

LES ADOLESCENT(E)S ET LES JEUNES



La Côte d'Ivoire compte plus de 5,5 millions d'adolescent(e)s, parmi lesquels 3,1 millions âgés de 10-14 ans et 2,6 millions âgés de 15-19 ans (RGPH 2014, projections 2034), soit plus de 20 % de la population totale.

1. Santé et nutrition des adolescent(e)s

- **Les principales pathologies diagnostiquées** en 2019 dans les services de santé scolaire et universitaire sont le paludisme (43 % des cas), les infections respiratoires aiguës (14 %), la diarrhée (3 %), les affections buccodentaires (3 %), les IST (2,5 %) et l'anémie (2,4 %).
- **VIH/sida et IST** : le taux de prévalence du VIH/sida chez les 10-19 ans recule, mais se situait encore en 2018 à 0,61 %, dont 1,07 % chez les adolescentes contre 0,16 % chez les adolescents. En 2018, 25000 adolescent(e)s de 10-19 ans vivaient avec le VIH, dont 56 % de filles, et 1500 nouvelles infections ont été constatées chez les 15-19 ans (75 % des cas concernant les filles). En 2017, la proportion des adolescent(e)s de 15-19 ans déclarés séropositifs bénéficiant d'un traitement ARV n'était encore que de 37 %. Le nombre d'IST diagnostiquées dans les services de santé scolaire et universitaire a connu une augmentation de 50 % entre 2014-2015 et 2018-2019. **Les principales barrières à la détection et à la prise en charge des cas de VIH/sida et des autres IST sont** : (i) l'insuffisante intégration des services offrant des tests et des conseils VIH dans les consultations médicales; (ii) des ruptures de stock en médicaments; (iii) l'absence de directives nationales sur les IST dans près de la moitié des établissements de santé (ES); (iv) le manque d'agents formés au diagnostic et à la prise en charge des IST; (v) le manque de connaissance chez les adolescent(e)s des lieux de dépistage du VIH/sida et la croyance que le sida ne peut être soigné; (vi) les coûts liés aux consultations et aux traitements; (vii) le recours à la médecine traditionnelle; (viii) le nombre encore insuffisant d'ES offrant un continuum de services adaptés aux adolescent(e)s; et (ix) la réticence des adolescent(e)s à se rendre dans des structures sanitaires fréquentées par les adultes, de peur d'y être jugés et stigmatisés par des adultes ou mal reçus par le personnel de santé.
- **Décès maternels** : 12 % des décès maternels concernent des adolescentes (0,5 % pour les moins de 14 ans et 11,4 % pour celles âgées de 15 à 19 ans)¹. Ce chiffre élevé s'explique par (i) le fait que seules 46,2 % des filles de moins de 20 ans effectuent les quatre consultations prénatales (CPN) recommandées, (ii) la couverture limitée et une capacité opérationnelle insuffisante des services offrant des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), (iii) le fait que 27,4 % des adolescentes âgées de 15-19 ans avaient subi des mutilations génitales féminines/excision (MGF/E) en 2016², (iv) le niveau élevé de carences en vitamines et micronutriments (fer et calcium), (v) les nombreux cas de retard de croissance non récupérés à l'adolescence qui se traduisent par des bassins de petite taille, (vi) un taux de natalité des adolescentes de 124 (pour 1 000 femmes âgées de 15-19 ans) et (vii) le recours à des avortements clandestins réalisés dans des conditions dangereuses pour leur survie³.

LES FACTEURS QUI CONTRIBUENT AUX GROSSESSES PRÉCOCES COMPRENENT :

- a) la précocité des premiers rapports sexuels;
- b) les normes sociales encourageant la procréation;
- c) les mariages précoces⁴;
- d) la forte incidence des VBG et l'impunité des auteurs;
- e) le faible niveau de connaissances des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris les dispositifs de prévention⁵;
- f) le manque de communication parents-enfants sur les questions de sexualité;
- g) l'autonomisation précoce et forcée des jeunes filles dans un contexte marqué par la grande vulnérabilité financière des parents;
- h) le recours très limité aux méthodes contraceptives modernes⁶, avec un niveau élevé de besoins non satisfaits en matière de contraception⁷.



