



PLAN OPERATIONNEL NATIONAL MULTISECTORIEL POUR LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENT.E S ET DES JEUNES

2024 - 2026



Janvier 2024

Table des matières

Table des matières	ii
LISTE DES TABLEAUX :	v
SIGLES ET ABREVIATIONS	vi
PREFACE	Erreur ! Signet non défini.
INTRODUCTION	x
I DEFINITIONS DES CONCEPTS :	2
II REFERENCES STRATEGIQUES INTERNATIONALES ET NATIONALES :	4
2.1 <i>Au plan international</i>	4
2.2 <i>Au plan national</i>	5
III CONTEXTE ET JUSTIFICATION :	6
3.1 <i>Sur le plan international :</i>	6
3.2 <i>Plan national</i>	6
IV ANALYSE DE LA SITUATION DES ADOLESCENT.E. S ET DES JEUNES AU NIGER :	6
4.1 <i>Situation démographique</i>	6
4.2 <i>Contexte éducatif</i>	7
4.3 <i>Contexte socio -culturel</i>	7
4.4 <i>Contexte économique</i>	8
4.5 <i>Contexte sanitaire</i>	8
V La prévention et la prise en charge des IST/VIH/ Sida	12
VI ANALYSE SWOT/FFOM DE LA SANTE DES ADOLESCENT.E. S ET DES JEUNES :	15
6.1 <i>Forces</i>	15
6.2 <i>Faiblesses</i>	16
6.3 <i>Opportunités</i>	17
6.4 <i>Menaces</i>	17
VII APPROCHE METHODOLOGIQUE D'ELABORATION DU PLAN :	17

7.1 Phase préparatoire.....	18
7.2 Phase de rédaction.....	18
VIII CIBLES DU PLAN :	18
8.1 Les cibles primaires.....	18
8.2 Les cibles secondaires.....	19
IX LEÇONS TIREES DU PLAN STRATEGIQUE 2017-2021	19
X CADRE STRATEGIQUE.....	20
10.1 Vision.....	20
10.2 But.....	20
10.3 Axes stratégiques.....	20
Objectifs spécifiques.....	20
Objectifs spécifiques :.....	21
XI Principes directeurs.....	22
XII CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN	22
12.1 Les organes de la coordination	22
Au niveau national	22
Au niveau régional	23
Au niveau départemental.....	23
XIII Rôles et responsabilités des parties prenantes.....	23
13.1 Le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales.....	23
13.2 Le Ministère de la Jeunesse, de la Culture, des Arts et du Sport.....	23
13.3 Le Ministère de l'Education Nationale, de l'Alphabétisation, de l'Enseignement Professionnel et de la Promotion des Langues Nationales	23
13.4 Le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation Technologique.....	24
XIV Les Partenaires Techniques et financiers.....	24
14.1 Les organisations non gouvernementales, les organisations de la société civile et les organisations confessionnelles.....	24

14.2 Les organisations des jeunes.....	24
14.3 Les leaders religieux et les Chefs traditionnels	24
14.4 Les parlementaires.....	24
14.5 Les élus locaux.....	24
14.6 Les médias.....	25
XV Mécanismes de suivi et d'évaluation	25
<i>Suivi des activités.....</i>	<i>25</i>
<i>Evaluation.....</i>	<i>26</i>
XVI PLAN D'ACTION BUDGETISE 2024-2026	27
CONCLUSION.....	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	60

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I Evolution des indicateurs de la santé des adolescent.e.s et des jeunes	26
Tableau II : Cadre logique.....	27
Tableau III Cadre logique.....	42
Tableau IV: Budget par axe d'intervention du plan	56

SIGLES ET ABREVIATIONS

CDE : Convention relative aux Droits de l'Enfant

CEDEAO : Comité Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest

CEDEF : Convention sur l'Elimination de toutes formes de Discrimination à l'Egard des Femmes

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

CSE : Chargé de la Surveillance Epidémiologique

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

CTNM/SSRAJ : Comité Technique National Multisectoriel pour la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent.e.s et des Jeunes

CTRM/SSRAJ : Comité Technique Régional Multisectoriel pour la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent.e.s et des Jeunes

DSAJ : Direction de la Santé des Adolescent.e.s et des Jeunes

DSSRAJ : Division de la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent.e.s et des Jeunes

ECVMA : Enquête Nationale sur les Conditions de vie des Ménages et l'Agriculture

EDSN : Enquête Démographique et de Santé au Niger

ENAFEME : Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de moins de 5 ans

ENISED : Etude Nationale d'évaluation des Indicateurs Socio-Economiques et Démographiques

ESRAJ : **Education à la Santé de la Reproduction des Adolescent.e.s et des Jeunes**

ERI/ESI : Enquête Régionale Intégrée sur l'Emplois et le Secteur Informel

GHM : Gestion de l'Hygiène Menstruelle

INS : Institut National de la Statistique

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LASDEL : Laboratoire d'Etudes et de Recherches Dynamiques, Sociales et le Développement Local

MEN/A/EP/PLN : Ministère de l'Education Nationale de l'Alphabétisation de l'Enseignement Professionnel et de la Promotion des Langues Nationales;

MES/R/IT : Ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de l'Innovation Technologique

MJAC /S : Ministère de la Jeunesse, des Arts, de la Culture et du Sport

MSP/P/AS : Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisations Non Gouvernementales

PAA : Plan d'Actions Annuel

PDES : Plan de Développement Economique et Social

PDS : Plan de Développement Sanitaire

PDSS : Plan de Développement Sanitaire et Social

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PNG : Politique Nationale Genre

PNJ : Politique Nationale de la Jeunesse

PNPS : Politique Nationale de la Protection Sociale

PNP : Politique Nationale de la Population

PIB : Produit Intérieur Brut

PF : Planification Familiale

PRN : Présidence de la République du Niger

PONMSSRAJ : Plan Opérationnel National Multisectoriel pour la Santé sexuelle et reproductive des Adolescent.e.s et des Jeunes

PNS : Politique Nationale de Santé

PTF : Partenaires Techniques et Financiers

RGPH : Recensement General de la Population et de l'Habitat

SAJ : Santé des Adolescent.e.s et des Jeunes

SARA: Services Availability and Readiness Assessment

SR : Santé de la Reproduction

SDDCI : Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive

SSRAJ : Santé Sexuelle et Reproductive des adolescents.e. s et des Jeunes

SRMNIAJ-Nut : Santé Reproductive Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescent.e.s et Jeunes/Nutrition

TIC : Technologies 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

VBG : Violence Basée sur le Genre

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VPH : Papilloma Virus Humain

PREFACE

L'une des priorités du système de santé du Niger est d'offrir aux adolescents.e.s et aux jeunes des soins de santé de la reproduction de qualité, efficaces et efficients dans un esprit de justice, d'équité et d'intégration sociale. Pour cela, le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales vient d'élaborer à travers la Direction de la Santé de la Mère, de l'Enfant, des Adolescents et des Jeunes un Plan Opérationnel National Multisectoriel pour la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents.e.s et des Jeunes 2024-2026.

Il s'agit d'un instrument de travail qui permettra de focaliser les réformes du système de santé sur l'accessibilité des adolescents.e.s et des jeunes à des informations et à des soins et services de santé de la reproduction de qualité dans le but ultime d'améliorer leurs conditions de vie. Ce cadre national multisectoriel pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction a été conçu pour contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité des adolescents.e.s et des jeunes au Niger. Sa mise en œuvre et les résultats attendus dépendront dans une large mesure de la participation active de toutes les parties prenantes. Il nous appartient de prendre des actions qui peuvent aider cette frange de la population à s'intégrer pleinement dans le développement du pays.

Pour ce faire, j'invite les acteurs de prise en charge de la santé des Adolescents.e.s et des Jeunes à tous les niveaux de s'approprier ce document pour qu'il serve de base de plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à sa mise en œuvre qui permettra d'améliorer la santé des adolescents.e.s et des jeunes au Niger.

J'exprime toute ma gratitude aux différentes parties prenantes pour leur appui technique et financier dans l'élaboration et la dissémination de ce document combien important pour notre pays.

Le Ministre de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales

Médecin Colonel Major GARBA HAKIMI



INTRODUCTION

Le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS) à travers la Direction de la Santé de la Mère, de l'Enfant, des Adolescent.e.s et des Jeunes a élaboré le Plan Opérationnel National Multisectoriel de la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent.e.s et des Jeunes pour la période 2024-2026 afin de répondre aux besoins en santé des adolescent.e.s et des jeunes au Niger.

Il contribue à l'opérationnalisation du Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2022-2026 à travers ses quatre (4) principaux axes stratégiques : (i) amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sanitaires et sociales ;(ii) renforcement de la protection sociale des populations en santé ; (iii) amélioration de la prise en compte des questions de population et (iv) amélioration de la gouvernance en santé. Il s'aligne aux ODD 3, 4, 5 et est en cohérence avec la SDDCI 2035, le PDES 2022-2026 et le plan SRMNIAJ-Nut 2022-2026.

Ce document constitue le cadre de référence des actions de santé au profit des adolescent.e.s et des jeunes pour la période 2024-2026 et constitue un des outils contributifs à l'amélioration de la qualité de la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes.

Son élaboration répond au souci constant du système de santé qui est d'assurer des soins et services de qualité aux adolescent.e.s et aux jeunes partout où ils se trouvent en milieu scolaire, universitaire, extra-scolaire, communautaire, dans les milieux spéciaux et dans la rue.

Sa mise en œuvre permettra sans aucun doute de réduire les indicateurs de morbidité et de mortalité de ce groupe cible.

Le processus de son élaboration a requis la participation effective de tous les secteurs notamment les ministères en charge de la jeunesse et des sports, de l'éducation, de la promotion de la femme et protection de l'enfant, de la communication, de la culture, de l'emploi, les partenaires techniques et financiers, les organisations de la société civiles et les associations des jeunes.

Ainsi, le présent document est destiné principalement aux décideurs politiques, aux gestionnaires des programmes de santé , aux responsables des ONG et associations, aux cadres de la santé, aux superviseurs nationaux et internationaux, aux organisations de la société civile, aux acteurs communautaires et privés pour leur permettre de mieux définir et orienter leurs interventions en matière de Santé de la Reproduction des adolescent.e.s et des jeunes à tous les niveaux du système de santé au Niger.

I DEFINITIONS DES CONCEPTS :

Au sens du présent plan opérationnel national multisectoriel pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes, on entend par :

Adolescence : C'est la période de la vie comprise entre 10 et 19 ans, pendant laquelle une personne n'est plus un enfant, mais n'est pas encore un adulte. (OMS)

Adolescent : Tout individu dont l'âge est compris entre 10 et 19 ans. La catégorie « adolescent » chevauche celle des jeunes (15-24 ans). (OMS)

Attitude : Opinions d'une personne à propos d'une chose, d'un processus ou d'une personne influençant son comportement.

Besoins sanitaires : Notion de « besoin » utilisée dans le présent document recouvre les besoins ressentis et exprimés par les adolescent.e.s/jeunes ainsi que ceux définis par les professionnels de santé. Elle dépasse la simple notion de demande et tient compte des aptitudes des adolescent.e.s /jeunes à bénéficier des programmes de soins.

Compétence : Ensemble de connaissances suffisantes et d'aptitudes (psychomotrices, communicationnelles et décisionnelles) et d'attitudes nécessaires à l'exécution des actions et des tâches spécifiques avec un niveau de maîtrise défini.

Confidentialité : Respect du caractère privé des informations personnelles, notamment les informations contenues dans les dossiers de soins de santé.

Connaissances en matière de santé : Aptitudes cognitives et sociales et la capacité d'un individu, adolescent ou jeune, à accéder à l'information, la comprendre et l'utiliser de manière à promouvoir et préserver sa santé.

Droits : Droits des adolescent.e.s en matière de santé concernant notamment les points suivants jugement sur les valeurs, l'intimité des adolescent.e.s, protection contre les agressions physiques et verbales, informations confidentielles et protégées contre les risques de perte ou d'usage abusif, non-discrimination, participation de l'adolescent au processus de soins.

Jeunes : Personnes appartenant au groupe d'âge de 15 à 24 ans. (OMS)

Jeunesse : Période de la vie comprise entre 15 et 24 ans. (OMS)

Santé Sexuelle : " Etat de bien-être physique émotionnel, mental et social en matière de sexualité, pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou

d'infirmité". En d'autres termes elle est le comportement par rapport à la conception d'enfants, le fait d'avoir des rapports sexuels et la protection de nos organes sexuels et reproductifs. (OMS)

Toxicomanie : Dépendance physique et/ou psychologique d'une ou plusieurs substances chimiques exogènes, généralement toxiques (analgésiques, stimulants et autres psychotropes) sans justification thérapeutique tels que : tabac, alcool, médicaments, drogues diverses et synthétiques cannabis, cocaïne, méthamphétamine, fentanyl.

Violence Basée sur le Genre : Terme générique désignant tout acte nuisible perpétré contre la volonté d'une personne et qui est basé sur des différences entre hommes et femmes attribuées par la société.

