

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice



**PLAN STRATEGIQUE
SANTE DES ADOLESCENTS ET DES
JEUNES 2015 – 2020**

Version provisoire

Mars 2015

PREFACE

La prise en compte des questions de population est un des défis majeurs et actuels pour le développement des pays. La population du Burkina Faso est en majorité jeune, précisément la tranche d'âge des 6 à 24 ans qui font l'objet du présent plan stratégique, en sachant combien la santé des jeunes est, de nos jours, un sujet d'importance capitale. Il s'agit d'une population vulnérable en plusieurs aspects, particulièrement en matière de santé reproductive. Les jeunes ne sont pas un groupe homogène et ont des spécificités à intégrer dans les politiques et les programmes. L'environnement instable combiné aux modes de comportements changeant ont accru les risques pour la santé des jeunes surtout en matière de santé sexuelle et reproductive.

Les problèmes de santé des adolescents et jeunes se perçoivent à travers la forte fécondité des adolescentes, le taux élevé des grossesses précoces et/ou non désirées, les avortements clandestins, les IST et le VIH/SIDA, les maladies à incidence sociale, les accidents et les suicides. La frange jeune de la population est confrontée également à toutes les maladies courantes, notamment les maladies infectieuses, ainsi qu'aux carences alimentaires et nutritionnelles.

Les obstacles à la santé sexuelle et procréative des adolescents et des jeunes ont été abordés à la conférence régionale de Dakar tenue du 27 au 29 janvier 2014. Il fait suite à la conférence régionale sur la population, le développement et la planification familiale tenue à Ouagadougou en février 2011 dont l'objectif principal est d'atteindre au moins un million de nouvelles utilisatrices de méthodes de planification familiale dans les neuf pays concernés d'ici 2015. Lors de la conférence de Dakar, il a été identifié les obstacles à la santé sexuelle et procréative des adolescents et des jeunes tels les difficultés d'information et d'éducation, les limites du contexte légal et politique et les barrières socio-culturelles. Il est ressorti que l'intégration des plans d'action de santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents et des jeunes dans des plans, comme ceux concernant le Planning familial résultant du partenariat de Ouagadougou, est une stratégie permettant de se concentrer sur les questions liées aux adolescents et aux jeunes selon une vision holistique.

Pour contribuer à la mise en œuvre de la Politique nationale de santé (PNS), l'élaboration d'un plan stratégique de la santé des adolescents et des jeunes, s'impose en tant qu'instrument d'aide à l'opérationnalisation. Son élaboration a été rendue possible grâce à l'action conjuguée des services techniques du Ministère de la santé et de ses partenaires au développement. Il s'adresse à tous les acteurs de la santé des adolescents et des jeunes. Il vise à leur offrir un cadre général d'intervention en santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (SRAJ) selon des axes stratégiques définis.

J'exhorte par conséquent tous les acteurs du système de santé à se l'approprier et à en faire un outil de planification de référence afin de contribuer à la résolution des problèmes de santé des adolescents et des jeunes au Burkina Faso et à soutenir sa mise en œuvre.