LES ADOLESCENT(E)S ET LES JEUNES

• Impact des violences, du travail dangereux et de la pauvreté sur la santé physique et mentale :

les résultats préliminaires de la première enquête VACS (2018) montrent que 60,8 % des garçons et 47,1 % des filles âgés de 13-24 ans ont subi des violences physiques au cours de leur enfance, 19,3 % des filles et 15,6 % des garçons de cette tranche d'âge des violences émotionnelles et 19,2 % des filles et 11,4 % des garçons des violences sexuelles. Selon la MICS-5, 29,2 % des adolescent(e)s âgés de 12-14 ans et 34,6 % de ceux âgés de 15-17 ans effectuent un travail dangereux. Enfin, plus de la moitié des moins de 25 ans (51,4 %) vivent sous le seuil national de pauvreté monétaire, dont 62,6 % de ceux vivant en zone rurale⁸ et 59 % des 5-14 ans, et 61 % des 15-17 ans subissent au moins trois privations sur les sept dimensions du bien-être spécifiques à chaque âge⁹. Cette situation tient à : (i) une faible disponibilité, une répartition inadéquate et un manque de moyens des services de prévention et de réponse pour les victimes de violence, d'abus et d'exploitation (VAE); (ii) une couverture limitée en dispositifs de protection sociale; (iii) un accès encore insuffisant à une identité légale; (iv) un manque de connaissance et d'appropriation des mesures de prévention, de signalement et de répression au sein de la population et des services en contact avec les adolescent(e)s; (v) l'existence de normes sociales facilitant les VAE; (vi) la persistance de barrières à l'accès des adolescent(e)s à une éducation, à des soins de santé de qualité et à un emploi décent; et (vii) la prise de conscience insuffisante des conséquences des VAE sur le bien-être et le développement de l'enfant.

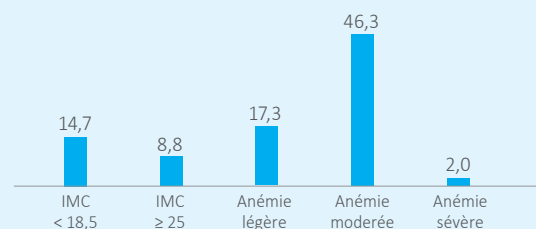
• Tabagisme et consommation d'alcool et de drogues :

le tabagisme est en recul chez les adolescent(e)s, mais la consommation d'alcool¹⁰ et de drogues se développe en raison (i) du manque de moyens consacrés aux actions de prévention, (ii) de l'omniprésence de la publicité pour des boissons alcoolisées, (iii) de l'émergence au sein d'une partie de la jeunesse de nouveaux modèles de réussite où la consommation d'alcool et de stupéfiants est considérée comme la norme, (iv) de l'apparition de nouveaux circuits d'approvisionnement pour un prix modéré et (v) de la pauvreté et du mal-être social de nombreux adolescent(e)s.

• **Malnutrition** : bien qu'en recul, la proportion d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans souffrant de maigreur s'élevait en 2016 à 14,7 % (180 000) et celle des adolescentes du même âge en surpoids ou obèses était de 8,8 %, soit 110 000 (MICS-5). Par ailleurs, en 2016, 65,6 % des adolescentes de 15-19 ans

souffraient d'anémie, soit 800 000. Les facteurs contribuant à cette situation comprennent : (i) un régime alimentaire sous-optimal dans près d'un ménage sur cinq¹¹; (ii) la forte incidence des cas de paludisme; (iii) la faiblesse des activités promotionnelles et préventives menées par le système de santé; (iv) le manque de formation des agents de santé au dépistage et à la fourniture de conseils nutritionnels; (v) le manque de connaissance des adolescent(e)s et de leurs parents concernant les risques liés aux carences en micronutriments, à la consommation de produits ultra-transformés, de boissons sucrées et au surpoids; (vi) l'insuffisance des contrôles et des sanctions en matière de réglementation des systèmes alimentaires; et (vii) le manque d'interventions visant à stimuler l'offre d'aliments sains et nutritifs et la demande de ce type d'aliments par les adolescent(e)s.

État nutritionnel des adolescentes de 15-19 ans (%)



Source : MICS-5.

Les défis à relever

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de santé des adolescent(e)s et des jeunes (2016-2020), le gouvernement a pris plusieurs initiatives importantes parmi lesquelles : (i) l'élargissement du mandat du programme national de santé scolaire et universitaire (PNSSU) – rebaptisé PNSSU/Santé des adolescent(e)s et des jeunes (SAJ) – afin de permettre aux adolescent(e)s et aux jeunes en dehors du système scolaire de bénéficier d'un accès gratuit aux soins de santé dans les centres de santé urbains spécialisés en santé scolaire et universitaire (CSUS/SSU); (ii) le renforcement de la présence des travailleurs sociaux dans les SSU-SAJ et la mise à niveau du personnel pour une meilleure prise en charge psychologique; (iii) l'enrôlement des étudiants à la CMU et la réhabilitation de CSUS/SSU; et (iv) l'élargissement de la politique de la gratuité ciblée aux enfants de moins de 15 ans et aux jeunes femmes de 15-24 ans¹².

