

**Objet** : Série de webinaires du CRDI «S'épanouir en toute quiétude : Promouvoir la santé et les droits des adolescent·e·s et mettre fin aux violences basées sur le genre en Afrique centrale et de l'Ouest » - [Informations supplémentaires sur le webinaire 3](#)

## Webinaire 3 - Points clés à retenir

La présentation du professeur Issakia Sombié, suivie d'une discussion animée avec les quatre panélistes, dont Tracey Hébert-Seck, Astou Diouf Gueye, Bertin Rutega et le Dr Abdoul-Moumouni Nouhou, a mis en lumière plusieurs idées importantes sur l'avenir durable de la santé et du bien-être des adolescents en Afrique centrale et occidentale. Voici quelques points saillants :

- **Obstacles persistants** : les adolescents d'Afrique de l'Ouest et centrale sont confrontés à des obstacles majeurs en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment les avortements dangereux, les lois restrictives, les retards procéduraux, la stigmatisation et l'accès limité aux soins.
- **Crise des avortements dangereux** : toutes les neuf secondes, un avortement dangereux menace la vie d'une femme dans la région, ce qui souligne la nécessité d'une action urgente en faveur des adolescentes.
- **Difficultés juridiques et procédurales** : les victimes de violences sexuelles sont confrontées à des exigences juridiques traumatisantes, à des conseils médicaux peu clairs et à la stigmatisation, même lorsque l'avortement est légalement autorisé.
- **Influences socio-économiques et culturelles** : l'accès aux services varie en fonction du statut social, de la situation géographique (urbaine ou rurale) et de l'état civil ; les données qualitatives sur ces réalités restent rares.
- **Lien avec la santé mentale** : les problèmes de santé mentale liés à la santé reproductive sont souvent négligés, sauf en cas d'apparition de symptômes physiques ; des recherches supplémentaires sont nécessaires sur cette intersection.
- **Approches collaboratives** : l'amélioration de la santé des adolescents nécessite une collaboration multisectorielle (santé, éducation, justice et acteurs communautaires), ainsi que des stratégies inclusives impliquant des scientifiques, des décideurs politiques et des dirigeants locaux.
- **Engagement communautaire** : les dirigeants locaux, les parents et les jeunes jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre des politiques et la lutte contre les pratiques néfastes.
- **Partenariats internationaux** : les collaborations régionales et mondiales visent à renforcer le leadership local et à intégrer les données probantes dans la conception et l'évaluation des programmes.
- **Innovation numérique** : les outils tels que les applications de santé, les réseaux sociaux et les espaces adaptés aux jeunes sont essentiels pour améliorer l'accès et l'engagement.
- **Lacunes dans les données** : il existe un besoin urgent de données qualitatives et de données sur la santé mentale détaillées afin d'éclairer les politiques fondées sur des données probantes et d'adapter les interventions aux réalités locales.

OTTAWA • AMMAN • DAKAR • MONTEVIDEO • NAIROBI • NEW DELHI

HEAD OFFICE / SIÈGE: 45 O'Connor Street / 45, rue O'Connor • PO Box / CP 8500 Ottawa ON • Canada K1P 1A4  
Email / Courriel : [info@idrc.ca](mailto:info@idrc.ca) / [info@crdi.ca](mailto:info@crdi.ca)  
[idrc.ca](http://idrc.ca) / [crdi.ca](http://crdi.ca)



- **Mise en œuvre des données probantes** : des exemples de réussite montrent que la recherche a permis d'éclairer les politiques sur le mariage des enfants et la violence sexiste.
- **Soutien aux survivants** : les pratiques innovantes comprennent des centres spécialisés, un soutien psychosocial, une formation professionnelle et des réformes juridiques visant à protéger et à autonomiser les adolescents survivants.
- **Recommandations pour l'avenir** : faire confiance aux jeunes et les autonomiser, renforcer l'interconnexion entre les parties prenantes et reconnaître les adolescents comme un groupe distinct ayant des besoins spécifiques.

## Webinaire 3 – Questions et Réponses

À l'issue du webinaire, certains des intervenant-e-s ont aimablement répondu aux questions posées par le public (voir réponses pages suivantes)

**QUESTION 1:** *Le désir d'enfant à l'adolescence jeune est-il, normal légitime ou pathologique? Comment y répondre, le traiter et l'intégrer dans les interventions communautaires dans les contextes de la valorisation de l'enfant dans certaines communautés?*

## RÉPONSES

### **Bertin Rutega**

« La question n'est pas claire. Le désir pour une adolescente d'avoir un enfant c'est normal. Elle se projette dans l'avenir, elle réfléchit à la famille qu'elle fondera dans le futur, elle rêve. C'est légitime pour elle de penser à cela. Mais c'est par rapport à son âge que ça pose problème. Elle n'a pas la possibilité de discernement. Elle n'a pas la maturité. Elle ne comprend pas les enjeux, la responsabilité ni les conséquences d'avoir l'enfant à cet âge-là. Il y a aussi la loi dans certains pays qui mentionne clairement que l'enfant à cet âge n'a pas la capacité de consentement. »