II REFERENCES STRATEGIQUES INTERNATIONALES ET NATIONALES :

2.1 Au plan international

Le Niger a ratifié plusieurs textes et règlements internationaux relatifs à la protection des droits des adolescent.e.s et des jeunes tant sur le plan de la santé, que sur la jouissance des autres droits humains. Le présent plan s'en est inspiré. Il s'agit de manière exhaustive de :

La déclaration internationale des droits de l'homme de 1945 ;

La Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE) ;

La Convention sur l'Elimination de toutes formes de Discrimination à l'Egard des Femmes (CEDEF) ;

Les conclusions et recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994 ;

L'engagement de Luanda pour la Couverture Sanitaire Universelle en Afrique en 2014 ;

La Déclaration d'Abuja en 2001, demandant aux pays d'allouer 15 % des dépenses publiques totales au secteur de la santé ;

La Déclaration d'Alger (2008) sur la recherche en santé ;

La Déclaration de Ouagadougou (2008) sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique ;

Le Plan d'action de Maputo 2016-2030 pour l'opérationnalisation continentale de la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction et la Stratégie Africaine de Santé (2016-2030) ;

La Stratégie Opérationnelle pour la Jeunesse (2014 – 2021) de l'UNESCO ;

La Stratégie de la Jeunesse de la Francophonie (2015 – 2022) ;

Les Objectifs de Développement Durable (ODD) surtout l'ODD 3 qui vise à « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » ;

La Stratégie de la Jeunesse de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) ;

La stratégie Mondiale pour la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent 2016 - 2030.

2.2 Au plan national

Le plan s'inscrit dans l'application des textes fondamentaux du Niger, en l'occurrence :

La Constitution de la 7e République promulguée le 25 Novembre 2010

La loi N° 2006-16 du 21 Juin 2006 portant sur la Santé de la Reproduction au Niger et son décret d'application (Décret N°2019-408/PRN/MS du 26 Juillet 2019 ;

La loi N°2022-34 du 11 Juillet 2022 déterminant les principes fondamentaux de la santé et de l'hygiène publique ;

La Politique Nationale de la Santé de 2016 ;

La loi N° 2006-12 du 15 Mai 2006 relative à la lutte anti-tabac ;

La loi 2019-52 du 10 décembre 2019, relative à l'accès des personnes handicapées aux soins de santé, notamment dans la prise en charge totale des frais des examens et d'hospitalisation ;

La loi 2015 – 30 du 26 Mai 2015 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH ;

La Politique Nationale Genre de 2017 ;

La Politique Nationale de la Jeunesse adoptée en 2015 ;

La Politique Nationale de la Protection Sociale adoptée en 2011 ;

La Politique Nationale de la Population 2019-2035.

III CONTEXTE ET JUSTIFICATION :

L'élaboration du présent plan pour la santé des adolescent.e.s et des jeunes trouve sa justification dans le contexte international et national caractérisé par une croissance démographique. Cette situation nécessite un changement de stratégies et d'actions pour renforcer la demande, l'offre des soins et services aux adolescent.e.s et aux jeunes, tout en mettant en place un environnement favorable à la santé de ce groupe cible tout sensible et vulnérable.

3.1 Sur le plan international :

La santé en matière de reproduction est dominée par l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) affectée par l'insuffisance des ressources allouées au secteur de la santé et la faible adhésion des parties prenantes. Les problèmes et questions liés à la santé des adolescent.e.s et des jeunes traités par la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en septembre 1994, a constitué un point de départ du changement d'orientation vers la stratégie mondiale pour la qualité des services de santé.

3.2 Plan national

On assiste de temps en temps à des incursions des groupes armés terroristes dans l'Est et l'Ouest du pays (Diffa, Tillabéry, Tahoua, Maradi) avec l'enrôlement des jeunes dans une lutte fratricide. Les jeunes ont toujours été utilisés comme des boucs émissaires, or ils constituent l'avenir du pays. Toutefois, lorsqu'il s'agit de leur santé en matière de reproduction, un certain nombre de tabous brouillent la vue de la société et les jeunes sont toujours considérés au second plan.

Ce plan est en parfaite cohérence avec le Plan de Développement Economique et Social (PDES 2022- 2026) et le Plan de Développement sanitaire et Social (PDSS 2022- 2026).

IV ANALYSE DE LA SITUATION DES ADOLESCENT.E. S ET DES JEUNES AU NIGER :

4.1 Situation démographique

Avec une superficie de 1.266.491 km², la population du Niger est estimée à 25 369 415 habitants en 2023 selon les projections démographiques du RGPH IV de 2012. Cette population à prédominance rurale (83%) est très jeune car 49,6% ont moins de 15 ans ; l'âge médian est estimé à 15,2 ans en 2020. Selon les Projections démographiques de l'INS 2012-2024 :

La proportion d'adolescent.e.s (10-19 ans) dans la population totale est de : 24,5% en 2022 (24,8% chez les hommes et 24,3% chez les femmes) ;

La proportion d'adolescent.e.s (10-14 ans) dans la population totale est de : 13,5% en 2022 (13,7% chez les hommes et 13,4% chez les femmes) ;

La proportion d'adolescent.e.s (15-19 ans) dans la population totale est de : 11,0% en 2022 (11,1% chez les hommes et 10,9% chez les femmes)

Les adolescent.e.s et les jeunes de 10 à 24 ans constituent environ 33 % de la population (RGPH 2012) mais leur santé n'est pas aussi reluisante car ils ne bénéficient pas de toutes les attentions nécessaires.

4.2 Contexte éducatif

Taux d'achèvement au Primaire 53,9% en 2020 (56,5% chez les hommes et 51,1% chez les femmes) ;

Taux d'achèvement au 1er cycle de secondaire 18,8% en 2015 (21,7% chez les garçons et 15,9% chez les filles) ;

Taux d'achèvement au 2nd cycle de secondaire 7,4% (9,8% chez les garçons et 5% chez les filles) (Rapport d'Enquête auprès des Inspections Primaires 2019-2020 ; Annuaire statistique Ministère des Enseignements Secondaires).

4.3 Contexte socio -culturel

La population du Niger est composée de dix (10) groupes ethnolinguistiques qui sont : Arabe, Boudouma, Djerma-Songhaï, Gourmantché, Haoussa, Kanouri, Peul, Tassawaq, Touareg et Toubou. Les langues majoritairement parlées sont le Haoussa et le Djerma.

Sur le plan religieux, l'islam est la religion dominante, pratiquée par 99,3 % de la population. Les chrétiens 0,3%, les animistes 0,2% et les autres religions représentent 0,2%.

Les populations sont encore sous l'influence de certaines pesanteurs socioculturelles qui maintiennent des pratiques néfastes telles que l'excision, le lévirat, le mariage précoce et/ou forcé, etc., ce qui favorise la propagation du VIH, et des IST.

Sur le plan social, les inégalités de genre demeurent importantes : ces inégalités sont encore plus perceptibles à travers l'indice d'inégalité entre les sexes qui est de 0,642 (PDES 2022-2026), ce qui reflète les écarts entre trois domaines : (a) la santé reproductive (b) l'autonomisation et (c) l'activité économique des femmes.

Les facteurs culturels et religieux (tabous, mœurs, traditions) peuvent entraîner d'importantes variations dans l'exposition ou la vulnérabilité des jeunes aux risques liés à la santé. Les pesanteurs socio culturelles, la persistance des pratiques socioculturelles inadéquates ne contribuent pas à l'intégration sociale des jeunes dans leur milieu. Les valeurs sociétales de progrès, telles que l'honnêteté, la rigueur morale, le sens de l'entraide, la solidarité, le respect de la parole donnée, le don de soi, la tolérance, la dignité, l'amour du travail bien fait et l'hospitalité ont perdu progressivement leurs sens. La persistance des contre -valeurs est liée notamment à l'insuffisance de l'enseignement de l'éducation civique à l'école et à la faiblesse de l'éducation dans les familles.

La chefferie traditionnelle joue le rôle de gardien de tradition et mène des actions de sensibilisation, de promotion de certaines bonnes pratiques (inscription de tout événement familial à l'état civil, scolarisation de la jeune fille, autonomisation des jeunes) et de dissuasion sur certaines pratiques néfastes (mariage d'enfants, mutilations génitales féminines, toxicomanie, violences basées sur le genre).

4.4 Contexte économique

Sur le plan économique, le Niger est un pays à faible revenu, avec 80% de la population disposant de moins de 2\$ US par jour. Le sous-emploi lié au temps de travail et du chômage atteint pratiquement un tiers de la population active (29,8% dont 27,2% chez les hommes contre 35,7% chez les femmes ; ERI/ESI, 2019). La pauvreté monétaire des ménages passe de 45,4% en 2014 à 40,8% en 2019. Elle sévit plus en milieu rural (46,8%) qu'en milieu urbain (11,8%).

Le PIB nominal est de 7 909,30 milliards de FCFA (13435,30 millions de Dollars US) en 2020, soit 347 600 FCFA (590,5 US \$) par habitant et par an, avec une économie reposant principalement sur le secteur agro-pastoral (fortement dépendant des conditions climatiques difficiles) à travers des exploitations familiales, de taille réduite, pratiquant une agriculture de subsistance et dans celui de l'élevage.

Ces éléments expliquent que le Niger occupe toujours la dernière place en termes de classement d'Indice de Développement Humain qui était estimé à 0,386 en 2017 à 0,377 en 2020 (PNUD 2021).

La politique de santé du pays vit dans un environnement macro-économique instable où la dépense en santé ne saurait guère dépasser 6 à 7% du budget national contrairement aux engagements des chefs d'Etats et des chefs de gouvernements africains pris au sommet d'Abuja qui prévoit au moins 15%.

Pour les dépenses en santé des adolescent.e.s et des jeunes, il n'existe pas d'inscription budgétaire spécifique sur le budget national de la santé. Malheureusement la majorité des actions de santé au profit des adolescent.e.s et des jeunes sont prises en charge par les ménages (parents, familles) et par les partenaires au développement.

4.5 Contexte sanitaire

Les adolescent.e.s et les jeunes sont confrontés à plusieurs problèmes de santé (méconnaissance de leurs droits de santé, manque d'emploi et un accès limité aux services préventifs, curatifs et promotionnels) qui s'expliquent à travers les statistiques suivantes :

Premier rapport sexuel à l'âge de 15ans soit 42% et 75% à l'âge de 19ans ;

Mariages d'enfants : 30% avant 15ans et 77% avant 18ans;

Grossesses précoces : 40% avec ses complications (2/3 cas de fistules obstétricales et 34,4% des décès surviennent chez les adolescentes et les jeunes âgées de 15 à 19 ans);

Consommation d'alcool et de tabac : 16,4% pour les jeunes urbains et 4,7% aux jeunes ruraux ;

17,1% des suicides sont liés à la consommation des stupéfiants ¹;

Accidents de la route : 25,8% ;

Violences sexuelles : 7%²)

Selon des enquêtes qualitatives réalisées dans les districts sanitaires d'Aguié et Say par le Laboratoire d'Etudes et de Recherches Dynamiques, Sociales et le Développement (LASDEL) en juin 2011, les dépenses en santé des jeunes sont engrangées par les parents. Les comportements du personnel de santé constituent un facteur de blocage à la demande des soins de santé reproductive aux adolescent.e.s et aux jeunes. Ces attitudes négatives affectent la délivrance des préservatifs et des contraceptifs.

L'idéal serait d'améliorer l'état de santé des adolescent.e.s et des jeunes. L'atteinte de cet objectif doit passer par des interventions à haut impact dont les investissements dans la planification familiale, l'accouchement assisté par un personnel qualifié et le renforcement de l'offre des services en santé de la reproduction.

Pour cela plusieurs stratégies d'amélioration de la santé des adolescent.e.s et des jeunes ont été élaborées et mises en œuvre par l'Etat et ses partenaires (formation en SSRAJ, campagne de sensibilisation, forum des jeunes, journée active de l'offre, les campagnes numériques, dialogue parent-enfant etc.). Cette communication parent-enfant permet de renforcer les valeurs familiales et la responsabilité parentale.

La demande des soins et services de santé par les adolescent.e.s et les jeunes

Les adolescent.e.s et les jeunes constituent un groupe homogène aux besoins différents et changeable selon leur stade de développement et leurs conditions de vie. Plusieurs déterminants influencent cette situation : socio-culturels, religieux, économiques, sanitaires et environnementaux.

Selon l'OMS³ , de nombreux facteurs protègent ou entravent la santé des adolescent.e.s et des jeunes. Leur impact se manifeste à différents niveaux :

Au niveau individuel : par exemple l'âge, le sexe, les connaissances, les compétences et l'autonomie ;

¹ (INSEE 2013)

² Rapport étude VBG 2015

³ La sante pour les adolescent.e.s du monde : une deuxième chance pour la deuxième décennie, OMS 2014

Au niveau des familles et des pairs avec lesquels les adolescent.e.s ont les relations les plus étroites ;

Dans leurs communautés et au travers des organisations qui offrent aux adolescent.e.s et jeunes des services et des opportunités, comme l'école et les établissements de santé ;

Et enfin, par les pratiques et normes culturelles, par l'intermédiaire des médias interactifs numériques et traditionnels, et aussi par les déterminants sociaux, notamment les décisions politiques sur la répartition des ressources et du pouvoir et sur le respect des droits de l'homme.