Le Ministre de la Santé

TABLE DES MATIERES

PREFACE.....	2
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	5
LISTE DES TABLEAUX.....	7
LISTE DES FIGURES	7
INTRODUCTION	8
I. GENERALITES SUR LE BURKINA FASO	9
1.1 Données géographiques et organisation administrative	9
1.2 Données démographiques	9
1.3 Données économiques.....	10
1.4 Données socioculturelles.....	11
1.5 Organisation et fonctionnement du système de santé.....	11
1.5.1 Politique nationale de santé (PNS)	11
1.5.2 Organisation du système de santé	12
II. SITUATION DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES	14
2.1 Etat de santé de la population	14
2.2 Le concept de santé des adolescents et des jeunes	15
2.3 Etat de santé des adolescents et des jeunes	15
2.3.1 Situation de santé des adolescents et des jeunes	15
2.3.2 Analyse selon les piliers du système de santé.....	21
2.3.3 Problèmes prioritaires	40
III. PLAN STRATEGIQUE SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES	44
3.1. Contexte d'élaboration du plan stratégique santé des adolescents et des jeunes.....	44
3.2. But.....	45
3.3. Objectif général	45
3.4. Objectifs spécifiques.....	45
3.5. Axes d'intervention et actions prioritaires	46
Axe 1: Promotion des comportements à moindre risque (lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, et les rapports sexuels à risque exposant aux IST/ VIH/SIDA, les grossesses non désirées, la consommation de substances illicites...)	47
Axe 2 : Renforcement de l'offre de soins et des services de SRAJ de qualité ...	48
Axe 3 : Assurer la coordination et le partenariat	53
Axe 4: Renforcement du suivi, de l'évaluation et de la recherche	54
Axe 5: Renforcement du financement en faveur de la santé des adolescents et des jeunes.....	54
Axe 6: Promotion d'un environnement social et juridique favorable à la santé des adolescents et des jeunes.....	55
Axe 7: Mise en œuvre d'actions prioritaires spécifiques à l'endroit des 6-10 ans	56

IV.	CHRONOGRAMME.....	58
V.	MISE EN ŒUVRE	65
5.1	Mécanismes de mise en œuvre.....	65
5.1.1	Mise en œuvre du PSSAJ.....	65
5.1.2	Acteurs de la mise en œuvre	65
5.1.3	Rôles, responsabilités des acteurs et mécanismes de coordination	68
5.2	Mécanismes de suivi et d'évaluation	71
5.2.1	Suivi.....	71
5.2.2	Evaluation	71
VI.	BUDGET PREVISIONNEL DU PLAN	94
6.1.	Financement du plan	94
6.2.	Description du cadrage financier du Plan stratégique de la santé des adolescents et des jeunes (PSSAJ)	94
6.3.	Résumé des coûts du plan	94
6.3.1	Coûts totaux.....	94
6.3.2	Coûts par axe d'intervention stratégique.....	95
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	97
	ANNEXES	100
	Cibles, structures et Paquet minimum de services (PMS) ou d'activités (PMA) par Point de prestation de services (PPS)	100
	Analyse des problèmes, goulots d'étranglement, causes, et solutions.....	101
	Définitions de termes ou concepts clés	109

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABBEF	: Association burkinabé pour le bien-être familial
ADP	: Assemblée des Députés du Peuple
AFRICSanté	: Agence de Formation, de Recherche et d'Expertise en Santé pour l'Afrique
AME	: Allaitement maternel exclusif
AMIU	: Aspiration manuelle intra utérine
AMU	: Assurance maladie universelle
AN	: Assemblée Nationale
ARV	: Anti rétroviral
ASBC	: Agent de santé à base communautaire
BURCASO	: Conseil Burkinabé des Organisations de développement communautaire
CAMEG	: Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques
CAP	: Connaissance, attitude et pratique
CCC	: Communication pour le changement de comportement
CDS	: Cadre de dialogue sectoriel
CHR	: Centre hospitalier régional
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CM	: Centre médical
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
CNSS	: Caisse nationale de sécurité sociale
CPN	: Consultation prénatale
CRS /PNDS	: Comité régional de suivi du plan national de développement sanitaire
CRTS	: Centre régional de transfusion sanguine
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
CTPC	: Commission technique permanente de concertation
DGESS	: Direction générale des études et statistiques sectorielles
DGPML	: Direction générale des pharmacies, des médicaments et des laboratoires
DPS	: Direction de la promotion de la santé
DRS	: Direction régionale de la santé
DS	: District sanitaire
DSF	: Direction de la santé et de la famille
EAS	: Exploitations et abus sexuels
ECD	: Equipe cadre de district
EDS	: Enquête démographique de santé
ECOSOFA	: Economie sociale et familiale
EMP	: Education en matière de population
ENDOS	: Entrepôt de données sanitaires
HTA	: Hypertension artérielle
IDH	: Indice de développement humain
IEC	: Information, éducation et communication
INSD	: Institut national des statistiques et de la démographie
IPC /BF	: Initiative Privée et Communautaire contre le Sida au Burkina Faso
IRA	: Infections respiratoires aiguës
IST	: Infection sexuellement transmissible
MEG	: Médicaments essentiels génériques

