudrait modifier ?

Projet ASHER – Guide d'entretien avec les parents des adolescents

Titre de l'étude : ***Identifier les facteurs de succès dans l'amélioration de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescents au Cameroun***

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cet entretien. L'objectif de cette recherche est d'identifier certains des facteurs clés qui ont permis d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA) au Cameroun. Cet entretien vise donc à comprendre votre perception des politiques et programmes de SSRA dans votre communauté et votre pays.

Instruction : Sur une feuille vierge, prendre les informations suivantes : nom du participant, âge, sexe, district, village ou lieu d'habitation, autorité traditionnelle, Nombre d'années dans la communauté, contacts et date de l'entretien.

Questions:

1. Combien d'enfants adolescents de 10 à 19 ans avez-vous ?
Sonder sur le sexe, l'âge, la scolarisation/déscolarisation, statut matrimonial, handicapés, etc.
2. Pouvez-vous lister ou décrire quelques politiques ou actions du gouvernement en rapport avec la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescents (SDSRA) au Cameroun qui ont été appliquées ou mise en œuvre entre 2000 et 2022 ?
Sonder :
 - i. Selon vous, de quelle manière ces politiques ont-elles contribué à l'avancement de la SDSRA dans votre communauté ?
 - ii. Selon vous, comment ces politiques ont-elles affecté la vie des adolescents dans votre communauté ?
3. Avez-vous connaissance d'activités ou événements ou interventions influents qui ont favorisé l'évolution de la SDSRA au Cameroun entre 2000 et aujourd'hui ?
Sonder pour une description plus détaillée.
4. Quels sont, le cas échéant, certains des programmes ou activités spécifiques dont vous savez qu'ils sont actuellement ou ont été mis en œuvre dans votre communauté ou d'autres communautés au Cameroun et qui visent à améliorer la SDSRA ?
Sonder :
 - i. Comment ces programmes ou activités sont-ils/ont-ils été mis en œuvre (Insister sur le type d'acteurs/activités : Prestataires de santé sexuelle et reproductive formés ; pairs éducateurs ; santé mobile ; autres.)
 - ii. Quels groupes d'adolescents ces programmes ou activités ciblent-ils ?
 - iii. Pensez-vous que le programme ou l'activité prend en compte ou a pris en compte l'équité ou l'accès à des ressources équitables, l'intégration des

dimensions de genre et la représentation des groupes vulnérables (indépendamment de l'âge, du sexe, de la situation matrimoniale, du statut socio-économique) ?

- iv. Quels sont les changements survenus grâce à ces programmes ou activités ?
- 5. Comment, le cas échéant, discutez-vous de la santé et des droits sexuels et reproductifs avec vos enfants à la maison ?

Sonder

- i. Quel est le mode de regroupement (par sexe, par âge), la fréquence (occasionnelle ou régulière), l'environnement (intérieur/extérieur), etc.
- ii. Si ne discute pas de SDSRA avec ses enfants, pourquoi ?
- 6. D'après votre expérience en tant que parent, quels sont les endroits où les enfants peuvent s'informer sur la SDSRA ?

Sonder :

- i. A la maison, l'école, à l'église ou mosquée, dans les groupes/clubs sociaux/communautaires, etc.
- ii. Les parents de votre communauté sont-ils souvent impliqués dans ces discussions avec les adolescents ?
- 7. Selon vous, quel rôle les médias de masse ont-ils joué ou jouent-ils pour influencer les connaissances et inciter un changement social et de comportement en rapport avec la SDSRA dans votre communauté ?
- 8. Quelles sont les pratiques culturelles, les cérémonies d'initiation ou les croyances religieuses qui constituent une menace pour la SDSRA dans votre communauté ou dans d'autres communautés que vous connaissez au Cameroun ?

Sonder :

- i. En quoi consistent ces pratiques culturelles ou cérémonies d'initiation ?
- ii. Quel rôle avez-vous joué dans la lutte contre ces pratiques, cérémonies ou croyances religieuses ?
- iii. Comment ces croyances culturelles ou religieuses ont-elles affecté les connaissances des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive ?
- iv. Ces croyances ont-elles changé au cours des 20 dernières années ?
- 9. Quels sont les facteurs qui contribuent aux grossesses chez les adolescentes dans votre communauté ou dans d'autres communautés que vous connaissez ?

Sonder :

- i. Que fait-on pour gérer ou réduire ces grossesses ?
- ii. La communauté encourage-t-elle les adolescents à utiliser les services de contraception ?

- Si oui, comment cela a-t-il contribué à la réduction des grossesses chez les adolescentes ?
- Si non, pourquoi l'utilisation des services de contraception n'est-elle pas encouragée ?

10. Que pouvez-vous dire sur l'avortement chez les adolescentes au sein de votre communauté ?

Sonder :

- Que peut-on faire pour prévenir l'avortement chez les adolescentes dans votre communauté et au Cameroun ?
- Que peut-on faire pour gérer l'avortement chez les adolescentes dans votre communauté et au Cameroun ?
- Comment les politiques en matière d'avortement ont-elles contribué à la SDSRA, à la prévention ou à la gestion de l'avortement dans votre communauté ?