Au Niger, selon une évaluation des besoins en SSRAJ menée en 2022 par la DSAJ, avec l'appui financier de l'Unicef, il est ressorti plusieurs besoins issus du regroupement des réponses obtenues lors de la collecte des données dans les huit régions du pays résumés en ces termes :

Les adolescent.e.s et les jeunes ont besoin qu'on leur parle des changements qui interviennent dans leurs corps : 33% d'entre eux ne parlent pas avec quelqu'un des changements physiques constatés de leurs corps. Les personnes avec qui les adolescent.e.s et jeunes communiquent des changements physiques sont les mères, les amis et le père à des proportions respectives de 37%, 36% et 13%.

Les adolescent.e.s et les jeunes ont besoin d'informations sûres et fiables. La proportion des adolescent.e.s et des jeunes qui n'ont pas entendu parler de la santé sexuelle reproductive est de 29%. Les principaux canaux d'informations sur les questions de santé sexuelle reproductive des adolescent.e.s et des jeunes sont l'école, les amis, la radio et les agents de santé à des proportions respectives de 22%, 20%, 15% et 10%.

Certains aspects de la santé sexuelle et reproductive sont peu connus par les adolescent.e.s et jeunes, par exemple « gérer le postpartum » à 4%, « les VBG » à 6% et « utiliser les contraceptifs » à 22%.

58% des adolescent.e.s et jeunes ne connaissent pas l'existence des centres qui fournissent des informations et des services sur la santé sexuelle et reproductive uniquement aux adolescent.e.s et aux jeunes

45% des adolescent.e.s et jeunes ne connaissent pas les prestations offertes pour satisfaire les besoins des adolescent.e.s et jeunes en santé de la reproduction.

59% des adolescent.e.s et jeunes n'ont pas bénéficié des prestations en SRAJ

21% des adolescent.e.s et jeunes ne sont pas satisfaits des prestations offertes dans les centres de santé

23% des adolescent.e.s et jeunes ne connaissent pas des comportements à risques

37% des adolescent.e.s et jeunes handicapés ont rapporté qu'ils sont stigmatisés par leurs proches et que le reproche de la stigmatisation le plus cité est la dépendance à 57%.

Les adolescent.e.s et les jeunes sont également confrontés à des obstacles liés:

A l'accès aux informations et services de santé adaptés mais aussi à un environnement peu favorable (socio-culturel économique, politico légal et institutionnel) :

Exposition à des maladies et des décès évitables ;

Victimes de violence et de discrimination dans leur milieu de vie ;

Conditions difficiles (pauvreté récurrente des ménages, faible taux d'achèvement du cursus scolaire).

De nombreux adolescent.e.s et de jeunes vivent en situation de vulnérabilité extrême (personnes handicapées, jeunes vivants avec le VIH, jeunes en situation d'urgence humanitaire, les adolescent.e.s et jeunes de la rue) qui sont le plus souvent marginalisés et discriminés.

L'éducation à la santé reproductive des adolescent.e.s et des jeunes

La situation de la santé reproductive des adolescent.e.s et jeunes est caractérisée par des grossesses précoces et non désirées, des avortements provoqués, clandestins, des rapports sexuels précoces et non protégés, le multi partenariat, de la toxicomanie une prévalence de VIH/sida de 0,8% (15-24 ans) ⁴ et la toxicomanie.

Ainsi selon l'ENAFEME 2021, les adolescentes âgées de 15 à 19 ans contribuent à 25% de la fécondité, 28% des femmes de 15-28 ans ont eu des rapports sexuels avant 15ans.

Les conseils de service en matière de contraception

Au Niger, un contraste récurrent subsiste entre le niveau élevé de connaissances et le faible taux d'utilisation des méthodes contraceptives. Comme recommandation de la Conférence internationale sur la population et le développement (Caire, 1994), le Niger a multiplié les actions pour offrir aux adolescent.e.s et aux jeunes une gamme variée de méthodes contraceptives modernes. C'est ainsi que plusieurs canaux (médias, centre de santé, école, etc.) sont utilisés pour faire connaître ces méthodes afin d'accroître leur utilisation. Toutefois, selon les données de la quatrième enquête démographique et de santé du Niger, plus de quatre femmes âgées de 10 à 24 ans sur cinq (82,1 %) connaissent au moins une méthode contraceptive moderne. En

⁴ Rapport SSG 2019

revanche, seulement 8,6 % de ces adolescentes et jeunes utilisent les méthodes contraceptives modernes⁵.

Plusieurs déterminants expliquent cette faible utilisation de la contraception par les adolescentes dont :

L'attitude personnelle des adolescentes (15-19 ans) elles-mêmes 66%,

Les adolescentes qui utilisent la PF ont des mœurs légères,

79% des adolescentes de cette tranche estiment que la PF concerne uniquement les femmes mariées. ⁶

Les soins prénatals, post partum et post natals

Le PDSS 2022-2026 indique que les adolescent.e.s et les jeunes utilisent très faiblement les services de santé du fait des difficultés liées au système de santé (l'inadéquation des formations sanitaires à répondre à certains de leurs besoins et les pesanteurs socioculturelles et religieuses etc.). Cette sous-utilisation des services a des conséquences sur leur santé telles que ressorti, dans l'EDSN (2012) et l'ENISED (2015) :

46% des adolescentes de 15-19 ans présentent une anémie

Faible poids à la naissance qui est de 14,4% lorsque la mère a moins de 20 ans ;

Deux tiers des cas de fistules obstétricales surviennent chez les adolescentes ;

Le ratio de mortalité maternelle a été estimé à 520/100 000 NV ;

34,4% décès chez les adolescentes de 15-19 ans sont liées à la grossesse et ses complications, ce qui représente 15,5% de l'ensemble des décès maternels.

V La prévention et la prise en charge des IST/VIH/ Sida

La prévalence du VIH dans la tranche d'âge 15-24 ans est de 0,8% ⁷.

Il existe un lien étroit entre la prévalence du VIH et certaines caractéristiques des adolescents et jeunes : l'âge, le niveau d'instruction, l'exercice d'une activité, le revenu mensuel et la situation professionnelle. Ces caractéristiques incluent les comportements sexuels et les attitudes des adolescents et des jeunes dans leurs activités sexuelles.

Trois (3) enquêtes sur cinq soit 73,6% ont connaissance d'un ou plusieurs lieux de prise en charge des IST et du VIH où ils peuvent aller se faire prendre en charge (Source : SSG-Niger, 2019). Les adolescent.e.s ont souvent un accès limité aux services de santé et les utilisent peu. Pour ceux qui ont moins de 18 ans, les préjugés

⁵ Connaissance des méthodes contraceptives chez les jeunes et les adolescent.e.s au Niger, L'Initiative OASIS Niger, 2021

⁶ PMA Niger 2021

⁷ Rapport SSG 2019

liés à l'âge du consentement empêchent souvent l'accès à un certain nombre de services de santé notamment les services de VIH et SSR. Ces obstacles limitent également la capacité ces derniers d'exercer leur droit à être informés et à prendre des décisions indépendantes. Les adolescent.e.s et les jeunes notamment ceux issus des populations clés doivent avoir accès à des informations et services personnalisés et adaptés à leur âge

Mais, il existe toujours un paradoxe important entre la connaissance des structures de prise en charge des IST et du VIH et la fréquentation de ces services par les adolescent.e.s et les jeunes.

Pour prévenir les IST/VIH/Sida et les grossesses non désirées l'usage systématique du préservatif et l'abstinence sont les moyens les plus efficaces.

Des opportunités doivent être offertes à ces jeunes pour participer de manière significative à la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes.

La lutte et la prévention contre les VBG et les pratiques traditionnelles préjudiciables

Selon l'enquête nationale sur les VBG 2021, le mariage des enfants reste préoccupant au Niger. En effet, il ressort des résultats qu'une femme sur quatre âgées entre 25 et 29 ans (24,9%) était déjà mariée avant l'âge de 15 ans. Près de deux femmes sur trois (63,6%) étaient déjà en union à 18 ans. Par ailleurs, l'analyse selon l'âge montre qu'au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, les catégories les plus touchées étaient les 20-24 ans (13,3%) et, dans une moindre mesure, les 10-14 ans (11,4%) et les 25-29 ans (11,4%). Dans la même ligne, l'enquête PMA2020 indique que l'âge médian au premier mariage des femmes de 20-49 ans, qui fournit une meilleure indication de l'âge au premier mariage, est passé de 15,8 à 16,6 ans. Par ailleurs, l'enquête fait ressortir que les adolescentes de 10-14 ans et celles âgées de 15-19 ans ont 13,8 fois plus de risque de subir les violences physiques et que les violences sexuelles sont plus importantes chez les adolescent.e.s de 15 à 19 ans où elles représentent 4,4% (dont 7,1% pour les adolescentes et 0,5 % pour les garçons).

Les résultats positifs obtenus ces dernières années en matière de retardement du mariage peuvent être expliqués par des actions ciblées agissant sur les principaux déterminants socioculturels de la fécondité, qui concernent principalement les problématiques liées à l'éducation des filles, au mariage d'enfants et à la faible demande et utilisation des produits de santé. A cela il faut ajouter l'utilisation de plusieurs approches telles que : la célébration des journées (16 jours d'activisme) de lutte contre les VBG, les avocats genre, les espaces surs, les fadas des filles, les caravanes de sensibilisation des chefs traditionnels, l'Approche Communautaire de Protection de l'Enfant (ACPE), l'Initiative pour les adolescents (Illimin), les gouvernements scolaires, l'approche des organisations de femmes Mata Masu Dubara (MMD), l'approche des clubs de futurs maris, celle de l'école des maris.

La réponse à la lutte contre les VBG au niveau national est amorcée avec la création des centres offrant des services essentiels aux personnes survivantes de VBG notamment, l'ouverture de quatre Centres Multifonctionnels de Prise en Charge Holistique des victimes des Violences Basées sur le Genre, à Maradi, Tahoua Tillabéry et Zinder :

Zinder et Tillabéry : appuyés par UNFPA ;

Maradi et Tahoua : appuyés par ONUFEMMES ;

D'autres centres de prise en charge existent aussi :

Le centre multifonctionnel de Sayam forage (Diffa) : crée par l'UNFPA en 2018 et géré par l'ONG COOPI ;

Le centre d'accueil et d'hébergement dénommé « Maison de l'Espoir » à Niamey de l'ONG SOS FEVVF ;

La salle d'écoute dans l'enceinte de la maternité de Tanout, SOS FEVVF mise en place par un projet de la Croix Rouge Nigérienne (CRN) sous financement de l'AFD ;

Des salles d'écoute dans l'enceinte des directions régionales de Maradi et de Zinder.

Les vulnérabilités, précarités, exposition aux abus et violences faites aux adolescent.e.s et aux jeunes

L'insécurité et La violence perpétrées dans le sahel et l'instabilité croissante dans les pays voisins (Libye, Mali, Nigeria, Burkina Faso, Tchad) exacerbées par la pauvreté, la promiscuité, la consommation de stupéfiants et des substances psychoactives ont rendu difficile la protection de cette frange de la population. La consommation de l'alcool et celle de la drogue exposent les adolescent.e.s et les jeunes aux abus et aux violences .

Pour éliminer les violences, le Niger a démontré son engagement à travers l'élaboration d'un plan stratégique national contre le mariage des enfants et une loi criminalisant la pratique des mutilations génitales féminines (MGF). Ces stratégies viennent accompagner l'Initiative Spotlight (Spotlight programme Niger, 2021).

Selon une Étude sur la prévalence et les causes de la violence basée sur le genre en milieu scolaire, diligentée par le Ministère en charge de l'Éducation en février 2017, Les adolescentes subissent une multitude de types et de manifestations convergentes de VBG, allant de la privation d'éducation, au mariage précoce et forcé et l'exposition à la violence : (48,6% de garçons contre 47,5% de filles) avec : les violences physiques (68%) des élèves et les violences psychologiques 32%.

L'environnement habitant pour une meilleure santé des adolescent.e.s et jeunes

Le contexte sécuritaire de la sous-région Ouest Africaine a fortement contribué au ralentissement économique dans certaines régions du pays affectant les conditions de vie des jeunes. Le grand nombre de jeunes désœuvrés s'adonnent à des

regroupements informels (fadas), parfois violents et pouvant être instrumentalisés vers des foyers de tensions et d'insécurité dans le pays.

L'absence d'un cadre d'échange entre Jeunes et autorités sur la relance économique et l'accès équitable à des opportunités d'emploi et d'entrepreneuriat occasionnent des frustrations parmi ces jeunes. Et les plus sensibles sont enrôlés dans des réseaux de trafiquants ou des groupes terroristes.

La situation est encore plus critique chez les jeunes filles dont la majorité n'achève pas le cycle secondaire pour cause de mariages précoces et/ou forcés avec pour conséquence directe un accès limité à des opportunités indispensables à leur épanouissement. Ce qui peut être un des facteurs augmentant le taux de chômage de 13% en 2011 à 17% en 2014 (ENISED, 2016). Il est plus marqué chez les jeunes de 15- 29 ans avec un taux de 23,7% (ECVMA 2011). Le sous-emploi quant à lui affecte 68,4% de la population active (ECVMA 2014). Il sévit principalement en milieu rural avec 70,4% de la population active.

Tous ces facteurs (chômage, sous-emploi, manque ou l'insuffisance d'opportunités économiques notamment ruraux et diplômés ainsi que le manque d'initiatives d'entrepreneuriat) constituent des contraintes certaines à l'insertion socio-économique des jeunes. A ceux-ci, il faut ajouter les difficultés d'accès au financement et au renforcement des capacités de manière générale.