MGF	: Mutilation génitale féminine
MILDA	: Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action
Mildt	: Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies
MNT	: Maladies non transmissibles
MTN	: Maladies tropicales négligées
OBC-E	: Organisation à base communautaire d'exécution
OEV	: Orphelins et enfants vulnérables
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
OSC	: Organisation de la société civile
Rencap	: Renforcement des capacités
PEV	: Programme élargi de vaccination
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PF	: Planification familiale
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNS	: Politique nationale de la santé
PNUD	: Programme des nations unies pour le développement
PPS	: Politique de promotion de la santé
PTME	: Programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PSSJ	: Plan stratégique de santé des jeunes
PTF	: Partenaire technique et financier
RAJS/BF	: Réseau Africain Jeunesse Santé et Développement au Burkina Faso
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitation
SAA	: Soins après avortement
SCADD	: Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
SFE/ME	: Sage-femme d'Etat / Maïeuticien d'Etat
SMART	: Standardized monitoring and assessment of relief and transitions
SMNI	: Santé maternelle, néonatale et infantile
STEPS	: Service technique et études pour la participation sociale (Bureau d'études)
SIDA	: Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIGL	: Système d'information en gestion de la logistique
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SONUB	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SR	: Santé de la reproduction
SRAJ	: Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes
SSA	: Services de santé des forces armées
SSAAJ	: Standards de services de santé adaptés aux adolescents/jeunes
SSP	: Soins de santé primaires
SSR	: Santé sexuelle et reproductive
SSRAJ	: Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes
UNFPA	: United Nations Funds for Population
USA	: United States of America
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Chronogramme par action prioritaire	58
Tableau 2. Rôles, responsabilités des structures/acteurs, mécanisme et périodicité de mise en œuvre.....	68
Tableau 3. Répertoire des interventions selon les cibles et les services concernés.	72
Tableau 4. Indicateurs par thématique	75
Tableau 5. Répartition des ressources par axe et par an	96
Tableau 6. Cibles, structures et Paquet minimum de services (PMS) ou d'activités (PMA) par Point de prestation de services (PPS).....	100
Tableau 7. Analyse des problèmes, goulots d'étranglement, causes, et solutions .	101

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Répartition des ressources par axe	95
--	----

INTRODUCTION

La population du Burkina Faso est en majorité jeune dont la tranche d'âge des 6 à 24 ans suscite un intérêt particulier pour le ministère de la santé.

Sur le plan sanitaire, le Burkina Faso est caractérisé par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles.

En plus des problèmes de santé communs à la population entière, les jeunes sont les principales victimes des IST et du VIH/SIDA, des grossesses non désirées, des avortements clandestins, des traumatismes, des violences, des problèmes de santé mentale, des conséquences de certaines mauvaises habitudes de vie (consommation d'alcool, de tabac et de drogue) et de la malnutrition.

Le plan stratégique nutrition 2010-2015, le programme national de lutte contre la cécité, le programme national de lutte contre le paludisme, le cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et la santé bucco-dentaire avec le NOMA ont été élaborés chacun avec une composante jeune.

Avec la prise de conscience des problèmes de santé des adolescents et des jeunes au niveau international et l'engagement du Burkina Faso en matière de santé des jeunes, il s'est avéré nécessaire de se doter de politiques à même de répondre efficacement aux préoccupations des adolescents et des jeunes en matière de santé et sur une vision holistique dans la résolution des problèmes de santé. Pour ce faire, le Burkina Faso a accordé une place de choix à la santé des jeunes dans l'élaboration de la Politique nationale de la santé (PNS).