11. Quels sont les obstacles ou les défis, le cas échéant, auxquels les adolescents sont confrontés pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive au sein de votre communauté ?

Sonder les facteurs socioculturels, religieux, économiques, physiques, consentement des parents/tuteurs, la capacité des prestataires de services.

12. S'il faut à nouveau concevoir et mettre en œuvre des programmes et des politiques en matière de SDSRA, que suggèreriez-vous de faire différemment ?

Sondez :

- Que proposeriez-vous pour répondre de manière adéquate aux besoins des adolescents en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs ?
- Quels éléments de la politique/du programme pensez-vous qu'il faudrait conserver ?
- Quels éléments de la politique/du programme pensez-vous qu'il faudrait modifier ?

C'était la dernière question, nous vous remercions pour votre participation. Si vous avez d'autres idées ou questions que vous considérez comme importantes, vous pouvez les partager !

Projet ASHER – Guide d'entretien avec les parents des adolescents

Titre de l'étude : ***Identifier les facteurs de succès dans l'amélioration de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescents au Cameroun***

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cet entretien. L'objectif de cette recherche est d'identifier certains des facteurs clés qui ont permis d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA) au Cameroun. Cet entretien vise donc à comprendre votre perception des politiques et programmes de SSRA dans votre communauté et votre pays.

Instruction : Sur une feuille vierge, prendre les informations suivantes : nom du participant, âge, sexe, district, village ou lieu d'habitation, autorité traditionnelle, Nombre d'années dans la communauté, contacts et date de l'entretien.

Questions:

1. Combien d'enfants adolescents de 10 à 19 ans avez-vous ?
Sonder sur le sexe, l'âge, la scolarisation/déscolarisation, statut matrimonial, handicapés, etc.
2. Pouvez-vous lister ou décrire quelques politiques ou actions du gouvernement en rapport avec la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescents (SDSRA) au Cameroun qui ont été appliquées ou mise en œuvre entre 2000 et 2022 ?
Sonder :
 - iii. Selon vous, de quelle manière ces politiques ont-elles contribué à l'avancement de la SDSRA dans votre communauté ?
 - iv. Selon vous, comment ces politiques ont-elles affecté la vie des adolescents dans votre communauté ?
3. Avez-vous connaissance d'activités ou événements ou interventions influents qui ont favorisé l'évolution de la SDSRA au Cameroun entre 2000 et aujourd'hui ?
Sonder pour une description plus détaillée.
4. Quels sont, le cas échéant, certains des programmes ou activités spécifiques dont vous savez qu'ils sont actuellement ou ont été mis en œuvre dans votre communauté ou d'autres communautés au Cameroun et qui visent à améliorer la SDSRA ?
Sonder :
 - v. Comment ces programmes ou activités sont-ils/ont-ils été mis en œuvre (Insister sur le type d'acteurs/activités : Prestataires de santé sexuelle et reproductive formés ; pairs éducateurs ; santé mobile ; autres.)
 - vi. Quels groupes d'adolescents ces programmes ou activités ciblent-ils ?
 - vii. Pensez-vous que le programme ou l'activité prend en compte ou a pris en compte l'équité ou l'accès à des ressources équitables, l'intégration des

dimensions de genre et la représentation des groupes vulnérables (indépendamment de l'âge, du sexe, de la situation matrimoniale, du statut socio-économique) ?

- viii. Quels sont les changements survenus grâce à ces programmes ou activités ?
5. Comment, le cas échéant, discutez-vous de la santé et des droits sexuels et reproductifs avec vos enfants à la maison ?

Sonder

- i. Quel est le mode de regroupement (par sexe, par âge), la fréquence (occasionnelle ou régulière), l'environnement (intérieur/extérieur), etc.
- ii. Si ne discute pas de SDSRA avec ses enfants, pourquoi ?
6. D'après votre expérience en tant que parent, quels sont les endroits où les enfants peuvent s'informer sur la SDSRA ?

Sonder :

- i. A la maison, l'école, à l'église ou mosquée, dans les groupes/clubs sociaux/communautaires, etc.
- ii. Les parents de votre communauté sont-ils souvent impliqués dans ces discussions avec les adolescents ?
7. Selon vous, quel rôle les médias de masse ont-ils joué ou jouent-ils pour influencer les connaissances et inciter un changement social et de comportement en rapport avec la SDSRA dans votre communauté ?
8. Quelles sont les pratiques culturelles, les cérémonies d'initiation ou les croyances religieuses qui constituent une menace pour la SDSRA dans votre communauté ou dans d'autres communautés que vous connaissez au Cameroun ?

Sonder :

- v. En quoi consistent ces pratiques culturelles ou cérémonies d'initiation ?
- vi. Quel rôle avez-vous joué dans la lutte contre ces pratiques, cérémonies ou croyances religieuses ?
- vii. Comment ces croyances culturelles ou religieuses ont-elles affecté les connaissances des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive ?
- viii. Ces croyances ont-elles changé au cours des 20 dernières années ?
9. Quels sont les facteurs qui contribuent aux grossesses chez les adolescentes dans votre communauté ou dans d'autres communautés que vous connaissez ?

Sonder :

- iii. Que fait-on pour gérer ou réduire ces grossesses ?
- iv. La communauté encourage-t-elle les adolescents à utiliser les services de contraception ?