Aussi, les jeunes et adolescent.e.s vivent dans un environnement qui les rend plus vulnérables à des pratiques préjudiciables à leur santé. Ils éprouvent d'énormes difficultés d'accès aux services de santé pour des raisons d'ignorance et par manque de moyens financiers, aggravées par des facteurs socioculturels et certaines pratiques traditionnelles néfastes. A cela s'ajoute d'autres défis comme l'entrée précoce des adolescentes dans la vie procréative, qui réduit considérablement leurs opportunités scolaires et professionnelles et leur autonomisation économique. En termes de gouvernance, la Direction de la Santé de la Mère, de l'enfant des Adolescents et des Jeunes a travers la division de la SSRAJ a mené des actions majeures sur la multisectorialité (Education, Jeunesse et sports, Promotion de la femme, Formation professionnelle ...), l'offre des soins à travers 35 CSI amis des jeunes, 67 infirmeries scolaires, universitaires et grandes écoles, 33 centres de promotion des jeunes (en 2021) et 145 espaces sûrs (ILLIMI 2023).

VI ANALYSE SWOT/FFOM DE LA SANTE DES ADOLESCENT.E. S ET DES JEUNES :

6.1 Forces

Les forces dans la santé des adolescent.e.s et des jeunes sont entre autres :

La volonté politique affichée par le Gouvernement nigérien pour améliorer la santé des adolescent.e.s et des jeunes ;

L'existence d'une division de la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes ;

L'existence des textes législatifs et réglementaires (lois et politiques nationales garantissant le droit des adolescent.e.s et des jeunes) ;

L'existence d'une politique de santé ;

L'existence d'une politique de la jeunesse ;

L'existence d'une politique de genre ;

Les réformes sectorielles comme la visibilité des activités sur le terrain, le rehaussement du plateau technique et la dotation en médicaments et consommables dans plusieurs formations sanitaires ;

L'existence dans ces formations sanitaires d'un personnel qualifié et engagé ;

L'adhésion des leaders religieux et coutumiers en faveur de la santé des adolescent.e.s et des jeunes ; l'intégration des services SSRAJ dans le paquet minimum d'activité des formations sanitaires ;

L'implication des structures organisées, les adolescent.e.s et les jeunes dans tout le processus de planification ;

La création de plusieurs organisations de jeunes œuvrant dans le domaine de la SSR. ;

L'accompagnement des partenaires techniques et financiers.

6.2 Faiblesses

L'insuffisance dans la vulgarisation des politiques et les législations en matière de la santé des adolescent.e.s et des jeunes ;

L'insuffisance de l'intégration et continuité des services aux jeunes et adolescent.e.s à tous les niveaux de soins ;

L'insuffisance dans l'adaptation des prestataires de soins (personnel âgé) ;

Le dysfonctionnement des organes de coordination (Comité de pilotage et comité technique) ;

Insuffisance dans la coordination intersectorielle des interventions pour l'amélioration de la santé des adolescent.e.s et des jeunes ;

L'environnement peu favorable : des textes législatifs et réglementaires ainsi que des documents normatifs, de politique, de stratégie, de planification et d'évaluation ;

Les infrastructures non adaptées aux besoins des adolescent.e.s et des jeunes :

Insuffisance des documents stratégiques nationaux en matière d'offre de services de santé intègres adaptés aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes (consultation en milieu scolaire, dépistage et prise en charge des pathologies courantes, suivi des élèves à maladies chroniques, orientation des malades vers des centres de prise en

charge de proximité, référencement et prise en charge des survivantes de VBG et enfin la consultation pré-nuptiale etc.-----) ;

L'insuffisance de l'identification des interventions à haut impact en santé des adolescent.e.s et des jeunes (la fourniture d'eau et d'installations sanitaires, la gestion de l'hygiène menstruelle) ;

Non disponibilité des données sur la santé des adolescent.e.s et des jeunes (données désagrégées par sexe, par âge de 10-14 ans, 15-19 ans et 20 - 24 ans et par milieu de vie) dans les supports de collecte des données ;

La non prise en compte des besoins spécifiques en matière de SSR des adolescent.e.s et les jeunes.

6.3 Opportunités

L'engagement du Gouvernement en faveur de la santé des adolescent.e.s et des jeunes ;

La présence de nombreux Partenaires Techniques et Financiers d'appui ;

L'adhésion de la communauté aux actions de la santé des adolescent.e.s et des jeunes ;

L'existence des cadres de concertation de la santé globale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Existence des centres intégrés numériques (villages intelligents) ;

6.4 Menaces

Manque d'emplois des adolescent.e.s et des jeunes ;

Déscolarisation massive des adolescent.e.s et des jeunes ;

L'instabilité politique ;

L'insécurité ;

L'opposition de certains religieux, et parents à l'ESRAJ ;

Les catastrophes naturelles ;

La prolifération des drogues multiples et leur abus par les adolescent.e.s et jeunes.

VII APPROCHE METHODOLOGIQUE D'ELABORATION DU PLAN :

L'élaboration de ce plan s'est passée en trois phases :

7.1 Phase préparatoire

Cette phase a consisté :

Mise en place d'un groupe technique de travail ;

Organisation d'un atelier de préparation sur les leçons tirées de l'analyse de l'ancien plan (2017-2021) ;

Organisation d'un atelier de réflexion sur l'analyse des déterminants en SSRAJ ;

Enquête sur l'évaluation des besoins en SSRAJ.

Phase de revue documentaire

La Phase de revue documentaire a été conduite de la manière suivante :

Collecte des documents de référence : stratégiques, politiques, Juridiques ;

Collecte des documents ayant trait à la santé des adolescent.e.s et des jeunes : sur le plan international, sous-régional et national :

Analyse et exploitation de ces documents.

7.2 Phase de rédaction

La rédaction de ce document a connu plusieurs étapes :

Regroupement des éléments suffisants (informations fiables) ;

Montage du plan de présentation du draft ;

Elaboration du draft 0 du plan ;

Consolidation du draft 0 par la DSAJ ;

Atelier d'enrichissement du draft 0 ;

Atelier de consolidation et de validation du draft final ;

Travaux de finalisation du plan par un groupe restreint.

VIII CIBLES DU PLAN :

Les cibles concernées par le plan sont :

8.1 Les cibles primaires

Les adolescent.e.s et les jeunes scolarisés ;

Les adolescent.e.s et les jeunes déscolarisés ;

Les adolescent.e.s et les jeunes non scolarisés ;

Les adolescent.e.s et les jeunes handicapés ;

Les adolescent.e.s et les jeunes en situation d'urgence (migrants, déplacés, réfugiés, les enfants de la rue) ;

8. 2 Les cibles secondaires

- Les parents et tuteurs ;
- Les organisations et associations de jeunesse.
- Les agents de santé ;
- Les enseignants ;
- Les animateurs de jeunesse ;
- Les ONG et associations ;
- Les autorités sanitaires ;
- Les autorités administratives ;
- Les élus locaux ;
- Les leaders communautaires et religieux ;
- Les autorités coutumières ;
- Les relais communautaires ;
- Les acteurs de médias ;
- Les PTFs.

IX LEÇONS TIREES DU PLAN STRATEGIQUE 2017-2021

Lors de l'évaluation du Plan Stratégique National Multisectoriel Santé des adolescent.e.s et des Jeunes (PSNMSAJ) 2017-2021, les principales leçons apprises relevées et qui méritent d'être prises en compte dans le nouveau plan sont :de financement du plan :

Faible appropriation du plan par les acteurs sur le terrain ;

Non-respect des engagements pris par certains PTF ;

Faiblesse dans la visibilité des interventions de la DSAJ et des partenaires en périphérie ;

Faible implication des jeunes dans la mise en œuvre des activités en santé des adolescent.e.s et jeunes;

Insuffisance dans la collaboration et la coordination intersectorielle ;

Non disponibilité des données SSRAJ désagrégées dans le DHIS2.

X CADRE STRATEGIQUE

10.1 Vision

Le Niger est une nation moderne et émergente où les adolescent.e.s et les jeunes y compris ceux en situation de vulnérabilité, jouissent de tous leurs droits en santé (un accès universel à l'information, aux soins et aux services de santé de qualité) en toute liberté, sans aucune forme d'exclusion, de discrimination ou de violence et avec leur pleine participation.

10.2 But

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des adolescent.e.s et des jeunes en vue de l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle.

10.3 Axes stratégiques

- Renforcement de la gouvernance, du leadership et du financement de la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes ;
- Renforcement de l'information et de la communication pour un changement social et comportemental ;
- Accessibilité et disponibilité des services de santé sexuelle et reproductive de qualité aux adolescent.e.s et aux jeunes ;
- Amélioration de la gestion des données sanitaires en santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes.

10.3.1 Axe stratégique 1 : Renforcement de la gouvernance, du leadership et du financement de la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes

Le renforcement de la gouvernance, du leadership et du financement en santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes se fera à travers le plaidoyer pour l'actualisation des textes existants et le suivi de l'application des textes et des documents de politique. Il s'appuiera également sur les cadres de concertation et d'échanges entre acteurs.

Objectifs spécifiques

OS1.1 : Améliorer l'environnement législatif et réglementaire de la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes ;

OS1.2 : Renforcer la coordination et la multisectorialité en SSRAJ ;

OS1.3 : Mobiliser les ressources pour le financement du PONMSSRAJ ;

OS1.4 : Renforcer le leadership des adolescent.e.s et jeunes y compris ceux en situation de vulnérabilité en SSRAJ.

10.3.2 Axe stratégique 2 : Renforcement de l'information et de la communication pour un changement social et comportemental

Pour renforcer l'information et la communication pour un changement social et comportemental, l'accent sera mis sur des actions de mobilisation sociale et communautaire et aussi sur le plaidoyer en faveur de la SSRAJ à travers les canaux traditionnels et digitaux.

Objectifs spécifiques :

OS2.1 : Renforcer la promotion des droits et santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes ;

OS2.2 : Renforcer les capacités des acteurs de la SSRAJ sur le plaidoyer et la communication pour un changement social et comportemental ;

OS2.3 : Promouvoir l'innovation et l'utilisation rationnelle des TIC pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes.

10.3.3 Axe stratégique 3 : Accessibilité et disponibilité des services de santé sexuelle et reproductive de qualité aux adolescent.e.s et aux jeunes.

L'accessibilité et la disponibilité des services adaptés aux adolescent.e.s et aux jeunes seront assurées à travers l'offre des soins de santé sexuelle et reproductive de qualité et la dotation des structures en ressources humaines et matérielles appropriées, équipement, médicaments et consommables. Ceci se fera également par le renforcement des capacités des acteurs sur l'offre des services.

Objectifs spécifiques

OS3.1 : Adapter les structures de soins aux adolescent.e.s et aux jeunes, y compris les personnes handicapées;

OS3.2 : Améliorer l'offre de paquet de services minimum aux adolescent.e.s et aux jeunes, y compris ceux en situation de vulnérabilité ;

OS3.3 : Améliorer l'état nutritionnel des adolescent.e.s et des jeunes ;

OS3.4 : Renforcer les capacités des acteurs de la SSRAJ sur l'offre de services et des soins de santé aux adolescent.e.s et aux jeunes.

10.3.4 Axe stratégique 4 : Amélioration de la gestion des données en santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes.

Pour la gestion des données sanitaires, l'accent sera mis sur le suivi/évaluation des activités de la SSRAJ, l'analyse des indicateurs des activités de la SSRAJ et la promotion la recherche opérationnelle en SSRAJ.

Objectifs spécifiques :

OS4.1 : Renforcer le système de Suivi/Evaluation des activités de la SSRAJ ;

OS4.2 : Renforcer le suivi et l'analyse des indicateurs des activités de la SSRAJ ;

OS4.3 : Promouvoir la recherche opérationnelle en SSRAJ.

XI Principes directeurs

Le Plan stratégique National Multisectoriel 2024-2026 pour la Santé des adolescent.e.s et des jeunes, dans son élaboration, son exécution, son suivi-évaluation s'est principalement aligné au PDSS 2022-2026 et au plan SRMNIAJ/NUT 2022-2026 en respectant les valeurs socioculturelles positives du pays.

Il se base sur les principes ci-après :

- La bonne gouvernance ;
- La redevabilité ;
- Le partenariat ;
- La multisectorialité ;
- La parfaite implication et la responsabilisation des adolescent.e.s et des jeunes ;
- L'appropriation ;
- Le genre ;
- L'équité et l'égalité de chance ;
- L'intégration et la continuité des soins ;
- L'inclusion sociale ;
- Le Droit à la santé.

XII CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN

12.1 Les organes de la coordination

Au niveau national

Le pilotage sera assuré par le Cadre de Concertation Multisectoriel en Santé de la Reproduction (CCMSR) qui est l'organe de prise de décisions de haut niveau en matière de SR mis en place par arrêté N°00648/MSP/SG/DGSR du juin 2019.

Le Comité National Technique d'Orientation et de Coordination présidé par le DGSR est l'organe exécutif pour le suivi de la mise en œuvre du plan. Ce comité se réunit chaque trimestre et chaque fois que le besoin se fait sentir. Il est composé des :

- Directions générales ;
- Directions centrales ;
- Partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine ;

- ONG/associations intervenant dans le domaine ;
- Parents d'élève et étudiants ;
- Associations des jeunes y compris celles des personnes handicapées.