### **Tracey Hébert-Seck**

« Le désir d'enfant à l'adolescence peut être normal et légitime (pour reprendre les termes de la question) dans certains contextes sociaux et socioculturels. En effet, dans plusieurs communautés, la maternité précoce n'est pas perçue comme un problème, mais plutôt comme: une preuve de fécondité; un signe d'honneur ou de maturité; une voie d'intégration sociale pour la jeune fille. Ainsi, le désir d'enfant peut être légitimé culturellement et perçu comme normal par les jeunes filles dues à des normes sociales pouvant être néfastes pour les filles et les femmes, tel que les mariages d'enfants et précoces, ce qui expose les jeunes filles à des risques sanitaires (grossesses précoces, mortalité maternelle, fistules obstétricales), éducatifs (décrochage scolaire, faible opportunité en termes d'emploi décent) et socio-économiques (VBG, mariages précoces).

La réponse doit être fondée sur les droits humains, le non-jugement, la protection et l'information : respecter les choix tout en réduisant les risques grâce à l'accès à l'information en santé de la reproduction, à la contraception et à la protection contre la violence et au renforcement de leur capacité en leadership.

Actions concrètes pouvant être intégrées dans des interventions communautaires

1. Approche basée sur les droits humains
2. Renforcer l'éducation complète à la sexualité (ECS)
3. Services de santé adaptés aux jeunes et adolescents
4. Dialogue intergénérationnel et communautaire et implication des familles/parentalité et masculinité positive
5. Protection et prévention des VBG
6. Suivi et adaptation culturelle
7. Approches sensibles au contexte culturel
8. Approche multisectorielle participative et inclusive (leadership communautaire dans: planification, mise en œuvre, suivi, évaluation)
9. Disponibilité de prestataires compétents (approche centrée sur la cible) »

**QUESTION 2:** *Ayant travaillé sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes en situation de handicap à Abidjan, je constate que ces populations, bien que fortement exposées aux violences, restent peu intégrées dans les politiques et programmes. Comment faire pour que les futures stratégies de lutte contre les VBG soient véritablement inclusives ?*

## RÉPONSES

### Bertin Rutega

« Il faut prévoir cette inclusivité dans les protocoles de prise en charge, dans les SOPs (Standard Operating Procedure), mais également dans la stratégie nationale de lutte contre les VBG de chaque pays. Il faut aussi former les staff (prestataires) sur l'inclusivité. »

### Tracey Hébert-Seck

#### 1. Participation significative

- Impliquer, dès la conception, les organisations de personnes en situation de handicap, ainsi que les jeunes handicapés, pour définir les priorités et les adaptations.

#### 2. Diagnostic et données désagrégées

- Intégrer des indicateurs sur le handicap dans les enquêtes sur la santé reproductive et VBG et les systèmes de surveillance VBG (type, lieu, relation auteur/victime). Sans données, pas d'inclusion.
- Exiger une désagrégation systématique dans tous les rapports

#### 3. Accessibilité universelle

- Rendre accessibles les centres d'accueil, les points de signalement et les dispositifs de santé (physiques, de communication, financiers, etc.).
- Matériel d'information en braille, audio, pictogrammes.
- Protocoles VBG adaptés aux déficiences intellectuelles, auditives, visuelles et motrices.

#### 4. Formation spécialisée

- Former les agents de santé, les travailleurs sociaux et les acteurs judiciaires aux spécificités des violences envers les personnes handicapées, au consentement, à la communication adaptée et aux protections.

#### 5. Mécanismes de signalement adaptés

- Canaux confidentiels accessibles (numéros, SMS, applications) et référents formés dans chaque district.

#### 6. Renforcement des filets sociaux & protection

- Protocoles de prise en charge intégrée (santé + psychosocial + protection + justice) pour les victimes handicapées ; transport et assistance financière si nécessaire.

#### 7. Inclusion dans les politiques nationales, Budget et suivi

- Inscrire l'inclusion comme norme obligatoire dans les stratégies nationales VBG, santé reproductive des adolescent-e-s et des jeunes, autonomisation, emploi, santé communautaire etc...
- Exiger que toute stratégie VBG comporte une ligne budgétaire pour l'inclusion (adaptations, formation, communication) ainsi que des indicateurs d'exécution.
- Harmoniser avec la Convention relative aux droits des personnes handicapées (**CDPH**), la politique nationale du handicap et les orientations du Ministère de la Santé, de la Famille etc...

#### 8. Campagnes de sensibilisation ciblées

- Messages qui déconstruisent la stigmatisation et expliquent le droit des personnes handicapées à l'intégrité corporelle. »

**QUESTION 3:** *Comment garantir que les projets initiés pendant les financements pilotes ne s'arrêtent pas une fois les budgets terminés ?*

### RÉPONSES

#### Bertin Rutega

“. Il faut travailler sur des plans de sortie déjà dès la conception du projet. Il faut diversifier les bailleurs des fonds, et ainsi éviter de dépendre d'un seul partenaire financier. »

#### Tracey Hébert-Seck

« La pérennisation requiert une **planification dès le départ** : ancrage institutionnel, transfert de compétences, budget national et diversification des soutiens. Les projets « pilotes » doivent être conçus comme des phases d'un plan d'intégration nationale.