Plusieurs obstacles demeurent toutefois comme (i) le manque de données harmonisées et d'analyses conjointes par les ministères concernés, (ii) la faiblesse des mécanismes de coordination intra- et intersectoriels et (iii) le manque de moyens budgétaires.

2. Scolarisation, formation et insertion sociale des adolescent(e)s

- **La scolarisation au secondaire** : la scolarisation des adolescent(e)s a connu d'importantes avancées¹³, mais les taux d'achèvement restent insuffisants¹⁴ et de nombreux enfants en âge d'être scolarisés au secondaire se trouvent toujours en dehors du système scolaire¹⁵. Cette situation s'explique par : (i) un nombre de structures d'enseignement secondaire encore insuffisant, en particulier en milieu rural; (ii) les frais directs et indirects et le coût d'opportunité de la scolarisation, notamment des filles, dans un contexte de pauvreté et de prévalence élevée du travail des enfants¹⁶; (iii) l'échec scolaire qui est à rapprocher d'un encadrement souvent déficient; (iv) l'utilisation des adolescent(e)s pour effectuer des tâches ménagères; (v) la mise en apprentissage des adolescent(e)s; (vi) le système éducatif peu inclusif envers les enfants vivant avec un handicap; (vii) l'absence de stratégie nationale en faveur de la rescolarisation des filles mariées de façon précoce ou enceintes¹⁷; (viii) les pesanteurs socioculturelles défavorables à la scolarisation des filles; (ix) le manque de commodités de base et de toilettes séparées en fonction du genre, ce qui accroît les risques d'agressions sexuelles et l'absentéisme des filles lors des périodes de menstruation; et (x) l'insécurité dans les établissements scolaires et sur le chemin de l'école.
- **Les adolescent(e)s à risques de rupture sociale** : plus d'un tiers des 15-29 ans (35,7 %) ne sont ni scolarisés, ni en emploi, ni en formation (NEET¹⁸), parmi lesquels 36,2 % des filles, 33,1 % des garçons, 44,6 % des jeunes ruraux et 18 % des jeunes urbains¹⁹. Le gouvernement a engagé une réforme de l'enseignement technique et de la formation professionnelle afin d'améliorer l'adéquation des formations avec les besoins du secteur privé et d'offrir des formations de courte durée à visée d'insertion; il a également élaboré une stratégie nationale pour l'insertion et l'emploi des jeunes (SNIEJ) et un plan d'action de la SNIEJ dénommé « Garantie Jeunes ». Afin de lutter contre l'incivisme et le risque de marginalisation des jeunes, le gouvernement a créé, fin 2016, l'Office du service civique national (OSCN) qui dispose de plusieurs instruments comme le programme du volontariat des jeunes et les centres d'action pour le développement. Enfin, la cellule de coordination, de suivi et de réinsertion (CCSR), placée

sous l'autorité du Conseil national de sécurité, met également en œuvre un programme ad hoc de resocialisation en faveur des jeunes en conflit avec la loi.

Les défis à relever

Cependant, plusieurs obstacles restent à surmonter : (i) la forte dépendance des projets à l'égard des financements des bailleurs de fonds; (ii) la couverture géographique limitée et le manque de synergie d'action avec les Agences Emploi Jeunes (AEJ)²⁰; (iii) les capacités d'accueil réduites du service civique d'action pour le développement (SCAD)²¹; (iv) le manque d'information et le scepticisme, voire le découragement, des jeunes les plus vulnérables face à la complexité administrative de certains dispositifs et le manque de transparence dans l'instruction des dossiers; (v) le déploiement encore partiel des différents dispositifs de protection sociale; (vi) la couverture limitée, la mauvaise répartition géographique et le manque de moyens des services sociaux; (vii) des capacités limitées en matière d'évaluation des besoins, de planification et de coordination des interventions au niveau du secrétariat d'État en charge du service civique, des services déconcentrés du MEPS et du MFFE et des collectivités locales; et (viii) un nombre insuffisant de partenariats publics-privés pour l'insertion sociale des jeunes.