Pour contribuer efficacement à la mise en œuvre de cette politique notamment en son volet concernant les adolescents et les jeunes au niveau du Ministère de la Santé, il est apparu nécessaire d'élaborer le présent plan stratégique santé des adolescents et des jeunes (PSSAJ) pour la phase 2015-2020 après l'évaluation de celui de la période 2004-2008. Ainsi, à travers un processus participatif qui a impliqué tous les acteurs du domaine, le présent plan a été élaboré sur la base de la phase 2 de la Politique nationale de santé (PNS), du plan national de développement sanitaire (PNDS) pour la période 2011-2020, du plan stratégique de la promotion de la santé (PPS) et bien d'autres référentiels. Il s'articule autour des points suivants:

- Les généralités sur le Burkina Faso;
- La situation sanitaire;
- Le rappel de la politique de la santé des jeunes;
- Le but et les objectifs du plan stratégique;
- Les axes d'interventions et actions prioritaires;
- Le chronogramme 2015-2020;
- La mise en œuvre;
- Le financement.

I. GENERALITES SUR LE BURKINA FASO

1.1 Données géographiques et organisation administrative

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso, pays continental, s'étend sur une superficie¹ d'environ 272 967 km². Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Son climat est de type tropical avec une saison pluvieuse d'environ cinq mois (de mai à septembre) et une saison sèche d'environ sept mois (d'octobre à avril). Ce climat expose le pays à des risques permanents d'inondation, de sécheresse mais aussi de l'harmattan ainsi que de chaleur parfois très importante.

Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes dont 49 communes urbaines et 302 communes rurales et de 8228 villages [1]. Les circonscriptions administratives sont la région, la province et le département.

Dans le cadre de la décentralisation (communalisation intégrale), la région et la commune sont les collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. A ce titre, des ressources matérielles et financières leur sont transférées.

1.2 Données démographiques

Avec un taux d'accroissement annuel de 3,1%, la population totale du Burkina Faso est estimée à 17 880 386 habitants en 2014 selon le scénario tendanciel [2].

La population du Burkina Faso est en majorité jeune avec un âge moyen de 21,8 ans [3]. Pour 2014, la proportion estimée de jeunes âgés de:

- 6 à 9 ans est de 12,56% dont 48,32% de sexe féminin;
- 10 à 19 ans est de 24,28% dont 49,49% de sexe féminin;
- 15 à 24 ans représentent 19,28% dont 51,33% de sexe féminin;
- 10 à 24 ans représentent 43,55% dont 51,31% de sexe féminin [1].

Le taux brut de natalité est de 41,2‰ (33,3‰ en milieu urbain et 43,3‰ en milieu rural) [3]. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,0 enfants par femme, beaucoup plus élevé en milieu rural (en moyenne, 6,7 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,9 enfants, en moyenne). Le taux global de fécondité générale est de 206‰ (132‰ en milieu urbain et 233‰ en milieu rural) [3]. Aussi, le taux de fécondité est de:

- 130‰ (69‰ en milieu urbain et 160‰ en milieu rural) pour les femmes âgées de 15-19 ans,

¹ The English language in Francophone West Africa - La langue anglaise en Afrique de l'Ouest
http://www.teachingenglish.org.uk/sites/teacheng/files/The%20English%20Language%20in%20Francophone%20West%20Africa_book.pdf

- et 264‰ (167‰ en milieu urbain et 306‰ en milieu rural) pour les femmes âgées de 20-24ans.

Les données révèlent également une fécondité plus précoce en milieu rural qu'urbain. Ainsi, si dans l'ensemble, les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour 11 % dans la fécondité totale, les pourcentages correspondants sont de 12 % en milieu rural et de 9 % en milieu urbain.

Le taux de mortalité en baisse continue est de 11,8‰ [3].

Les femmes représentent 51,7% de la population globale contre 48,3% d'hommes. L'espérance de vie à la naissance est passée de 32 ans en 1960 à 56,7 ans en 2006 [1].

La majorité de la population (77,3%) vit en milieu rural. Elle est inégalement répartie avec la plus forte densité au Centre (615 habitants au km²) et la plus faible à l'Est (26 habitants au km²).