Au niveau régional

Le Comité Technique Régional de Coordination et d'Intervention est l'organe exécutif pour le suivi de la mise en œuvre du plan au niveau de la région ; il est présidé par le Secrétaire Général de la Région. Ce comité se réunit chaque trimestre et autant de fois que le besoin se fait sentir.

Au niveau départemental

Le Comité Technique Départemental de Coordination et d'Intervention est l'organe exécutif pour le suivi de la mise en œuvre du plan au niveau départemental et communal ; il est présidé par le Secrétaire Général du département. Ce comité se réunit chaque trimestre et autant de fois que le besoin se fait sentir.

XIII Rôles et responsabilités des parties prenantes

La gestion de la santé des adolescent.e.s et des jeunes nécessite d'adopter une approche inclusive et multisectorielle. Il s'agit de renforcer l'intégration de la santé de la reproduction des adolescent.e.s et jeunes à tous les niveaux. Pour renforcer la redevabilité et la synergie d'action en faveur de la santé des adolescent.e.s et des jeunes, l'analyse des parties prenantes a permis de faire ressortir les rôles et les responsabilités de chacun dans la mise en œuvre du plan.

13.1 Le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales

Le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales assure le leadership de la mise en œuvre de ce plan. Il se chargera de la coordination stratégique et technique des interventions de la santé des adolescent.e.s et des jeunes et de la mobilisation des ressources.

13.2 Le Ministère de la Jeunesse, de la Culture, des Arts et du Sport

Le Ministère de la Jeunesse, de la Culture, des Arts et du Sport est chargé de promouvoir les activités sportives et culturelles et de véhiculer les informations en faveur de la santé des adolescent.e.s et des jeunes. Il doit promouvoir la construction et la fonctionnalité des centres de promotion des jeunes et la capitalisation des bonnes pratiques en santé des adolescent.e.s et des jeunes. Il a aussi en charge le renforcement des capacités des acteurs des centres de promotion des jeunes tout en facilitant aux adolescent.e.s et aux jeunes l'accès aux services de santé de la reproduction adaptés à leurs besoins.

13.3 Le Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Alphabétisation, de l'Enseignement Professionnel et de la Promotion des Langues Nationales

Il procédera en collaboration avec le MSP/P/AS au renforcement des capacités des enseignant.e.s en matière de la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et

des jeunes, à la création et à la gestion des infirmeries scolaires. Il se chargera de la mise en œuvre de la feuille de route nationale de l'Education en Santé de la Reproduction des Adolescent.e.s et des Jeunes (ESRAJ) dans les établissements de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel. Il assurera également la promotion de la paire éducation à travers les clubs de santé scolaire.

13.4 Le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation Technologique

Il se chargera de poursuivre l'intégration de l'ESRAJ dans les curricula de formation des étudiants au niveau de l'Ecole Normale Supérieure et des facultés des sciences de l'éducation. Il a aussi en charge de faciliter aux adolescent.e.s et aux jeunes l'accès aux services et à des soins de santé de la reproduction adaptés à leurs besoins dans les universités et les grandes écoles.

XIV Les Partenaires Techniques et financiers

Le rôle des partenaires est d'apporter un appui technique et financier en accompagnant efficacement l'action gouvernementale en SSRAJ. Ils soutiennent la mise en œuvre du PONMSSRAJ à travers des actions et modalités du partenariat définies par l'Etat pour une gestion efficace et efficiente des ressources selon les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement.

14.1 Les organisations non gouvernementales, les organisations de la société civile et les organisations confessionnelles

Elles ont pour missions de mobiliser les communautés en faveur de la santé des adolescent.e.s et des jeunes et faciliter les interventions à base communautaire. Elles facilitent également l'accès aux informations fiables et l'offre des services intégrés aux adolescent.e.s et aux jeunes. Elles assurent la défense des droits en Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent.e.s et Jeunes auprès des décideurs et aussi la mobilisation des ressources financières pour la SSRAJ.

14.2 Les organisations des jeunes

Elles se chargeront de la mobilisation et la sensibilisation des adolescent.e.s et des jeunes de toutes les régions. Elles participeront à la programmation, la mise en œuvre et le suivi des activités de la SSRAJ à tous les niveaux.

14.3 Les leaders religieux et les Chefs traditionnels

Ces leaders jouent un grand rôle dans le respect des normes sociales, à savoir : combattre les tabous, les préjugés et les pratiques néfastes. Ils apportent un soutien social, psychologique et légal aux couches vulnérables.

14.4 Les parlementaires

Ils sont chargés d'adopter les lois et le budget en matière de SSRAJ.

14.5 Les élus locaux

Les élus locaux contribuent à la coordination des actions de SSRAJ et à l'allocation des ressources nécessaires aux actions de développement des jeunes.

14.6 Les médias

Les médias traditionnels et digitaux seront utilisés pour accompagner la sensibilisation et le plaidoyer en vue d'un changement social et comportemental en faveur de la SSRAJ.

XV Mécanismes de suivi et d'évaluation

Le suivi et l'évaluation des activités sont sous la responsabilité de la Direction Générale de la Santé de la Reproduction appuyée par les Directions Nationales en charge de la question des adolescent.e.s et des jeunes des ministères concernés. Au niveau régional, les Directeurs Régionaux sont aidés par leurs homologues des ministères concernés. Les médecins chefs au niveau des districts et communes sont assistés par les Directeurs départementaux.

Ce système permettra de :

- Apprécier l'efficacité et l'efficacités des interventions et stratégies ;
- Mesurer le niveau d'atteinte des résultats attendus de ce plan ;
- Ajuster en cas de changements indispensables ;
- Utiliser rationnellement les ressources ;
- Documenter les meilleures pratiques en vue de leur dissémination.

Suivi des activités

Le suivi des activités sur le terrain sera assuré par les points focaux SSRAJ au niveau opérationnel. Les données collectées des CSI seront transmises aux Chargés de la Surveillance Epidémiologique (CSE) des Districts sanitaires de rattachements pour traitement, analyse et transmission aux Services de Programmation et Informations Sanitaires (SPIS) qui à leur tour transmettront à la Direction de la Statistique. Au niveau régional, comme au niveau central, les progrès réalisés dans le domaine de la SSRAJ seront mesurés à travers le calcul et l'analyse des indicateurs de résultats.

Les données du suivi des activités seront obtenues à partir de :

- Données désagrégées du SNIS ;
- Rapports d'activités (mensuels/trimestriels) des points focaux ;
- Enquêtes périodiques auprès de la population (EDSN MICS,) ;
- Études spécifiques de recherche ;
- Les rapports d'activités des autres secteurs connexes.

Les supervisions formatives seront faites à différents niveaux pour corriger les insuffisances constatées dans la mise en œuvre des activités du PONMSSRAJ 2024-2026. Elles seront semestrielles pour le niveau national, trimestrielles pour le niveau régional et mensuelles au niveau opérationnel.

Evaluation

Le Plan Opérationnel National Multisectoriel Santé des Adolescents et des Jeunes sera mis en œuvre sur trois (03) ans 2024, 2025 et 2026. Il sera concrétisé sur le terrain à travers les plans d'actions annuels des directions concernées.

Pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs, ce plan sera évalué à travers une revue finale en 2026.

Tableau I Evolution des indicateurs de la santé des adolescent.e.s et des jeunes

Indicateurs	Valeur de base	Sources de Vérification	2024	2025	Cible 2026
Prévalence contraceptive chez les adolescent.e.s (15-19 ans) en union	5,60%	ENAFEME 2021	6,1%	6,6%	7,1%
Taux d'utilisation des contraceptifs par les jeunes de 15-24 ans	2,50%	ENAFEME 2021	3%	3,50%	4%
Pourcentage d'adolescent.e.s de 15-19 ans qui ont des besoins non satisfaits en planification familiale	4,10%	ENAFEME 2021	4,6%	5,1%	5,6%
La prévalence du VIH parmi les jeunes âgés de 15-24 ans	0,8 %	Rapports SSG 2019	0,75%	0,70%	0,65%
Taux de natalité chez les adolescent.e.s de inférieur à 15 ans pour 1 000 adolescentes du même groupe d'âge	4‰	ENAFEME 2021	3,5‰	3‰	2,5‰
Taux de natalité chez les adolescentes (15 à 19 ans) pour 1 000 adolescentes du même groupe d'âge	133‰	ENAFEME 2021	128‰	123‰	118‰
Pourcentage d'infirmeries des écoles, des centres d'écoute et les centres de promotion de jeunes, qui offrent des services de santé sexuelle et reproductive avec tous les éléments traceurs	2%	ENQUÊTE SARA 2019	2,5%	3%	3,5%
Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	13,30%	ENAFEME 2021	12,80%	12,30%	11,8%

XVI PLAN D'ACTION BUDGETISE 2024-2026

Programmation des activités

Tableau II : Cadre logique

Objectif global	Indicateurs	Sources et moyens de vérification	Hypothèses et risques
<p>Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des adolescents et des jeunes en vue de l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle</p>	<p>- Taux de natalité chez les adolescent.e.s de inférieur à 15 ans pour 1 000 adolescentes du même groupe d'âge</p> <p>-Taux de natalité chez les adolescentes (15 à 19 ans) pour 1 000 adolescentes du même groupe d'âge</p> <p>-Taux de Prévalence Contraceptives modernes chez les adolescentes et jeunes âgées de 15-19 ans</p> <p>-Prévalence du VIH parmi les jeunes âgés de 15-24 ans</p>	<p>Enquêtes</p> <p>ENAFEME</p>	<p>Hypothèse : Priorité accordée à la santé des adolescent.e.s et des jeunes</p> <p>Risques : Crise politique, Insécurité</p> <p>Non-respect des engagements entre l'Etat et ses partenaires</p> <p>Non adhésion de certains religieux</p> <p>Environnement peu favorable</p> <p>Catastrophes naturelles</p>
<p>Axe 1 : Renforcement de la gouvernance, du leadership et du financement en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes</p>			

Objectifs spécifiques		Indicateurs	Sources et moyens de vérification	Hypothèses et risques
OS1.1 : Améliorer l'environnement législatif et réglementaire de la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes		Proportion d'adolescentes mariées avant 18 ans	Enquêtes EDSN-MICS ENAFEME	Hypothèse : Priorité accordée au cadre juridique
Résultats	Activités			
Résultats1.1. L'environnement législatif et réglementaire de la santé des adolescents et des jeunes est amélioré	Elaborer et valider un argumentaire de plaidoyer pour le rehaussement de l'âge minimum pour le mariage de la fille de 15 ans à 18 ans	Un argumentaire de plaidoyer validé disponible	Archives de la DSME/AJ Site web du MSP/P/AS	Risques : Contexte politique, Non-respect des engagements entre l'Etat et ses partenaires, réticence de certains religieux et parents
	Organiser des rencontres de plaidoyer y compris un séminaire gouvernemental pour la révision du Code Civil en ce qui concerne l'âge minimum pour le mariage de la fille	Nombre des rencontres de plaidoyer organisées Nombre de séminaires gouvernementaux pour la révision du Code Civil	Rapports d'activités	
OS1.2 Renforcer la coordination et la multisectorialité en Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes		Nombre de cadres d'échange multisectoriels en SSRAJ fonctionnels à l'échelle nationale	PV des réunions tenues	Hypothèse : Priorité accordée à la synergie d'action
Résultats	Activités			

Résultat 1.2 : La coordination et la multisectorialité en Santé des Adolescents et des Jeunes sont renforcées	Mettre en place un comité technique national multisectoriel pour la SSRAJ (CTNM/SSRAJ)	Un arrêté portant création, composition et fonctionnement du CTNM/SSRAJ disponible Une réunion de mise en place du CTNM/SSRAJ organisée	Rapport de la réunion de mise en place du CTNM/SSRAJ	Risques : Contexte politique, niveau d'engagement des parties prenantes
	Mettre en place un comité technique multisectoriel pour la SSRAJ (CT SSRAJ) au niveau de chaque région	Nombre d'arrêtés portant création, composition et fonctionnement du CTRM/SSRAJ disponibles Nombre des réunions de mise en place du CTRM/SSRAJ organisées	Rapports des réunions de mise en place du CTRM/SSRAJ	
	Organiser les réunions semestrielles du CCM/SR	Nombre de réunions du CCM/SR tenues	Rapports de réunions	
	Organiser des réunions trimestrielles du comité technique National SSRAJ	Nombre de réunions du CTNM/SSRAJ tenues	Rapports de réunions	
	Organiser des réunions trimestrielles des comités technique régionaux SSRAJ	Nombre de réunions du CTRM/SSRAJ tenues	Rapports de réunions	
OS1.3 Mobiliser les ressources pour le financement du PONMSSRAJ 2024-2026		Taux de mobilisation financière du PONMSSRAJ	Rapports financiers	Hypothèse : L'engagement des PTF
Résultats	Activités			
Résultat 1.3 : Les ressources pour le financement du	Organiser une table ronde des partenaires techniques et financiers	Une table ronde des PTF et ONG organisée	Rapport d'activité	