- Si oui, comment cela a-t-il contribué à la réduction des grossesses chez les adolescentes ?
- Si non, pourquoi l'utilisation des services de contraception n'est-elle pas encouragée ?

10. Que pouvez-vous dire sur l'avortement chez les adolescentes au sein de votre communauté ?

Sonder :

- Que peut-on faire pour prévenir l'avortement chez les adolescentes dans votre communauté et au Cameroun ?
- Que peut-on faire pour gérer l'avortement chez les adolescentes dans votre communauté et au Cameroun ?
- Comment les politiques en matière d'avortement ont-elles contribué à la SDSRA, à la prévention ou à la gestion de l'avortement dans votre communauté ?

11. Quels sont les obstacles ou les défis, le cas échéant, auxquels les adolescents sont confrontés pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive au sein de votre communauté ?

Sonder les facteurs socioculturels, religieux, économiques, physiques, consentement des parents/tuteurs, la capacité des prestataires de services.

12. S'il faut à nouveau concevoir et mettre en œuvre des programmes et des politiques en matière de SDSRA, que suggèreriez-vous de faire différemment ?

Sondez :

- Que proposeriez-vous pour répondre de manière adéquate aux besoins des adolescents en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs ?
- Quels éléments de la politique/du programme pensez-vous qu'il faudrait conserver ?
- Quels éléments de la politique/du programme pensez-vous qu'il faudrait modifier ?

C'était la dernière question, nous vous remercions pour votre participation. Si vous avez d'autres idées ou questions que vous considérez comme importantes, vous pouvez les partager !

Guides d'entretien de groupe avec les adolescents âgés de 12 – 14 ans

Titre de l'étude : **Identifier les facteurs de succès dans l'amélioration de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescents au Cameroun.**

Instruction : Sur une feuille vierge, prendre les informations suivantes : District, Village/lieu, Autorité traditionnelle, Date du FGD, Heure de début et de fin, noms des participants, Ages des participants, Sexes des participants et Statut de scolarisation des participants / niveau d'éducation le plus élevé

Préambule :

Nous allons vous raconter l'histoire de deux filles. Nous avons divisé l'histoire en plusieurs parties. Après vous en avoir raconté une partie, nous en discuterons. Puis, nous vous raconterons la suite de l'histoire et discuterons de certains aspects de cette partie et ainsi de suite. Nous voulons savoir ce qui se passerait si ces filles vivaient dans cette communauté. Veuillez écouter attentivement. **Nous allons répéter deux fois chaque partie de l'histoire, puis nous poserons des questions pour en discuter.**

Brenda/Malaika est une jeune fille de 13 ans du village de Doga. Elle est la seule fille d'une famille de trois garçons. Elle est au cours moyen II à l'école primaire de Theu. Lorsqu'elle se réveille le matin, la mère de Brenda/Malaika lui demande de balayer, d'aller chercher de l'eau et de préparer le petit-déjeuner pendant que ses frères coupent du bois. Lorsqu'elle rentre de l'école, Brenda/Malaika va jouer avec ses amis et doit être de retour à la maison à 17h pour aider sa mère à la cuisine. Ses frères sont autorisés à rentrer à la maison à 19h. Brenda/Malaika aime jouer avec son meilleur ami Joseph/Youssof, mais sa mère l'a mise en garde contre le fait de passer trop de temps avec lui. Cependant, cela n'a commencé que depuis que Brenda/Malaika a eu ses premières règles, il y a 6 mois. Brenda/Malaika a remarqué que les filles de son âge sont également mises en garde contre le fait de jouer avec des garçons.

Questions :

- 1) Selon vous, pourquoi Brenda/Malaika et ses frères sont traités différemment ?
- 2) Selon vous, pourquoi Brenda/Malaika n'est pas autorisée à jouer jusqu'à 19 heures comme ses frères ?
- 3) Selon vous, pourquoi Brenda/Malaika est mise en garde contre le fait de jouer avec Joseph/Youssof ?
- 4) Cela se produit-il dans votre communauté ? Racontez-nous ce qui se passe.

Brenda/Malaika a une amie, Clara/Fatima, qui a également 13 ans et qui a eu ses premières règles il y a trois mois. Bien que les amies de Brenda/Malaika soient mises en garde contre les jeux avec les garçons, son amie Clara/Fatima continue de jouer avec un garçon appelé

David/Daouda. David/Daouda a demandé à Clara/Fatima d'être sa petite amie et Clara/Fatima a accepté. Clara/Fatima tente de convaincre Brenda/Malaika que les petits amis achètent des cadeaux (bonbons, biscuits, etc.), et qu'ils aident aussi à aller chercher de l'eau et à faire les devoirs. Brenda/Malaika se laisse convaincre et entame une relation avec l'un des amis de David/Daouda, James/Issa. David/Daouda et James/Issa ont 15 ans et sont dans une classe supérieure à celle de Brenda/Malaika et Clara/Fatima. David/Daouda et James/Issa viennent d'apprendre ce qu'est la sexualité et en parlent tous deux à Brenda/Malaika et Clara/Fatima. David/Daouda dit à Clara/Fatima que s'il n'a pas de relations sexuelles avec elle, il ne lui achètera plus de cadeaux (bonbons, biscuits, etc.). Lorsque James/Issa parle de sexualité à Brenda/Malaika, celle-ci va voir son enseignant pour en savoir plus.