3. Participation des adolescent(e)s

Une majorité d'adolescent(e)s et les jeunes ivoiriens ont le sentiment que leur opinion n'est pas prise en compte²², en particulier par les autorités locales²³. De plus, l'engagement social civique et politique de la jeunesse reste faible, notamment parmi les filles²⁴. Enfin, l'accès des adolescent(e)s aux informations et aux compétences de vie leur permettant de faire des choix éclairés et des plaidoyers efficaces reste limité en raison (i) de la faiblesse de la transmission parentale, (ii) des lacunes au niveau du système scolaire et de la non-scolarisation d'un grand nombre d'enfants et (iii) de l'accès limité, en particulier pour les filles, les jeunes ruraux et les adolescent(e)s les plus vulnérables, aux informations disponibles via Internet et les réseaux sociaux²⁵.

Depuis plusieurs années, le gouvernement a multiplié les initiatives destinées à renforcer l'engagement citoyen des jeunes : il a notamment développé une stratégie nationale d'autonomisation des jeunes (SNAJ) et une stratégie nationale du service civique, mis en place un Conseil national des jeunes de Côte d'Ivoire (CNJ-CI) destiné à servir de plateforme de coordination et d'interface entre le gouvernement et les organisations de jeunesse et créé un Office du service civique national (OSCN). En outre, il a adopté des

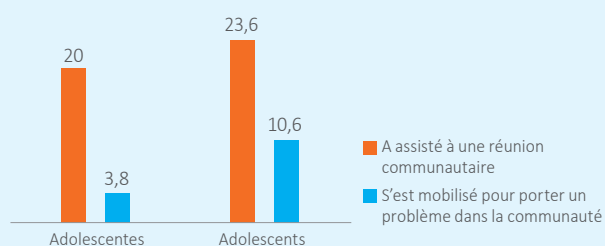


mesures visant à encourager l'engagement des jeunes, comme le lancement avec l'UNICEF de la plateforme U-Report et du guide de plaidoyer des jeunes, la création d'un programme national de volontariat (PNV-CI) avec un corps national de volontaires (CNV-CI) et du bénévolat communautaire (CNBC-CI) et d'un registre national des organisations de jeunesse. Enfin, le gouvernement a organisé, du 9 au 11 janvier 2019, des États généraux de la jeunesse.

Les défis à relever

Les obstacles restant à surmonter comprennent : (i) le manque de connaissance parmi la jeunesse des opportunités existant en matière de participation ; (ii) le scepticisme quant à la volonté des responsables politiques d'associer les jeunes à la co-crédation de solutions ; (iii) l'absence de cadre juridique précis obligeant les autorités nationales et locales à associer les jeunes à l'élaboration des politiques qui les concernent et au suivi de leur mise en œuvre ; (iv) le niveau limité des crédits affectés à ce domaine ; et (v) les faiblesses sectorielles en matière de coordination et de planification stratégique.

Pourcentage des adolescents de 15-19 ans ayant un engagement social et civique



Source : MICS-5.

4. Recommandations clés

En matière de santé

- Intégrer/renforcer l'offre de services de prévention, de conseil et de dépistage du VIH/sida et des IST dans les services assurant la prise en charge des adolescent(e)s et des jeunes et exploiter toutes les opportunités de dépistage (VIH et IST).
- Favoriser l'accès des adolescent(e)s et des jeunes à une information de qualité dans la famille, la communauté et les milieux scolaires, associatifs et de loisirs sur les modes de vie favorables à la santé, la santé sexuelle et reproductive

(éducation sexuelle complète), les violences basées sur le genre et l'hygiène menstruelle.

- Renforcer l'offre et la qualité des soins de santé dédiés aux adolescent(e)s et aux jeunes en vue d'une meilleure prise en compte de leurs besoins spécifiques.
- Soutenir le plaidoyer pour une réorganisation fonctionnelle des services de santé en vue de garantir une offre de service adaptée aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes.
- Accroître l'implication des familles et des communautés (éducation parentale) dans la promotion des modes de vie sains chez les adolescent(e)s et les jeunes.
- Renforcer le plaidoyer pour une augmentation des ressources financières en faveur des programmes d'appui à la santé des adolescent(e)s et des jeunes.
- Intensifier le plaidoyer en faveur de l'adoption de lois ou de politiques favorisant l'accès des adolescent(e)s et des jeunes à l'information et à des services de qualité.
- Mettre en place un programme de prévention de la consommation des substances psychoactives par les adolescent(e)s pour lutter contre les conséquences néfastes sur la santé et la dépendance à l'âge adulte et les décès prématurés.
- Mettre en place une plateforme multisectorielle de gestion commune des données concernant la santé des adolescent(e)s et des jeunes afin de pouvoir prendre, dans ce domaine, des décisions basées sur les évidences.