Mesures concrètes pour la durabilité

1. **Plan de transition obligatoire dès la phase pilote**
2. **Co-financement progressif et alignement sur budgets publics**
3. **Intégration aux services existants**
4. **Renforcement des capacités et transfert de compétences**
5. **Modèles financiers alternatifs**
6. **Institutionnaliser les initiatives innovantes dans ce domaine**
  - Explorer des partenariats public-privé responsables, micro-assurances santé, financement par des mutuelles locales, subventions ciblées des collectivités.
7. **Implication des collectivités territoriales et mobilisation communautaire & ownership**
  - S'appuyer les collectivités territoriales en intégrant des interventions dans les plans de développement communautaires et les budgets locaux
  - Impliquer des comités de santé, des associations de mères, des jeunes; faciliter que la communauté prenne en charge certains coûts opérationnels (logistique, mobilisation).
8. **Phases d'échelle progressive**
  - Planifier une mise à l'échelle graduelle en priorisant les districts pilotes performants et en réallouant les économies réalisées.
9. Travailler avec des structures qui resteront au-delà du projet. Cela garantit que les pratiques intégrées deviennent routinières. Exemples: centre de santé, District sanitaire, Inspection de jeunesse, Ecoles, Maisons de justice, OPH locales »

## Webinaire 3- Information des intervenant.e.s

**[Professeur Issiaka Sombié](#)**, est un épidémiologiste de renom, fort de plus de 30 ans d'expérience en recherche sur la santé en Afrique de l'Ouest. Il est Professeur titulaire à l'Université Nazi Boni au Burkina Faso et Ancien Directeur par intérim du Département de la santé publique et de la recherche à l'Organisation Ouest Africaine de la Santé. Auteur de plus de 150 publications scientifiques, il contribue activement à plusieurs réseaux de recherche régionaux et internationaux



**[Madame Tracey Hébert-Seck](#)** est Représentante Résidente du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) au Sénégal. Forte de 30 années d'expérience en développement international, elle a occupé des postes clés en Afrique, en Europe et en Amérique Centrale, notamment au Corps de la Paix, à l'UNOPS et à l'USAID.



**[Monsieur Bertin Rutega Nkwale](#)** est le Directeur des programmes à la [Fondation Panzi](#) en République Démocratique du Congo depuis 9 ans, il supervise la conception, la mise en œuvre et le suivi de projets liés à la prévention et à la réponse aux violences basées sur le genre, y compris les violences sexuelles en contexte de conflit. Avant Panzi, il a occupé divers postes dans des ONG, notamment au Norwegian Refugees Council, CORDAID et Pain pour les Déshérités, avec un fort engagement pour l'autonomisation des femmes et la transformation des conflits. Regardez la bande-annonce : [MUGANGA, CELUI QUI SOIGNE](#)



**[Madame Astou Diouf Gueye](#)** est la Directrice nationale de l'Équité et de l'Égalité de Genre au Ministère de la Famille et des Solidarités du Sénégal depuis 2019, elle a occupé plusieurs postes clés au sein du gouvernement, dont Directrice de la Famille et Conseillère Technique. Depuis plus de 20 ans, elle représente le Sénégal dans des instances internationales sur les questions de genre, de droits des femmes, et de paix et sécurité.



**[Dr Abdoul-Moumouni Nouhou](#)** est démographe avec plus de 15 ans d'expérience dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de population et de santé en Afrique de l'Ouest. Il est actuellement Chercheur et Directeur exécutif à [GRADE Africa](#). Ses travaux portent sur la santé maternelle et infantile, la santé sexuelle et reproductive, l'éducation, l'autonomisation des femmes et les dynamiques démographiques au sens large

Liens de projets:

- [Comprendre les normes et prévenir le mariage des enfants pour promouvoir la santé reproductive des adolescents au Niger](#) (financé par le [CRDI](#) Canada)
- [Élargissement du choix contraceptif parmi les adolescents et les jeunes : Full Access, Full Choice](#). Projet financé par la Fondation Bill & Melinda Gates en collaboration avec le Carolina Population Center (Université de Caroline du Nord à Chapel Hill)
- [Mazan Daga et les soins adaptés pour une meilleure santé maternelle au Niger](#) (financé par [CRDI](#) Canada)



### Liens partagés pendant le webinaire 3

- Nouvelle étude publiée lors de la Conférence internationale sur la planification familiale à Bogota, en Colombie. L'étude "**Prises Entre Leurs Droits Et La Réalité: Le Labyrinthe Auquel les Femmes Sont Confrontées**" a été réalisée par Rutgers et CERRHUD au Bénin, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Togo et au Cameroun ([Résumé exécutif](#))
- Supplément de journal ([Anglais](#)) pour l'initiative [Transformation du genre pour l'Afrique](#)
- Supplément de journal ([Anglais](#)) pour la [Cohorte Cedar](#)