Questions :

- 5) Pour quelles autres raisons pensez-vous que les personnes de l'âge de Brenda/Malaika et de Clara/Fatima auraient un petit ami ?

Sonder : pression des amis, pression de la famille, pauvreté

- 6) En dehors de ses amis comme David/Daouda et James/Issa et de ses enseignants, où Brenda/Malaika peut-elle obtenir des informations sur la sexualité ?

- 7) Dans votre communauté, quels sont les endroits où vous pouvez obtenir des informations sur la sexualité ? Ou quelles sont les personnes avec qui vous pouvez parler de sexualité ?

Sonder : Où est-ce que les garçons obtiennent-ils des informations sur la sexualité ? Où est-ce que les filles obtiennent-elles des informations sur la sexualité ?

Après avoir parlé à son enseignant, Brenda/Malaika dit à James/Issa qu'elle n'est pas prête à avoir des relations sexuelles parce qu'elle pourrait tomber enceinte. James/Issa ne la force pas parce qu'il n'est pas non plus prêt à être père, mais il dit à Brenda/Malaika qu'il y a des moyens d'éviter une grossesse. Ensemble, ils décident de se rendre à la clinique locale pour en savoir plus. À l'hôpital, une infirmière leur explique les différents moyens d'éviter une grossesse et les différentes infections sexuellement transmissibles (IST).

Questions :

- 8) Pensez-vous que les autres filles et garçons de l'âge de Brenda/Malaika et James/Issa sont libres de décider quand ils veulent avoir des relations sexuelles ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
- 9) Que pensez-vous du fait que Brenda/Malaika et James/Issa se rendent à la clinique pour savoir comment ils peuvent éviter une grossesse ?
- 10) Selon vous, quels sont les moyens qui peuvent être utilisés pour éviter une grossesse ? Comment avez-vous découvert ces moyens d'éviter une grossesse ?

- 11) Selon vous quelles sont les infections sexuellement transmissibles (IST) auxquelles Brenda/Malaika et James/Issa pourraient être exposés ? Décrivez-les.
- 12) Pensez-vous que les adolescents de votre âge peuvent également obtenir ces informations à l'hôpital situé dans leurs localités ? Pourquoi ?

Brenda/Malaika raconte à Clara/Fatima sa visite à la clinique. Clara/Fatima décide de se faire prescrire l'une des méthodes qui permet d'éviter la grossesse. Lorsqu'elle se rend à l'hôpital, une infirmière refuse de lui fournir la méthode qu'elle a demandée parce qu'elle est trop jeune et lui demande de revenir à l'hôpital avec ses parents.

Questions :

- 13) Pourquoi pensez-vous que l'infirmière a refusé à Clara/Fatima l'accès à une méthode qui lui permettra d'éviter une grossesse ?
- 14) Si David/Daouda était celui qui s'était rendu à la clinique pour demander une méthode pour éviter une grossesse, pensez-vous qu'il aurait été traité différemment ? Si oui, pourquoi ?
- 15) Connaissez-vous une personne de votre âge dans la communauté qui a essayé d'obtenir une méthode pour éviter une grossesse ?
 - i) Si oui, le service demandé lui a-t-il été fourni ? Quels sont les services qui lui ont été fournis
 - ii) Si le service leur a été refusé, pourquoi ?
- 16) Quels sont les autres lieux au sein de votre communauté où les jeunes peuvent obtenir ces services qui leur permet d'éviter une grossesse ?

Clara/Fatima ne retourne pas à la clinique avec ses parents. Cependant, elle a des relations sexuelles avec David/Daouda. Plus tard dans le mois, elle dit à David/Daouda qu'elle n'a pas eu ses règles. David/Daouda explique que cela n'arrive que lorsqu'une personne soit enceinte. Clara/Fatima a peur d'en parler à qui que ce soit, mais sa mère remarque qu'elle a des changements corporels. Lorsque les parents de Clara/Fatima se rendent compte qu'elle est enceinte, ils la forcent à épouser David/Daouda.

Questions :

- 17) Pensez-vous que la grossesse peut affecter David/Daouda d'une manière ou d'une autre ? Si oui, comment ?
- 18) Comment pensez-vous que la grossesse peut affecter Clara/Fatima ?
- 19) Quels sont les risques auxquels Clara/Fatima est susceptible d'être confrontée en raison de sa grossesse ?
- 20) Des cas, comme celui de Clara/Fatima et David/Daouda, ont-ils lieu dans votre communauté ? Si oui, Racontez-nous.
- 21) Pensez-vous que Clara/Fatima et David/Daouda ont eu raison de se marier ?

- i) Si oui, pourquoi ?
 - ii) Si non, qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment ?
- 22) Selon vous, comment David/Daouda et Clara/Fatima auraient-ils dû gérer la grossesse ?
- 23) Quelles sont les pratiques culturelles liées à la sexualité qui existent dans votre communauté et qui affectent les jeunes (pratiques néfastes telles que l'initiation, mutilations génitales féminines, etc.)