Le pays connaît également d'importants mouvements de populations aussi bien internes qu'externes. Les migrations internes, qui se font vers les zones de terre fertile et récemment vers les sites aurifères, sont un facteur de dégradation accélérée des milieux écologiques. Ce qui contribue à créer un déséquilibre croissant entre les ressources naturelles disponibles et la pression démographique, compromettant ainsi l'avenir des générations futures. Aussi, les récentes crises sociopolitiques dans les pays voisins ont drainé un flux important de réfugiés à l'intérieur du Burkina Faso, augmentant les besoins en santé, en éducation et en alimentation.

1.3 Données économiques

Le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés avec un seuil de pauvreté estimé à 108 454 FCFA par personne et par an en 2009 et le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté qui est de 43,9% [4]. Selon le rapport du Programme des nations unies pour le développement (PNUD, 2013), le pays occupe le 183ème rang sur 186 pays avec un Indice de développement humain (IDH) de 0,343 [5]. Cette situation de pauvreté est caractérisée par un accès difficile aux services sociaux de base, par le chômage, l'analphabétisme, des conditions d'habitat précaire, un statut de la femme peu avantageux Cette pauvreté affecte particulièrement les femmes et les enfants et d'importants écarts persistent entre les zones urbaines et rurales déterminant la persistance des inégalités d'accès aux soins de santé au sein des populations.

La croissance soutenue de la population minimise l'impact des interventions (notamment pour les secteurs de l'éducation et de la santé) pour la réduction de la pauvreté et le développement humain.

L'économie du pays reste par ailleurs, marquée par son caractère faiblement diversifié et sa vulnérabilité aux chocs internes (aléas climatiques principalement) et externes (flambée du prix de l'énergie et volatilité des prix pour les produits alimentaires).

Les dépenses totales de santé représentaient 6,5% du PIB en 2011. Quant aux dépenses privées en santé, elles étaient de 49,7% des dépenses totales de santé 2011 [5].

1.4 Données socioculturelles

Le Burkina Faso compte environ 67 groupes ethnolinguistiques. Les principales religions sont l'islam (60,5%), le christianisme (23,2%) et l'animisme (15,3%) [1].

«Les inégalités relevées au niveau socio culturel et religieux concernent entre autres: (i) la persistance de la préséance du garçon par rapport à la fille dans le choix des naissances, dans le droit de succession et le droit de propriété; (ii) les inégalités et disparités dans la division sexuelle du travail, qui donnent plus de charge de travail à la femme par rapport à l'homme, à la fille par rapport au garçon, avec des impacts dommageables sur leur santé, leur productivité, leur temps de loisir et leur réinvestissement en capital humain; (iii) l'existence et la perpétuation des pratiques traditionnelles qui sont néfastes à la femme (le lévirat, l'excision, les bastonnades, le sororat, la polygamie imposée à la première épouse, les mariages précoces et forcés), et quelques fois à l'homme (le sororat, la polygamie, les bastonnades, le mariage forcé, le rejet des sollicitations du mari sur le lit conjugal) [6]».

En ce qui concerne l'éducation, le taux brut de scolarisation est passé de 45,9% en 2000-2001 à 79,6 % en 2011-2012 [7] et de à 81,3% en 2012/2013 (81,0% pour les filles et 81,6% pour les garçons)². Le taux net de scolarisation était de 62,2%. Les indices de parité filles/garçons étaient de 0,98 pour le niveau d'admission et de 0,96 pour le niveau de scolarisation [7]. Selon la même source, le taux d'achèvement scolaire est de 55,1%. Quant au taux d'alphabétisation, il est de 28,7% [1]. La majorité de la population reste analphabète (71,3%). Quant au taux brut de scolarisation au secondaire, il a connu une hausse de 15,5 points de pourcentage passant de 10,5% (7,6% pour les filles et 13,4% pour les garçons) en 1997/1998 à 25,7% (22,4% pour les filles et 29,1% pour les garçons) en 2011/2013.