En matière de nutrition

- Collecter, analyser et utiliser régulièrement des données et éléments de preuve de qualité sur l'état nutritionnel et pubertaire des enfants d'âge scolaire et des adolescent(e)s pour orienter la définition et la mise en œuvre des actions et suivre les progrès des interventions mises en œuvre.
- Mettre en place un plaidoyer fort pour que l'offre proposée par les systèmes alimentaires – globaux et mondialisés, nationaux, locaux – dans des contextes différents (urbain, périurbain et rural) se transforme et réponde de façon satisfaisante aux besoins des enfants d'âge scolaire et adolescent(e)s à travers :
 - la stimulation de la demande d'aliments nutritifs et sains, par des stratégies innovantes (développement d'é-communautés à travers les réseaux sociaux et l'utilisation d'applications digitales) ;

- b. le renforcement de l'offre en denrées nutritives ;
- c. l'amélioration de l'environnement alimentaire (développement et mise en place des cadres législatifs et réglementaires pour la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, de la taxation des aliments ultra-transformés et de l'étiquetage de l'information nutritionnelle des aliments commercialisés).

En matière d'insertion socioprofessionnelle

- xii. Capitaliser les résultats et bonnes pratiques issus des initiatives d'insertion socioprofessionnelle des adolescent(e)s et des jeunes et mutualiser les ressources.
- xiii. Faire le plaidoyer pour une mobilisation des ressources internes en faveur de l'insertion des adolescent(e)s et des jeunes.

En matière de participation

- xiv. Donner aux jeunes les outils et compétences pour identifier les problèmes auxquels ils font face, proposer des solutions et intervenir pour un changement positif dans leur communauté.
- xv. Donner aux jeunes les compétences et outils pour faire entendre leur voix de façon positive et rapporter les problèmes auxquels ils font face dans leur communauté.

- xvi. Mettre en place un programme de formation aux techniques de plaidoyer pour les jeunes afin de leur donner des outils nécessaires pour leur participation effective dans leurs communautés autour des sujets qui les préoccupent.
- xvii. Mettre en place des cadres d'échanges réguliers et positifs entre les jeunes et les élus à tous les niveaux.
- xviii. Informer de façon régulière et adéquate, à travers les médias et les réseaux sociaux, les adolescents et les jeunes sur les risques associés aux mauvaises habitudes alimentaires, à la consommation de substances psychoactives et aux rapports sexuels à risques, sur les possibilités de recours en cas de violences et d'agressions et sur les opportunités existantes en matière d'insertion professionnelle.
- xix. Miser sur des modèles positifs tels que des artistes, athlètes, influenceurs et autres pour inspirer aux jeunes la réalisation de choix positifs.
- xx. Soutenir le gouvernement et travailler avec les acteurs du secteur privé pour fournir aux jeunes des opportunités leur permettant d'acquérir des compétences de vie essentielles pour réaliser leur plein potentiel.
- xxi. Miser sur les arts et le sport pour engager les jeunes de façon positive et les encourager à adopter des habitudes de vie saines.

Notes

¹ Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2017), *Rapport national sur la surveillance des décès maternels et riposte en Côte d'Ivoire*.

² Selon la MICS-5, 27,4 % des adolescentes âgées de 15-19 ans et 10,4 % des filles âgées de 0-14 ans avaient subi des MGF/E en 2016.

³ Performance Monitoring and Accountability 2020 (2018), *Enquête PMA2020 sur l'avortement en Côte d'Ivoire, Résultats clés*, juillet-août.

⁴ Selon la MICS-5, au niveau national, 7,7 % des jeunes filles sont mariées ou en union avant l'âge de 15 ans et 32,1 % avant l'âge de 18 ans. Si en milieu urbain, le mariage ou l'union avant l'âge de 15 ans et 18 ans concerne respectivement 4,9 % et 21,9 % des jeunes filles, en milieu rural, 11 % des filles sont mariées avant leurs 15 ans et 43,5 % avant l'âge de 18 ans.

⁵ MENET (2016), *Les grossesses en milieu scolaire en Côte d'Ivoire*, p. 149.

⁶ La MICS-5 a estimé le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCM) à 14,3 % en 2016, mais le rapport sur la situation sanitaire (RASS 2017) indique qu'il a progressé pour atteindre 20 % en 2017.