Note : Maintenant que vous avez entendu les histoires de Brenda/Malaika et de Clara/Fatima, nous aimerions savoir ce que vous en pensez. [**Rappeler brièvement les caractéristiques ou le comportement de chacune des personnes de l'histoire, puis poser les questions suivantes**]

Questions :

- 24) Que pensez-vous des filles comme Brenda/Malaika ?
- 25) Que pensez-vous des filles comme Clara/Fatima ?
- 26) Que pensez-vous des garçons comme David/Daouda ?
- 27) Que pensez-vous des garçons comme James/Issa/ ?
- 28) Selon vous, comment les parents peuvent apporter un meilleur soutien à des filles comme Brenda/Malaika et Clara/Fatima ?
- 29) Selon vous, comment les enseignants peuvent apporter un meilleur soutien à des filles comme Brenda/Malaika et Clara/Fatima ?
- 30) Selon vous, comment les membres et les leaders communautaires peuvent apporter un meilleur soutien à des filles comme Brenda/Malaika et Clara/Fatima ?
- 31) Selon vous, comment les prestataires de santé peuvent apporter un meilleur soutien à des filles comme Brenda/Malaika et Clara/Fatima ?
- 32) D'après vous, auprès de qui d'autre les filles comme Brenda/Malaika et Clara/Fatima peuvent-elles trouver du soutien ?

C'était la dernière question, nous vous remercions pour votre participation. Si vous avez d'autres idées ou questions que vous considérez comme importantes, vous pouvez les partager !

Projet ASHER – Guide d’entretien de groupe avec les adolescents âgés de 15-17 ans

Titre de l’étude : ***Identifier les facteurs de succès dans l'amélioration de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescents au Cameroun***

Instruction : *Sur une feuille vierge, prendre les informations suivantes : District, Village/lieu, Autorité traditionnelle, Date du FGD, Heure de début et de fin, noms des participants, Ages des participants, Sexes des participants, Niveau d’étude des participants, occupation/profession.*

Introduisez cette section en disant : « *N’oubliez pas que nous ne parlons que de vos propres perceptions des services, politiques et programmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents dans votre communauté* ».

Section 1 : Accès à l’éducation, à la formation et participation aux activités économiques

1. Pensez-vous que les adolescent(e)s (Filles et Garçons) de cette communauté ont les mêmes chances d'accéder à l'enseignement primaire ou secondaire dans votre communauté ? **Sonder :**

- i) Pourquoi pensez-vous que c'est le cas ?
- ii) Quels sont les obstacles qui les empêchent d'accéder à l'éducation (exemple : les ressources/frais de scolarité, la distance, la culture) ?
- iii) Qu'en est-il des adolescent(e)s handicapé(e)s ou issus de groupes défavorisés ?

2. Pensez-vous que les adolescent(e)s et les jeunes (Filles et garçons) de cette communauté ont suffisamment d'opportunités pour participer pleinement aux activités économiques?

Sonder :

- i) Pourquoi pensez-vous que c'est le cas ?
- ii) Quels sont les obstacles qui les empêchent de participer aux activités économiques (exemple : les infrastructures, les ressources, la distance, la culture, etc.) ?
- iii) Qu'en est-il des adolescent(e)s handicapé(e)s ou issus de groupes défavorisés ?

Section 2 : Education à la sexualité et accès aux services de santé sexuelle et reproductive

3. Que savez-vous de la sexualité ? Que savez-vous de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) ?

Sonder :

- i) Selon vous, où est-ce que les gens de votre âge s'informent le plus souvent sur la sexualité, la SDSR (Exemple : amis, école, parents, internet, etc.) ?
 - ii) Comment vous sentez-vous à l'idée de parler de sexualité, de SDSR avec vos parents ou tuteurs ?
 - iii) Comment vous sentez-vous à l'idée de parler de sexualité, de SDSR avec des aînés de votre famille, des enseignants ou du personnel de santé ?
 - iv) Quelles sont les lacunes dans les informations actuelles auxquelles vous avez accès ?
- 4.** Quels sont les services offerts dans le cadre de la SDSR adaptés aux jeunes ou aux adolescent(e)s (Exemple : Counseling, méthodes contraceptives, etc.) ?

Sonder :

- i) Où ces services sont-ils offerts (Exemple : école, hôpital, communauté, église) ?
 - ii) Que pensez-vous de l'utilisation de la contraception par les adolescents de votre âge ?
 - iii) Diriez-vous que les personnes de votre âge ont pleinement accès aux méthodes contraceptives de leur choix et à d'autres services SDSR ?
 - Si non, pourquoi ?
 - Qu'en est-il des personnes handicapées et des autres adolescents vulnérables ?
 - iv) Quels sont les coûts éventuels liés à l'accès aux services de santé et de droits sexuels et reproductifs, y compris les méthodes contraceptives ?
- 5.** Comment décririez-vous l'attitude, la pratique et l'engagement du personnel de santé en ce qui concerne la fourniture de services SDSR et le retour d'information aux personnes de votre âge ?
- 6.** Estimez-vous que les questions relatives à votre santé sexuelle et reproductive abordées avec le personnel de santé sont traitées de manière confidentielle ? Pourquoi ?
- 7.** La communauté encourage-t-elle les adolescents à utiliser les services de santé sexuelle et reproductive (SSR), y compris les méthodes contraceptives ?
- 8.** Quelles difficultés les adolescents rencontrent-ils pour obtenir des services de SSR auprès des formations sanitaires de votre communauté ?