PONMSSRAJ 2024-2026 sont mobilisées	et des ONG pour le financement du PONMSSRAJ 2024-2026			Risques : le non-respect des engagements pris par les partenaires, contexte politique et sécuritaire, catastrophes naturelles
	Organiser une table ronde des acteurs du secteur privé pour le financement du PONMSSRAJ 2024-2026	Une table ronde des acteurs du secteur privé organisée	Rapport d'activité	
	Elaborer un argumentaire de plaidoyer pour le financement de la SSRAJ par les collectivités territoriales	Un argumentaire de plaidoyer pour le financement de la SSRAJ par les collectivités territoriales élaboré	Rapport d'activité	
	Valider l'argumentaire pour le financement de la SSRAJ	Un argumentaire de plaidoyer validé pour le financement de la SSRAJ disponible	Archives de la DSME/AJ ; Site web du MSP/P/AS	
	Organiser une réunion de plaidoyer auprès des collectivités territoriales pour la prise en compte de la SSRAJ dans leurs documents de planification (PDC, PIA) dans les huit régions	Nombre de réunions de plaidoyer organisées	Rapports d'activités	
OS1.4 Renforcer le leadership des jeunes y compris ceux en situation de vulnérabilité en SSRAJ	Nombre de cadres de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ	PV des réunions	Hypothèse : Une forte adhésion des OSCs jeunes	
Résultats	Activités			

		fonctionnels à l'échelle nationale		Engagement des parties prenantes
Résultat 1.4: Le leadership des jeunes y compris ceux en situation de vulnérabilité en SSRAJ est renforcé	Mettre en place un cadre national de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ	Un cadre national de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ mis en place	PV de la réunion de mise en place du cadre national de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ	Risques : Manque de financement, conflit de leadership des jeunes
	Organiser des réunions trimestrielles du cadre national de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ	Nombre de réunions du cadre national de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ organisées	Rapports de réunions du cadre national de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ	
	Mettre en place un cadre de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ au niveau de chaque région	Nombre de cadres régionaux de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ mis en place	PV de mise en place de cadres régionaux de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ	
	Organiser au niveau des régions, des réunions trimestrielles du cadre de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ	Nombre de réunions de cadres régionaux de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ organisées	Rapports de réunions de cadres régionaux de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ	
Axe 2 : Renforcement de l'information et la communication pour un changement social et comportemental				

Objectifs spécifiques		Indicateurs	Sources et moyens de vérification	Hypothèses et risques
OS 2.1 : Renforcer la promotion des droits de la santé des adolescents et des jeunes		Taux d'utilisation des services par les adolescents et les jeunes	Enquêtes DHIS2	Hypothèses : Fréquentation des services de santé par les adolescents et les jeunes, utilisation des services SSRAJ par les adolescents et les jeunes, disponibilité des prestataires qualifiés en SSRAJ
Résultats	Activités			
Résultat 2.1 : la promotion des droits de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes est renforcée	Elaborer un plan de communication pour la mise en œuvre du PONMSSRAJ 2024-2026	Un plan de communication pour la mise en œuvre du PONMSSRAJ 2024-2026 disponible	Rapports d'activités Archives de la DSME/AJ Site web du MSP/P/AS	Risques : Manque de financement, réticence de certains religieux et parents en faveur de la promotion des DSSR
	Mettre en œuvre le plan de communication du PONMSSRAJ 2024-2026	Nombre d'activités du plan de communication réalisées	Rapports des revues annuelles du PONMSSRAJ 2024-2026 Rapport de l'évaluation finale du PONMSSRAJ 2024-2026	
	Mener des activités de création de la demande en faveur de la SSRAJ (Espaces surs, centres de promotion de jeunes, CAJ, universités, instituts et grandes écoles).	Nombre d'activités de création de la demande en faveur de la SSRAJ réalisées	Rapports d'activités Rapports de suivi	
	Organiser des activités de sensibilisation sur les thématiques SSRAJ lors de la célébration de la journée internationale de	Nombre d'activités de sensibilisation sur les thématiques SSRAJ lors de la célébration de la journée internationale de la GHM réalisées	Rapports d'activités Rapports de suivi	

	la GHM au niveau d'une région chaque année.			
	Célébrer la journée internationale de la jeune fille au niveau d'une région chaque année.	Nombre des journées internationales de la jeune fille célébrées	Rapports d'activités Rapports de suivi	
	Organiser une caravane de sensibilisation par an au niveau de chaque région sur les thématiques SSRAJ (mariage d'enfants, les grossesses non désirées, les avortements provoqués, les IST/ VIH SIDA, la toxicomanie et les violences faites aux femmes et aux filles).	Nombre des caravanes de sensibilisation sur les thématiques SSRAJ (mariage d'enfants, les grossesses non désirées, les avortements provoqués, les IST/ VIH SIDA, la toxicomanie et les violences faites aux femmes et aux filles).	Rapports d'activités Rapports de suivi	
	Doter en matériels de sensibilisation les clubs de santé scolaire au niveau de chaque région.	Nombre de clubs de santé scolaire dotés en matériels de sensibilisation	PV de réception des matériels de sensibilisation	
	Former les membres de 20 clubs de santé scolaire sur l'ESRAJ par région chaque année.	Nombre de clubs de santé scolaire dont les membres ont été formés sur l'ESRAJ.	Rapports d'activités Rapports de suivi	
	Mettre à l'échelle l'initiative leadership universitaire au niveau des universités, instituts	Nombre d'universités, d'instituts et de grandes écoles dans lesquelles le LUCC est mis en place	Rapports d'activités Rapports de suivi	

	et grandes écoles de l'enseignement supérieur dans toutes les régions	Nombre d'universités, d'instituts et de grandes écoles disposant des Lucc fonctionnels		
	Créer et équiper deux (02) infirmeries scolaires par régions et par an.	Nombre d'infirmeries scolaires créées et équipées	Rapports de suivi PV de réception	
	Créer des espaces de PEC des adolescent.e.s et des jeunes au niveau de 10 CSI (CAJ) par an dans les 8 régions.	Nombre des CSI disposant des espaces de PEC des adolescent.e.s et des jeunes	Rapports de suivi	
OS 2.2 : Renforcer les capacités des acteurs de la SSRAJ sur le plaidoyer et la communication pour un changement social et comportemental		Nombre d'acteurs de la SSRAJ formés sur le plaidoyer et la communication pour un changement social et comportemental à l'échelle nationale	Rapports de suivi	Hypothèses : Disponibilité des ressources financières et humaines, engagement des acteurs
Résultats	Activités			
Résultat 2.2 : Les capacités des acteurs de la SSRAJ sur le plaidoyer et la communication pour un changement social et comportemental sont renforcées	Former 20 acteurs de SSRAJ par région et par an sur les techniques de plaidoyer.	Nombre d'acteurs de SSRAJ formés en techniques de plaidoyer	Rapports d'activités Rapports de suivi	Risques : insuffisance des ressources, manque d'engagement des acteurs
	Former 20 leaders de personnes handicapées par région et par an sur les thématiques de la SR/PF.	Nombre de leaders de personnes handicapées formés sur les thématiques de la SR/PF.	Rapports d'activités Rapports de suivi	

	Former 20 conseillers et 10 inspecteurs pédagogiques sur l'ESRAJ par région	Nombre d'encadreurs pédagogiques formés sur l'ESRAJ	Rapports d'activités Rapports de suivi	
	Former 300 enseignants du primaire et du secondaire sur l'ESRAJ par région et par an	Nombre d'enseignants formés sur l'ESRAJ	Rapports d'activités Rapports de suivi	
	Former 50 membres des organisations des jeunes sur l'ESRAJ par an et par région.	Nombre de membres des organisations des jeunes formés sur l'ESRAJ	Rapports d'activités Rapports de suivi	
	Former 50 membres de la communauté autour de l'école sur l'ESRAJ par région et par an.	Nombre de membres de la communauté autour de l'école formés sur l'ESRAJ	Rapports d'activités Rapports de suivi	
	Former 50 pairs éducateurs communautaires sur l'ESRAJ par région et par ans.	Nombre de pairs éducateurs communautaires formés sur l'ESRAJ	Rapports d'activités Rapports de suivi	
	Organiser une rencontre d'échanges et de plaidoyer à l'endroit des leaders religieux une fois par an dans les huit régions sur le mariage d'enfants.	Nombre de rencontres d'échanges et de plaidoyer à l'endroit des leaders religieux sur le mariage d'enfants organisé	Rapports d'activités Rapports de suivi	
	Poursuivre le plaidoyer pour l'intégration de	Nombre de rencontres de plaidoyer pour l'intégration	Rapports d'activités Rapports de suivi	

	l'ESRAJ dans les curricula de formation des universités, des écoles et instituts (ENI, ENS, INJS, FSE de Tahoua et de Zinder)	de l'ESRAJ dans les curricula de formation des universités, des écoles et instituts (ENI, ENS, INJS, FSE de Tahoua et de Zinder)		
OS 2.3 : Promouvoir l'innovation et l'utilisation rationnelle des TIC pour la santé des adolescents et des jeunes		Taux d'utilisation des services par les adolescents et les jeunes	Rapports de suivi	Hypothèses : Fréquentation des services de santé par les adolescents et les jeunes, utilisation des services SSRAJ par les adolescents et les jeunes, disponibilité des prestataires qualifiés en SSRAJ Risques : Manque de financement, réticence de certains religieux et parents en faveur de la promotion des DSSR
Résultats	Activités			
Résultat 2.3 : L'innovation et l'utilisation rationnelle des TIC pour la santé des adolescents et des jeunes sont promues	Organiser 2 campagnes digitales de sensibilisation sur la SSRAJ par région et par an en faveur des adolescents et des jeunes.	Nombre de campagnes digitales de sensibilisation sur la SSRAJ en faveur des adolescents et des jeunes organisées	Rapports d'activités Rapports de suivi	
	Organiser des campagnes digitales trimestrielles de vulgarisation du PONMSSRAJ 2024-2026 et des argumentaires.	Nombre de campagnes digitales de vulgarisation du PONMSSRAJ 2024-2026 et des argumentaires organisées	Rapports d'activités Rapports de suivi	
	Mettre en place une plateforme d'information sur la SSRAJ.	Nombre de plateformes d'information sur la SSRAJ mis en place	Rapports d'activités Rapports de suivi	
Axe :3 Assurer l'accessibilité et la disponibilité des services de santé de qualité aux adolescents et jeunes				
Objectifs spécifiques		Indicateurs	Sources et moyens de vérification	Hypothèses et risques

OS 3.1 : Adapter les structures de soins aux adolescents et aux jeunes, y compris ceux en situation de vulnérabilité		Taux d'utilisation des services par les adolescents et les jeunes	Enquêtes DHIS2	Hypothèses : Fréquentation des services de santé par les adolescents et les jeunes, utilisation des services SSRAJ par les adolescents et les jeunes, disponibilité des prestataires qualifiés en SSRAJ Risques : Manque de financement, Insécurité, catastrophes naturelles
Résultats	Activités			
Résultat 3.1 Les structures de soins aux adolescents et aux jeunes, y compris ceux en situation de vulnérabilité sont adaptées	Doter 50 CSI et centres amis des jeunes en médicaments et en réactifs de dépistage pour les IST/VIH/Hépatites par an au niveau des 8 régions	Nombre de CSI et centres amis des jeunes dotés en médicaments et en réactifs de dépistage pour les IST/VIH/Hépatites	PV de réception des médicaments et réactifs	
	Doter 50 CSI et centres amis des jeunes en matériels de prise en charge par an au niveau des 8 régions	Nombre de CSI et centres amis des jeunes dotés en matériels de prise en charge	PV de réception en matériels de prise en charge	
OS 3.2 : Améliorer l'offre de paquet de services minimum aux adolescents et aux jeunes, y compris ceux en situation de vulnérabilité		Pourcentage d'adolescent.e.s qui ont des besoins non satisfaits en planification familiale Taux d'utilisation des services SSRAJ par les adolescents et les jeunes	Enquêtes DHIS2	Hypothèses : Engagement des partenaires, disponibilité des
Résultats	Activités			

<p>Résultat 3.2 : L'offre de paquet de services minimum aux adolescents et aux jeunes, y compris ceux en situation de vulnérabilité est améliorée</p>	<p>Organiser une campagne de sensibilisation et d'offre de services SSRAJ lors des grands événements (Lutte traditionnelle, cure salée, 18 Décembre) chaque année.</p>	<p>Nombre de campagnes de sensibilisation et d'offre de services SSRAJ lors des grands événements organisées</p>	<p>Rapports d'activités</p>	<p>prestataires qualifiés en SSRAJ</p> <p>Risques : Manque de financement, Insécurité, catastrophes naturelles</p>
	<p>Organiser des séances de "Tester et traiter" le VIH chez les adolescents et les Jeunes dans 5 établissements scolaires dans les 8 régions par an.</p>	<p>Nombre de séances de "Tester et traiter" le VIH chez les adolescents et les Jeunes organisées</p>	<p>Rapports d'activités</p>	
	<p>Réviser le document de normes et procédures en SR/PF pour prendre en compte les aspects manquants de la SSRAJ</p>	<p>Le document de normes et procédures en SR/PF révisé disponible</p>	<p>Archives de la DSME/AJ Site web du MSP/P/AS</p>	