⁷ Selon la MICS-5, 30,3 % des adolescentes de 15-19 ans ont des besoins non satisfaits pour l'espacement des naissances.

⁸ Ministère du Plan et du Développement (2015), *Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire*.

⁹ Ministère du Plan et du Développement (2018), *Analyse des privations multiples des enfants en Côte d'Ivoire*.

¹⁰ Selon la MICS-5, 11,3 % des adolescentes et 20,1 % des adolescents(els) âgés de 15 à 19 ans ont bu de l'alcool avant l'âge de 15 ans, et 7,6 % des filles et 19,1 % des garçons du même âge ont consommé une boisson alcoolisée au cours du mois précédant l'enquête.

¹¹ Selon l'enquête nationale de suivi de la saison agricole et de la vulnérabilité alimentaire (SAVA) (2018).

¹² Note circulaire n° 2169 du ministre de la Santé et de l'Hygiène publique en date du 19 mars 2019.

¹³ Le taux brut de scolarisation (TBS) a progressé pour atteindre 70,5 % au 1^{er} cycle et 36 % au 2^e cycle, avec un indice de parité entre les sexes (IPS) de 0,89 au 1^{er} cycle et de 0,79 pour le 2^e.

¹⁴ 56,8 % pour le 1^{er} cycle et 28,5 % pour le 2^e cycle, dont 25,2 % seulement pour les filles contre 31,4 % pour les garçons.

¹⁵ Selon la MICS-5, 41,5 % des enfants en âge d'aller à l'école secondaire (12-18 ans) ne sont pas scolarisés, parmi lesquels 34 % des garçons, 49,1 % des filles, 61,7 % des enfants des ménages les plus pauvres, 50 % des enfants vivant en zone rurale, 56,6 % des enfants de la région Nord, 54,6 % de ceux du Nord-Ouest et 51,8 % de ceux de l'Ouest.

¹⁶ Selon la MICS-5, 40,5 % des 12-14 ans et 41,1 % des 15-17 ans sont astreints à un travail.

¹⁷ En mars 2019, le MENETFP a pris un arrêté qui autorise explicitement les filles-mères à demander un report de leur scolarité.

¹⁸ Institut national de la statistique (2016), *Enquête nationale sur la situation de l'emploi et le secteur informel* (ENSESI), p. 68.

¹⁹ OCDE (2017), *Examen du bien-être et des politiques de la jeunesse en Côte d'Ivoire*, p. 35.

²⁰ Seules 45 des 201 communes du pays sont dotées d'AEJ. Les AEJ manquent de moyens pour aller à la rencontre des jeunes, notamment en zone rurale.

²¹ Le SCAD ne dispose que de quatre centres d'accueil fonctionnels à Bimbresso (Abidjan), Bouaké, Guedipko (Sassandra) et Guingreni (Boundiali), avec une capacité d'accueil de 800 places ; dans l'attente d'un centre dédié aux jeunes filles à Bouaké, peu de jeunes filles ont jusqu'ici bénéficié de ce dispositif d'aide.

²² Selon un sondage organisé via U-Report, 65 % des moins de 15 ans et 55 % des 15-19 ans considèrent que leur opinion n'est généralement pas prise en compte. Voir <https://cotedivoire.ureport.in/poll/2279>

²³ 66 % des répondants à un sondage U-Report considèrent que l'avis des jeunes n'est pas pris en compte par les décideurs au niveau des villes ; voir <https://cotedivoire.ureport.in/poll/3468>. Ces chiffres sont à rapprocher des résultats de la MICS-5 selon lesquels seuls 38,9 % des hommes et 54,7 % des femmes de 15-19 ans se sentent respectés par les autorités locales et à peine plus de la moitié des 15-49 ans fait confiance aux élus locaux.

²⁴ Selon la MICS-5, si environ un quart des garçons et des filles âgés de 15-19 ans ont assisté à une réunion communautaire, seuls 10,6 % des adolescent(els) et 3,8 % des adolescentes âgés de 15-19 ans se sont déjà mobilisés pour porter un problème dans la communauté.

²⁵ Selon la MICS-5, les trois quarts des jeunes âgés de 15-19 ans sont exposés à au moins un média de masse traditionnel (journal, radio, télévision) une fois par semaine. Cependant, seuls 23,7 % des adolescents et 9,6 % des adolescentes âgés de 15-19 ans utilisent Internet de manière régulière.