Sonder :

- i) En quoi ces difficultés sont-elles différentes pour les garçons et pour les filles ?
- ii) Qu'en est-il des adolescent(e)s handicapé(e)s ou issus de groupes défavorisés ?

Section 3 : Interventions réussies en matière de SDR des adolescent(e)s

9. Décrivez les initiatives ou les programmes mis en œuvre ou qui ont été mis en œuvre dans cette communauté qui selon vous, ont contribué à réduire les mariages précoces, l'initiation précoce de rapports sexuels, les grossesses précoces, les avortements non médicalisés, etc.

Sonder :

- i) Quelles initiatives les écoles ou églises de cette communauté ont-elles mises en place pour prévenir les grossesses chez les adolescentes ?
- ii) Y a-t-il des clubs de jeunes dans cette communauté qui cherchent à retarder l'initiation précoce des rapports sexuels ou à promouvoir l'utilisation des services de SSR par les adolescent(e)s ? Quels sont ces clubs et que font-ils ?

10. Selon vous, que faudrait-il faire pour répondre de manière adéquate aux besoins des adolescents en matière de SDR ?

Section 4 : Grossesses précoces, mariages précoces et pratiques culturelles néfastes

11. Selon vous, quels sont les facteurs qui favorisent les grossesses chez les adolescentes et les mariages d'enfants ?

Sonder : S'agit-il de grossesses et de mariages planifiés (voulus) ? Pourquoi ?

12. Comment les membres de la communauté réagissent-ils face aux grossesses et aux mariages des garçons et des filles de votre âge ?

Sonder s'il s'agit d'une célébration, d'une condamnation, ...

13. Les jeunes filles de votre âge ont-elles accès aux soins prénatals lorsqu'elles sont enceintes et accouchent-elles à l'hôpital ?

Sonder :

- i) Pouvez-vous citer quelques-uns des services de soins prénatals fournis aux jeunes filles lorsqu'elles sont enceintes et qu'elles accouchent à l'hôpital ?
- ii) Sont-elles traitées de la même manière que les femmes plus âgées ? Comment cela se passe-t-il ?

14. Les adolescent(e)s garçons et filles sont-ils en mesure d'exercer de la même manière leurs droits au moment du mariage ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

- i) Qu'en est-il du choix de leur partenaire,
- ii) Qu'en est-il des intentions de procréation (désir ou non de grossesse) et la taille de la famille (choix du nombre d'enfants) ?

15. Quelles sont les pratiques culturelles ou les cérémonies d'initiation dans cette communauté, s'il y en a, qui ont un impact sur la SDR des adolescents ?

Sonder :

- i) Lesquelles favorisent l'initiation sexuelle, les mariages ou les grossesses précoces ?

- ii) Lesquelles ralentissent ou empêchent l'initiation sexuelle, les mariages ou les grossesses précoces ?

[Pour les participants qui citent des pratiques culturelles ou des cérémonies d'initiation, passez aux questions].

Sonder :

- i) Qu'enseigne-t-on aux personnes de votre âge au cours de ces pratiques culturelles ou de ces cérémonies d'initiation ?
- ii) Pensez-vous que les personnes de votre âge sont en mesure de refuser de participer à ces pratiques culturelles ou à ces cérémonies d'initiation ? Pourquoi ?

Histoire : Avant de terminer, je voudrais vous raconter une histoire. Mercy est une jeune fille de 17 ans qui a un petit ami. Un jour, elle s'aperçoit qu'elle n'a pas eu ses règles.

16. Qu'est-ce qui lui passe par la tête ?

17. A qui Mercy voudrait-elle en parler ?

Deux semaines plus tard, elle n'a toujours pas eu ses règles. Une de ses confidentes lui dit qu'elle est peut-être enceinte.

18. Quelles sont les décisions qu'elle pourrait avoir à prendre ?

19. Qui d'autre participe à la prise de décision (Exemple : Son petit ami/ami, ses parents, ses frères et sœurs plus âgés, le personnel soignant, ses amis) ?

20. Que font habituellement les filles dans la situation de Mercy pour retrouver leurs règles ?

Sonder :

- i) Quelles sont les raisons pour lesquelles les filles peuvent choisir de mettre fin à une grossesse ?
- ii) Quels sont les moyens/interventions utilisés pour mettre fin à une grossesse ?
- iii) Où les filles vont-elles pour se procurer ces interventions ?
- iv) Pourquoi choisissent-elles ces interventions et ces lieux que vous avez mentionnés ?

C'était la dernière question, nous vous remercions pour votre participation. Si vous avez d'autres idées ou questions que vous considérez comme importantes, vous pouvez les partager !

Si vous avez d'autres informations sur la façon dont les filles récupèrent leurs règles lorsqu'elles ont un retard, venez me voir après l'entretien et nous aurons une brève conversation en tête à tête.