OS 3.3 : Améliorer l'Etat nutritionnel des adolescents et des jeunes				Hypothèse : Engagement des partenaires Risques : Manque de financement
Résultats	Activités			
Résultat 3.3 : L'Etat nutritionnel des adolescents et des jeunes est amélioré	Organiser 2 campagnes de déparasitage en Albendazole et supplémentation en fer aux adolescents et aux jeunes au niveau des 8 régions par an.	Nombre de campagnes de déparasitage en Albendazole et supplémentation en fer aux adolescents et aux jeunes organisées	Rapports d'activités Rapports de suivi	
OS 3.4 : Renforcer les capacités des acteurs de la SSRAJ sur l'offre des soins de santé		Nombre d'acteurs de la SSRAJ formés sur l'offre de soins à l'échelle nationale	Rapports d'activités Rapports de suivi	Hypothèse : Engagement des partenaires, forte adhésion des acteurs Risques : Insuffisance de financement
Résultats	Activités			
Résultat 3.4 : Les capacités des acteurs de la SAJ sur l'offre des soins de santé sont renforcées	Réviser le document programme d'orientation destiné aux prestataires de soins en SSRAJ	Le document programme d'orientation destiné aux prestataires de soins en SSRAJ révisé disponible	Archives de la DSME/AJ Site web du MSP/P/AS	
	Former 5 formateurs par région sur le document révisé.	Nombre de formateurs formés sur le document révisé	Rapports d'activités Rapports de suivi	
	Former et suivre 40 prestataires y compris ceux des infirmeries	Nombre de prestataires y compris ceux des infirmeries scolaires	Rapports d'activités Rapports de suivi	

	scolaires par région sur le document révisé.	formés sur le document révisé		
	Former 20 formateurs des agents de santé sur la prise en charge des violences basées sur le genre au niveau de chaque région par an.	Nombre de formateurs des agents de santé formés sur la prise en charge des violences basées sur le genre	Rapports d'activités Rapports de suivi	
	Former 25 agents de santé sur le genre transformationnel, VBG et droits humains au niveau de chaque région par an	Nombre de agents de santé formés sur la prise en charge des violences basées sur le genre	Rapports d'activités Rapports de suivi	
Axe 4 : Renforcement de la gestion des données sanitaires des adolescent.e.s et des jeunes				
Objectifs spécifiques		Indicateurs	Sources et moyens de vérification	Hypothèses et risques
OS 4.1 : Renforcer le système de Suivi/Evaluation des activités de la SSRAJ		Un système de suivi/évaluation fonctionnel pour la SSRAJ	Tableau de bord	Hypothèse : Engagement de partenaires, engagement de prestataires
Résultats	Activités			
Résultat 4.1 : Un système de Suivi/Evaluation des activités de la SSRAJ est renforcé	Elaborer un plan de suivi-évaluation des activités du PONMSSRAJ 2024-2026	Un plan de suivi-évaluation des activités du PONMSSRAJ 2024-2026 validé disponible	Archives de la DSME/AJ Site web du MSP/P/AS Rapports d'activités	
	Réviser le DHIS2 pour prendre en compte la désagrégation des données SSRAJ.	Données SSRAJ désagrégées disponibles	DHIS2	

	Organiser deux (02) revues annuelles du PONMSSRAJ 2024-2026	Nombre de revues annuelles du PONMSSRAJ 2024-2026 organisées	Rapports d'activités	Risques : Manque de financement
	Organiser une évaluation finale du PONMSSRAJ 2024-2026	Une évaluation finale du PONMSSRAJ 2024-2026 organisée	Rapport de l'évaluation finale	
	Organiser une supervision conjointe des centres amis des jeunes, des infirmeries scolaires et universitaires, des espaces surs, des clubs de santé scolaires, des centres de promotion des jeunes et des centres de santé intégré au niveau des régions et par an.	Une supervision conjointe organisée	Rapports de supervision	
	Former les acteurs de la SSRAJ sur la gestion des connaissances	Nombre d'acteurs de la SSRAJ formés sur la gestion des connaissances	Rapports d'activités	
	Mettre en place un dispositif de gestion des connaissances	Un dispositif de gestion des connaissances mis en place	Rapports d'activités	
	Organiser deux ateliers de partage des leçons apprises et des bonnes pratiques en matière de SSRAJ	Nombre d'ateliers de partage des leçons apprises et des bonnes pratiques en matière de SSRAJ	Rapports d'activités	

OS .4.2: Promouvoir la recherche opérationnelle en SSRAJ				Hypothèse : Engagement de partenaires Risques : Manque de financement
Résultats	Activités			
Résultat 4.2 : La recherche opérationnelle en SSRAJ est promue.	Réaliser une enquête CAP sur la contraception des adolescents et des jeunes.	Une enquête CAP sur la contraception des adolescents et des jeunes réalisée	Rapports d'enquête	
	Réaliser une enquête CAP sur l'ESRAJ en milieu scolaire.	Une enquête CAP sur l'ESRAJ en milieu scolaire réalisée	Rapports d'enquête	
	Organiser deux sessions de disséminations des résultats de l'enquête CAP.	Nombre de sessions de dissémination organisées	Rapports de dissémination	

Tableau III Cadre logique

ACTIVITES ET BUDGET PONMSSRAJ 2024-2026								
AXES STRATEGIQUES	CODE D'ACTIVITE	ACTIVITES	Budgets			RESPONSABLE	COLLABORATEURS	MONTANT TOTAL
			2024	2025	2026			
Renforcement de la Gouvernance, du Leadership et de financement	Résultat 1.1 : L'environnement législatif et règlementaire de la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes est améliorée							
	1.1.1	Elaborer et valider un argumentaire de plaidoyer pour le rehaussement de l'âge minimum pour le	17 526 843	-	-	DPFe	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	17 526 843

en santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes		mariage de la fille de 15 ans à 18 ans						
	1.1.2	Organiser des rencontres de plaidoyer y compris un séminaire gouvernemental pour la révision du Code Civil en ce qui concerne l'âge minimum pour le mariage de la fille	12 500 000	-	-	DPFe	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	12 500 000
	Sous Total R1.1							30 026 843
	Résultat 1.2 : La coordination et la multisectorialité en Santé des Adolescent.e.s et des Jeunes sont renforcées.							
1.2.1	Mettre en place un comité technique national multisectoriel pour la SSRAJ (CTNM/SSRAJ) au niveau national	400 000	-	-	DSME/AJ	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	400 000	
1.2.2	Mettre en place un comité technique régional multisectoriel pour la SSRAJ (CTRM/SSRAJ) au niveau de chaque région	3 200 000	-	-	DRSP/P/AS	DSME/AJ, CTRM/SSR AJ, PTFS	3 200 000	
1.2.3	Organiser les réunions semestrielles du CCM/SR	5 333 333	5 333 333	5 333 333	DGSR	DSME/AJ, CCM/SR, PTFS	15 999 999	

1.2.4	Organiser des réunions trimestrielles du comité technique National SSRAJ	1 600 000	1 600 000	1 600 000	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	4 800 000
1.2.5	Organiser des réunions trimestrielles des comités techniques régionaux SSRAJ	3 834 667	3 834 667	3 834 667	DRSP/P/A S	DSME/AJ, CTRM/SSR AJ, PTFS	11 504 001
Sous Total R1.2							35 904 000
Résultat 1.3 : Les ressources pour le financement du PONMSSRAJ 2024-2026 sont mobilisées.							
1.3.1	Organiser une table ronde des partenaires techniques et financiers et des ONG pour le financement du PONMSSRAJ 2024-2026	2 865 360	-	-	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	2 865 360
1.3.2	Organiser une table ronde des acteurs du secteur privé pour le financement du PONMSSRAJ 2024-2026	-	2 865 350	-	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	2 865 350
1.3.3	Elaborer un argumentaire de plaidoyer pour le financement de la SSRAJ par les collectivités territoriales	29 526 843	-	-	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	29 526 843

1.3.4	Valider l'argumentaire pour le financement de la SSRAJ	6 857 048	-	-	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	6 857 048
1.3.5	Organiser une réunion de plaidoyer auprès des collectivités territoriales pour la prise en compte de la SSRAJ dans leurs documents de planification (PDC, PIA) dans les huit régions	10 175 615	10 175 615	10 175 615	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	30 526 845
Sous Total R1.3							72 641 446
Résultat 1.4: Le leadership des jeunes y compris ceux en situation de vulnérabilité en SSRAJ est renforcé							
1.4.1	Mettre en place un cadre national de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ	400 000	-	-	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	400 000
1.4.2	Organiser des réunions trimestrielles du cadre national de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ	1 600 000	1 600 000	1 600 000	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	4 800 000

	1.4.3	Mettre en place un cadre de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ au niveau de chaque région	3 200 000	-	-	DRSP/P/A S	DSME/AJ, CTRM/SSR AJ, PTFS	3 200 000
	1.4.4	Organiser au niveau des régions, des réunions trimestrielles du cadre de concertation des OSC des jeunes intervenant dans le domaine de la SSRAJ	3 835 667	3 835 667	3 835 667	DRSP/P/A S	DSME/AJ, CTRM/SSR AJ, PTFS	11 507 001
Sous Total R1.4								19 907 001
TOTAL AXE 1								158 479 290
Renforcement de l'information et la communication pour un changement social et	Résultat 2.1 : la promotion des droits de la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes est renforcée							
	2.1.1	Elaborer un plan de communication pour la mise en œuvre du PONMSSRAJ 2024-2026	-	19 876 632	-	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	19 876 632
	2.1.2	Mettre en œuvre le plan de communication du PONMSSRAJ 2024-2026	-	34 500 000	-	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	34 500 000

comportement al	2.1.3	Mener des activités de création de la demande en faveur de la SSRAJ (Espaces surs, centres de promotion de jeunes, CAJ, universités, grandes écoles, instituts..).	29 014 716	29 014 716	29 014 716	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	87 044 148
	2.1.4	Organiser des activités de sensibilisation sur les thématiques SSRAJ lors de la célébration de la journée internationale de la GHM au niveau d'une région chaque année.	7 721 084	7 721 084	7 721 084	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	23 163 252
	2.1.5	Célébrer la journée internationale de la jeune fille au niveau d'une région chaque année.	6 821 084	6 821 084	6 821 084	DGPF/PE	CTNM/SSR AJ, PTFS	20 463 252
	2.1.6	Organiser une caravane de sensibilisation par an au niveau de chaque région sur les thématiques SSRAJ (mariage d'enfants, les grossesses non désirées, les avortements provoqués, les IST/ VIH SIDA, la toxicomanie et les	69 887 733	69 887 733	69 887 733	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	209 663 199

	violences faites aux femmes et aux filles).							
2.1.7	Doter en matériels de sensibilisation les clubs de santé scolaire au niveau de chaque région.	32 804 205	32 804 205	32 804 205	MEN/A/EP/ PLN	CTNM/SSR AJ, PTFS	98 412 615	
2.1.8	Former les membres de 20 clubs de santé scolaire sur l'ESRAJ par région chaque année.	26 336 873	26 336 873	26 336 873	MEN/A/EP/ PLN	CTNM/SSR AJ, PTFS	79 010 619	
2.1.9	Mettre à l'échelle l'initiative leadership universitaire au niveau des universités, instituts et grandes des écoles dans toutes les régions	67 666 666	67 666 666	67 666 666	MESR/IT	CTNM/SSR AJ, PTFS	202 999 998	
2.1.10	Créer et équiper deux (02) infirmeries scolaires par régions et par an.	53 333 333	53 333 333	53 333 333	MEN/A/EP/ PLN	CTNM/SSR AJ, PTFS	159 999 999	
2.1.11	Créer des espaces de PEC des adolescent.e.s et des jeunes au niveau de 10 CSI (CAJ) par an dans les 8 régions.	26 666 666	26 666 666	26 666 666	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	79 999 998	
Sous Total R2.1							1 015 133 712	

Résultat 2.2 : Les capacités des acteurs de la SSRAJ sur le plaidoyer et la communication pour un changement social et Comportemental sont renforcées							
2.2.1	Former 20 acteurs de SSRAJ par région et par an sur les techniques de plaidoyer.	11 800 000	11 800 000	11 800 000	DRSP/P/A S	DSME/AJ, CTRM/SSR AJ, PTFS	35 400 000
2.2.2	Former 20 leaders de personnes handicapées par région et par an sur les thématiques de la SR/PF.	11 800 000	11 800 000	11 800 000	DGP/AS	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	35 400 000
2.2.3	Former 20 conseillers et 10 inspecteurs pédagogiques sur l'ESRAJ par région	-	25 281 546	-	MEN/A/EP/ PLN	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	25 281 546
2.2.4	Former 300 enseignants du primaire et du secondaire sur l'ESRAJ par région et par an	200 000 000	200 000 000	200 000 000	DREN/A/E P/PLN	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	600 000 000
2.2.5	Former 50 membres des organisations des jeunes sur l'ESRAJ par an et par région.	22 222 000	22 222 000	22 222 000	DRSP/P/A S	DSME/AJ, CTRM/SSR AJ, PTFS	66 666 000
2.2.6	Former 50 membres de la communauté autour de l'école sur l'ESRAJ par région et par an.	63 735 680	63 735 680	63 735 680	MEN/A/EP/ PLN	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	191 207 040

2.2.7	Former 50 pairs éducateurs communautaires sur l'ESRAJ par région et par an	11 111 000	11 111 000	11 111 000	DRSP/P/AS	DSME/AJ, CTRM/SSR AJ, PTFS	33 333 000
2.2.8	Organiser une rencontre d'échanges et de plaidoyer à l'endroit des leaders religieux une fois par an dans les huit régions sur le mariage d'enfants.	3 076 428	3 076 428	3 076 428	DGP/AS	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	9 229 284
2.2.9	Poursuivre le plaidoyer pour l'intégration de l'ESRAJ dans les curricula de formation des universités, des écoles et instituts (ENI, ENS, INJS, FSE de Tahoua et de Zinder)	2 781 306	-	-	OSC	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	2 781 306
Sous Total R2.2							999 298 176
Résultat 2.3 : L'innovation et l'utilisation rationnelle des TIC pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes sont promues							
2.3.1	Organiser 2 campagnes digitales de sensibilisation sur la SSRAJ par région et par an en faveur des adolescents et des jeunes.	14 468 000	14 468 000	14 468 000	OSC jeunes	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	43 404 000

	2.3.2	Organiser des campagnes digitales trimestrielles de vulgarisation du PONMSSRAJ 2024-2026 et des argumentaires.	7 219 200	7 219 200	7 219 200	OSC jeunes	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	21 657 600
	2.3.3	Mettre en place une plateforme d'information sur la SSRAJ.	11 650 000	-	-	DSN	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	11 650 000
Sous Total R2.3								76 711 600
TOTAL AXE 2								2 091 143 488
Résultat 3.1 Les structures de soins aux adolescent.e.s et aux jeunes, y compris ceux en situation de vulnérabilité sont adaptées								
Assurer l'accessibilité et la disponibilité des services de sante de qualité aux adolescents et jeunes	3.1.1	Doter 50 centres amis des jeunes en médicaments et en réactifs de dépistage pour les IST/VIH/Hépatites par an au niveau des 8 régions.	12 000 000	12 000 000	12 000 000	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	36 000 000
	3.1.2	Doter la DSSRAJ en moyen de fonctionnement (fournitures de bureau, matériel informatique, tables -bureaux, chaises, armoires)	9 000 000	-	-	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	9 000 000
	Sous Total R3.1							

Résultat 3.2 : L'offre de paquet de services minimum aux adolescent.e.s et aux jeunes, y compris ceux en situation de vulnérabilité est améliorée							
3.2.1	Doter 50 CSI et centres amis des jeunes en médicaments et en réactifs de dépistage pour les IST/VIH/Hépatites par an au niveau des 8 régions	-	23 163 252	23 163 252	DSME/AJ/ PNLSH	CTNM/SSR AJ, PTFS	46 326 504
3.2.2	Doter 50 CSI et centres amis des jeunes en matériels de prise en charge par an au niveau des 8 régions	-	15 000 000	15 000 000	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	30 000 000
	Réviser le document de normes et procédures en SR/PF pour prendre en compte les aspects manquants de la SSRAJ	-	29 000 000	-	DGSR	DSME/AJ, CCM/SR, PTFS	29 000 000
Sous Total R3.2							105 326 504
Résultat 3.3 : L'Etat nutritionnel des adolescent.e.s et des jeunes est amélioré							
3.3.1	Organiser 2 campagnes de déparasitage et de supplémentation en fer aux adolescents et aux jeunes au niveau des 8 régions par an.	121 680 000	121 680 000	121 680 000	DN	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	365 040 000

Sous Total R3.3							365 040 000
Résultat 3.4 : Les capacités des acteurs de la SSRAJ sur l'offre des soins de santé sont renforcées							
3.4.1	Réviser le document programme d'orientation destiné aux prestataires de soins en SSRAJ	-	12 019 584	-	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	12 019 584
3.4.2	Former 5 formateurs par région sur le document révisé.	-	15 800 000	-	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	15 800 000
3.4.3	Former et suivre 40 prestataires y compris ceux des infirmeries scolaires par région sur le document révisé.	6 600 000	6 600 000	6 600 000	DRSP/P/A S	CTRM/SSR AJ, PTFS	19 800 000
3.4.4	Former 20 formateurs des agents de santé sur la prise en charge des violences basées sur le genre au niveau de chaque région par an.	-	26 600 000	-	DGPF/PE	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	26 600 000
3.4.5	Former 25 agents de santé sur le genre transformationnel, VBG et droits humains au niveau de chaque région par an	7 866 660	7 866 660	7 866 660	DGPF/PE	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	23 599 980

		Sous Total R3.4					97 819 564	
		TOTAL AXE 3					613 186 068	
		Résultat 4.1 : Le système de Suivi/Evaluation des activités de la SSRAJ est renforcé						
Renforcement de la gestion des données sanitaires des adolescent.e.s et des jeunes	4.1.1	Elaborer un plan de suivi-évaluation des activités du PONMSSRAJ 2024-2026	9 784 711	-	-	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	9 784 711
	4.1.2	Réviser le DHIS2 la pour prendre en compte la désagrégation des données SSRAJ	11 800 000	-	-	DS	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	11 800 000
	4.1.3	Organiser deux (02) revues annuelles du PONMSSRAJ 2024-2026	11 525 000	11 525 000	-	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	23 050 000
	4.1.4	Organiser une évaluation finale du PONMSSRAJ 2024-2026	-	-	24 005 265	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	24 005 265
	4.1.5	Organiser une supervision conjointe des centres amis des jeunes, des infirmeries scolaires et universitaires, des espaces surs, des clubs de santé scolaires, des centres de promotion des jeunes et des centres de santé intégrés au	15 030 124	15 030 124	15 030 124	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	45 090 372

	niveau des régions et par an.						
4.1.6	Former les acteurs de la SSRAJ sur la gestion des connaissances	8 562 456	-	-	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	8 562 456
4.1.7	Mettre en place un dispositif de gestion des connaissances	5 232 567	-	-	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	5 232 567
4.1.8	Organiser deux ateliers de partage des leçons apprises et des bonnes pratiques en matière de SSRAJ	-	10 247 094	10 247 094	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	20 494 188
Sous Total R4.1							148 019 559
Résultat 4.2 : La recherche opérationnelle en SAJ est promue.							
4.2.1	Réaliser une enquête CAP sur la contraception des adolescents et des jeunes.	-	-	35 024 678	DPF	DSME/AJ, CTNM/SSR AJ, PTFS	35 024 678
4.2.2	Réaliser une enquête CAP sur l'ESRAJ en milieu scolaire	-	38 044 426	-	DSME/AJ	CTNM/SSR AJ, PTFS	38 044 426
4.2.3	Organiser deux sessions de dissémination des	-	-	10 247 000	DSME/AJ/ DPF	CTNM/SSR AJ, PTFS	10 247 000

	résultats des enquêtes CAP						
Sous Total R4.2							83 316 104
TOTAL AXE 4							231 335 663
TOTAL GENERAL							3 094 144 509

Synthèse du budget par axe stratégique

Tableau IV: Budget par axe d'intervention du plan

Axes stratégiques	Montants	Pourcentage
Renforcer la gouvernance et le leadership en santé des adolescents et des jeunes	158 479 290	5,12%
Renforcer l'information sanitaire et la communication sociale et comportementale	2091 143 448	67, 58%
Assurer l'accessibilité et la disponibilité des services de santé de qualité aux adolescents et jeunes	613 186 068	19,82%
Renforcer la gestion des données sanitaires en santé des adolescents et des jeunes	231 335 663	7,48%
Total	3 094 144 509	100%

XIII. PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES A OFFRIR AUX ADOLESCENTS ET AUX JEUNES

Le Paquet minimum à offrir aux adolescents et aux jeunes dans les différents points de prestation de services adaptés à ces derniers respecte celui du système de soins.

- L'information et conseils sur les bonnes pratiques ;
- Le dépistage et la prise en charge des IST et autres pathologies infectieuses et parasitaires ;
- La gestion de l'hygiène menstruelle ;
- La planification familiale et la contraception d'urgence ;
- Les soins prénatals y compris la PTME ;
- La vaccination contre le tétanos et le HPV ;
- Les accouchements assistés ;
- Les soins postnatals ;
- Les soins après avortement ;
- Le dépistage et prise en charge des cancers gynécologiques (utérus et seins) ;
- Le dépistage volontaire du VIH et prise en charge des adolescent.e.s et des jeunes vivants avec le VIH ;
- Le dépistage et prise en charge des anomalies de développement des organes génitaux externes ;
- Le dépistage et la prise en charge des fistules génitales féminines ;
- Le dépistage et la prise en charge des troubles liés à l'alimentation (Conseils nutritionnels) ;
- La prévention et la prise en charge des VBG (viols, violences sexuelles, mariage d'enfants, violences physiques, violences psychologiques, abus du pouvoir et déni des ressources) ;
- La prise en charge des autres problèmes de santé (toxicomanie, traumatismes /accident de la voie publique, troubles mentaux) ;
- La référence et contre-référence.

CONCLUSION

L'analyse de la situation dans le présent plan a servi de base pour définir les différents axes stratégiques et orienter les actions prioritaires qui vont permettre d'améliorer significativement la santé des adolescent.e.s et des jeunes en vue de contribuer à la capture du dividende démographique.

Pour atteindre les résultats escomptés après trois (3) ans de mise en œuvre, une approche intégrée, participative, multisectorielle et coordonnée est indispensable pour le présent PONMSSRAJ.

Ce plan est l'expression de l'engagement du Gouvernement du Niger à améliorer qualitativement et quantitativement les possibilités qui sont offertes aux adolescent.e.s et aux jeunes pour participer pleinement et efficacement au développement social, économique, politique et culturel du pays.

Le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales à travers la Direction de la santé de la Mère, de l'Enfant, des Adolescents et des Jeunes jouera le rôle de leader dans la coordination des interventions de toutes les parties prenantes.

A ce titre, il impulsera une nouvelle dynamique pour créer une synergie d'action à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Groupe consultatif de l'action mondiale pour évaluer la santé de l'adolescent : Indicateurs pour l'évaluation de la santé des adolescents dans le monde proposé par le groupe consultatif de l'action mondiale pour évaluer la santé de l'adolescent (GAMA) Version du 20 octobre 202 Pages 107 ;
2. OMS : Normes mondiales pour des services de santé destinés aux adolescents : guide pour la mise en œuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité de services pour les adolescents : volume 1 : normes et critère 2016 page 26 ;
3. Commission de l'union africaine : Cadre Directeur Continental pour la Santé Sexuelle et les Droits Liés à la Reproduction 2006 page 44 ;
4. Organisation mondiale de la Santé : Indicateurs pour l'évaluation de la santé des adolescents dans le monde proposé par le groupe consultatif de l'action mondiale pour évaluer la santé de l'adolescent (GAMA) 10/2020 page 44 ;
5. Agir PF : Manuel de Formation sur la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes, et l'Offre de Services Adaptés aux Besoins des Adolescents et des Jeunes Afrique du Sud 2015 pages 174 ;
6. UNFPA : Plan stratégique de santé sexuelle et reproductive des Adolescents/jeunes au Sénégal (2014-2018) 09/2014 pages 96 ;
7. UNFPA/ OMS : plan stratégique national de la santé des adolescents et des jeunes au Cameroun (2015 – 2019) 09 /2014 pages 53 ;
8. OMS : Plan stratégique intégré de la sante de la reproduction maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et la nutrition du Congo (PSI SRMNIA) 2022-2026 (Novembre 202) pages 93 ;
9. OMS-Pathfinder international : Standards de services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes Conakry, avril 2013 pages 43 ;
10. Equip.Pop : Prioriser les droits et la santé sexuels et reproductifs (DSSR) des adolescentes et des jeunes dans les programmes de développement : Niger 2018 article pages 2 ;
11. INS /Banque Mondiale : Enquête nationale sur la fécondité et la mortalité des enfants de moins de cinq ans (ENAFEME) 2021 Mars 2022/ pages 386 ;
12. Equip.Pop : Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Niger (Analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA), septembre 2014 pages 62 ;
13. UNICEF : Étude participative sur les aspirations des jeunes et l'efficacité des politiques publiques en matière de jeunesse au Niger Décembre 2018 pages 35 ;

14. Intra Health international : Modules Complémentaires pour l'Education à la Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes –E-SRAJ Août 2018 pages 90 ;
15. LASDEL : Résultats des enquêtes qualitatives sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes dans les districts sanitaires d'Aguié et Say : Etudes et Travaux n°113 pages 95 ;
16. MSP : Plan Stratégique National de Prévention des Grossesses des adolescentes Niger 2015-2020 pages 52 ;
17. MSP : La loi en santé de la reproduction au Niger et son décret d'application : 2006 ; pages 7 ;
18. MSP : Plan Stratégique National Multisectoriel Santé des Adolescents et des Jeunes 2017-2021 pages 90 ;
19. MSP : Manuel de référence de la formation des prestataires des services de santé sur la prise en charge des survivantes des violences sexuelles et basées sur le genre : modules 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ;
20. MSP : Guide suivi évaluation PDS 2017-2021 pages 98 ;
21. Ministère du Plan : Plan de développement économique et social (PDES) 2017-2021 pages 198 ;
22. Ministère de la Jeunesse, de la Culture, des Arts et des Sports : Politique nationale de la jeunesse Septembre 2015 pages 101 ;
23. MSP : politique nationale de genre ; Aout 2017 pages 53 ;
24. Stratégie nationale de prévention et de réponses aux violences basées sur le genre et aux abus et exploitations sexuels (VBG/PSEA) décembre 2023.