Au cours de ces brèves conversations, laissez l'adolescente vous dire ce qu'elle veut (demandez-lui : "Qu'est-ce que tu voulais me dire sur les filles qui ont de nouveau leurs règles ?"). Concentrez-vous sur les points suivants :

- 21.** Qui fournit des services d'avortement ?
- 22.** Comment les filles savent-elles où aller ?
- 23.** Que se passe-t-il là-bas - les méthodes utilisées, etc.
- 24.** Quel est le coût ?
- 25.** Quelles sont les expériences ces filles - services d'avortement sûrs, complications, etc. ?

Projet ASHER – Guide d’entretien de groupe avec les adolescents âgés de 18-19 ans

Titre de l’étude : ***Identifier les facteurs de succès dans l'amélioration de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescents au Cameroun***

Instruction : *Sur une feuille vierge, prendre les informations suivantes : District, Village/lieu, Autorité traditionnelle, Date du FGD, Heure de début et de fin, noms des participants, Ages des participants, Sexes des participants, Niveau d’étude des participants, occupation/profession.*

Introduisez cette section en disant : « *N’oubliez pas que nous ne parlons que de vos propres perceptions des services, politiques et programmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents dans votre communauté* ».

Section 1 : Accès à l’éducation, à la formation et participation aux activités économiques

1. Pensez-vous que les adolescent(e)s (Filles et Garçons) de cette communauté ont les mêmes chances d'accéder à l'enseignement primaire ou secondaire dans votre communauté ? **Sonder** :

iv) Pourquoi pensez-vous que c'est le cas ?

v) Quels sont les obstacles qui les empêchent d'accéder à l'éducation (exemple : les ressources/frais de scolarité, la distance, la culture) ?

vi) Qu'en est-il des adolescent(e)s handicapé(e)s ou issus de groupes défavorisés ?

2. Pensez-vous que les adolescent(e)s et les jeunes (Filles et garçons) de cette communauté ont suffisamment d'opportunités pour participer pleinement aux activités économiques?

Sonder :

iv) Pourquoi pensez-vous que c'est le cas ?

v) Quels sont les obstacles qui les empêchent de participer aux activités économiques (exemple : les infrastructures, les ressources, la distance, la culture, etc.) ?

vi) Qu'en est-il des adolescent(e)s handicapé(e)s ou issus de groupes défavorisés ?

Section 2 : Education à la sexualité et accès aux services de santé sexuelle et reproductive

3. Que savez-vous de la sexualité ? Que savez-vous de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) ?

Sonder :

v) Selon vous, où est-ce que les gens de votre âge s'informent le plus souvent sur la sexualité, la SDSR (Exemple : amis, école, parents, internet, etc.) ?

vi) Comment vous sentez-vous à l'idée de parler de sexualité, de SDSR avec vos parents ou tuteurs ?

vii) Comment vous sentez-vous à l'idée de parler de sexualité, de SDSR avec des aînés de votre famille, des enseignants ou du personnel de santé ?

viii) Quelles sont les lacunes dans les informations actuelles auxquelles vous avez accès ?

4. Quels sont les services offerts dans le cadre de la SDSR adaptés aux jeunes ou aux adolescent(e)s (Exemple : Counseling, méthodes contraceptives, etc.) ?

Sonder :

v) Où ces services sont-ils offerts (Exemple : école, hôpital, communauté, église) ?

vi) Que pensez-vous de l'utilisation de la contraception par les adolescents de votre âge ?

vii) Diriez-vous que les personnes de votre âge ont pleinement accès aux méthodes contraceptives de leur choix et à d'autres services SDSR ?

- Si non, pourquoi ?
- Qu'en est-il des personnes handicapées et des autres adolescents vulnérables ?

viii) Quels sont les coûts éventuels liés à l'accès aux services de santé et de droits sexuels et reproductifs, y compris les méthodes contraceptives ?

5. Comment décririez-vous l'attitude, la pratique et l'engagement du personnel de santé en ce qui concerne la fourniture de services SDSR et le retour d'information aux personnes de votre âge ?

6. Nous aimerions parler de la différence dans l'accès aux services de SSR par les adolescent(e)s plus jeunes et par les adolescents de votre âge.

i) A l'heure actuelle, dans quelle mesure les adolescent(e)s de moins de 15 ans sont-ils traités différemment lorsqu'ils essaient d'obtenir des services de SSR (contraception, information, etc.)

ii) Si l'on considère les années écoulées depuis votre jeunesse, comment l'accès aux services de SSR a-t-il changé pour les adolescent(e)s en général ?

Sonder : obtention du consentement avant les services ; liberté de faire ses propres choix en matière de contraception et d'autres services ; évolution du coût au fil du temps

7. Estimez-vous que les questions relatives à votre santé sexuelle et reproductive abordées avec le personnel de santé sont traitées de manière confidentielle ? Pourquoi ?

8. La communauté encourage-t-elle les adolescents à utiliser les services de santé sexuelle et reproductive (SSR), y compris les méthodes contraceptives ?

9. Quelles difficultés les adolescents rencontrent-ils pour obtenir des services de SSR auprès des formations sanitaires de votre communauté ?

Sonder :

- iii) En quoi ces difficultés sont-elles différentes pour les garçons et pour les filles ?
- iv) Qu'en est-il des adolescent(e)s handicapé(e)s ou issus de groupes défavorisés ?

Section 3 : Interventions réussies en matière de SDSR des adolescent(e)s

10. Décrivez les initiatives ou les programmes mis en œuvre ou qui ont été mis en œuvre dans cette communauté qui selon vous, ont contribué à réduire les mariages précoces, l'initiation précoce de rapports sexuels, les grossesses précoces, les avortements non médicalisés, etc.

Sonder :

- iii) Quelles initiatives les écoles ou églises de cette communauté ont-elles mises en place pour prévenir les grossesses chez les adolescentes ?
 - iv) Y a-t-il des clubs de jeunes dans cette communauté qui cherchent à retarder l'initiation précoce des rapports sexuels ou à promouvoir l'utilisation des services de SSR par les adolescent(e)s ? Quels sont ces clubs et que font-ils ?
11. Selon vous, que faudrait-il faire pour répondre de manière adéquate aux besoins des adolescents en matière de SDSR ?

Section 4 : Grossesses précoces, mariages précoces et pratiques culturelles néfastes

12. Selon vous, quels sont les facteurs qui favorisent les grossesses chez les adolescentes et les mariages d'enfants ?

Sonder : S'agit-il de grossesses et de mariages planifiés (voulus) ? Pourquoi ?

13. Comment les membres de la communauté réagissent-ils face aux grossesses et aux mariages des garçons et des filles de votre âge ?

Sonder s'il s'agit d'une célébration, d'une condamnation, ...

14. Les jeunes filles de votre âge ont-elles accès aux soins prénatals lorsqu'elles sont enceintes et accouchent-elles à l'hôpital ?

Sonder :

- iii) Pouvez-vous citer quelques-uns des services de soins prénatals fournis aux jeunes filles lorsqu'elles sont enceintes et qu'elles accouchent à l'hôpital ?
 - iv) Sont-elles traitées de la même manière que les femmes plus âgées ? Comment cela se passe-t-il ?
15. Les adolescent(e)s garçons et filles sont-ils en mesure d'exercer de la même manière leurs droits au moment du mariage ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?
- iii) Qu'en est-il du choix de leur partenaire,

iv) Qu'en est-il des intentions de procréation (désir ou non de grossesse) et la taille de la famille (choix du nombre d'enfants) ?

16. Quelles sont les pratiques culturelles ou les cérémonies d'initiation dans cette communauté, s'il y en a, qui ont un impact sur la SDR des adolescents ?

Sonder :

iii) Lesquelles favorisent l'initiation sexuelle, les mariages ou les grossesses précoces ?

iv) Lesquelles ralentissent ou empêchent l'initiation sexuelle, les mariages ou les grossesses précoces ?

[Pour les participants qui citent des pratiques culturelles ou des cérémonies d'initiation, passez aux questions].

Sonder :

iii) Qu'enseigne-t-on aux personnes de votre âge au cours de ces pratiques culturelles ou de ces cérémonies d'initiation ?

iv) Pensez-vous que les personnes de votre âge sont en mesure de refuser de participer à ces pratiques culturelles ou à ces cérémonies d'initiation ? Pourquoi ?

Histoire : *Avant de terminer, je voudrais vous raconter une histoire. Mercy est une jeune fille de 17 ans qui a un petit ami. Un jour, elle s'aperçoit qu'elle n'a pas eu ses règles.*

17. Qu'est-ce qui lui passe par la tête ?

18. A qui Mercy voudrait-elle en parler ?

Deux semaines plus tard, elle n'a toujours pas eu ses règles. Une de ses confidentes lui dit qu'elle est peut-être enceinte.

19. Quelles sont les décisions qu'elle pourrait avoir à prendre ?

20. Qui d'autre participe à la prise de décision (Exemple : Son petit ami/ami, ses parents, ses frères et sœurs plus âgés, le personnel soignant, ses amis) ?

21. Que font habituellement les filles dans la situation de Mercy pour retrouver leurs règles ?

Sonder :

v) Quelles sont les raisons pour lesquelles les filles peuvent choisir de mettre fin à une grossesse ?

vi) Quels sont les moyens/interventions utilisés pour mettre fin à une grossesse ?

vii) Où les filles vont-elles pour se procurer ces interventions ?

viii) Pourquoi choisissent-elles ces interventions et ces lieux que vous avez mentionnés ?

C'était la dernière question, nous vous remercions pour votre participation. Si vous avez d'autres idées ou questions que vous considérez comme importantes, vous pouvez les partager !

Si vous avez d'autres informations sur la façon dont les filles récupèrent leurs règles lorsqu'elles ont un retard, venez me voir après l'entretien et nous aurons une brève conversation en tête à tête.

Au cours de ces brèves conversations, laissez l'adolescente vous dire ce qu'elle veut (demandez-lui : "Qu'est-ce que tu voulais me dire sur les filles qui ont de nouveau leurs règles ?"). Concentrez-vous sur les points suivants :

- 22.** Qui fournit des services d'avortement ?
- 23.** Comment les filles savent-elles où aller ?
- 24.** Que se passe-t-il là-bas - les méthodes utilisées, etc.
- 25.** Quel est le coût ?
- 26.** Quelles sont les expériences ces filles - services d'avortement sûrs, complications, etc. ?