1.5 Organisation et fonctionnement du système de santé

1.5.1 Politique nationale de santé (PNS)

En 1978, le Burkina Faso a adopté la stratégie des soins de santé primaires (SSP) à l'instar de la plupart des pays. Cette stratégie est devenue effective en 1992 par la création des districts sanitaires et des directions régionales en 1996.

Le PNDS 2011-2020 est le document national de référence en matière de santé. Il est la traduction opérationnelle de la politique nationale de santé dont la vision découle de celle de la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD): «un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant» [8]. L'objectif général

² Ministère des finances. Le Burkina Faso en marche sur la voie du PA/CIPD: Rapport provisoire. Septembre 2014. 1-29: 12 et 13.

du PNDS est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations avec un focus sur la mise en œuvre d'interventions à haut impact pour la réduction de la morbidité et de la mortalité au sein des populations.

1.5.2 Organisation du système de santé

Le système de soins est organisé en trois sous-secteurs qui sont :

- le sous-secteur sanitaire public;
- le sous-secteur sanitaire privé et confessionnel qui est en pleine expansion et contribue à l'offre de soins aux populations surtout urbaines ;
- le sous-secteur sanitaire de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.

a) *Le sous-secteur public*

Le sous-secteur public comporte une organisation administrative et opérationnelle. Sur le plan administratif, il est structuré en trois niveaux :

- le niveau central composé des structures centrales et rattachées autour du cabinet du Ministre et du secrétariat général ;
- le niveau intermédiaire comprend les 13 directions régionales de la santé ;
- le niveau périphérique est constitué des districts sanitaires qui sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé. En 2013, on dénombre 70 districts sanitaires dont 63 fonctionnels.

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

Le premier niveau correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons:

- le premier échelon est le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) et Centre Médical (CM) qui offrent le paquet minimum d'activités. En 2013, on dénombre 1606 CSPS et 32 CM pour un rayon moyen d'action théorique estimé à 7,0km au cours de la même période³. Il est en cours la transformation des CSPS au siège des chefs-lieux de commune en centres médicaux.
- le deuxième échelon est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA)/Hôpital de district (HD) qui complète le paquet minimum fourni par le CSPS et CM. Il est le centre de référence des formations sanitaires du district. En 2013, on compte 44 CMA/HD fonctionnels.

Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence aux CMA/HD. A ce jour, le pays compte au total neuf (09) CHR. Les CHR de Ziniaré et de Manga sont en projet.

Le troisième niveau, le plus élevé, regroupe quatre (04) Centres hospitaliers universitaires (CHU). Il sert de référence aux CHR.

A côté des structures sanitaires du Ministère de la santé, il existe d'autres structures publiques de santé telles que les Services de santé des forces armées (SSA), les

³ Annuaire statistique 2013 du Ministère de la santé, Burkina Faso, pages 2 et 3.

services de santé de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) qui relèvent respectivement du Ministère chargé de la défense et de celui chargé de la sécurité sociale. En plus des structures publiques, le Burkina Faso compte des structures privées concentrées dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso.

Les ressources humaines en santé sont formées à travers les écoles nationales de santé publiques et privées qui sont spécialisées dans la production du personnel para médical (formation initiale et de spécialisation) et aussi à travers les écoles de médecine pour le personnel médical, les pharmaciens et autres corps spécialisés.

b) Le sous-secteur sanitaire privé et confessionnel

Le sous-secteur sanitaire privé et confessionnel contribue à l'offre de soins aux populations surtout urbaines. Les établissements sanitaires privés étaient au nombre de 384 en 2013⁴ et comprennent des polycliniques, des cliniques, des centres médicaux, des cabinets médicaux, des cabinets dentaires, des CSPS, des cliniques d'accouchement et des cabinets de soins infirmiers.

Il convient d'ajouter à cette liste des structures, les grossistes privés, les officines et les dépôts privés de médicaments qui contribuent à l'approvisionnement du pays en médicaments et en consommables médicaux. La Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG) est chargée de l'achat des médicaments et autres produits de santé sur le marché international, de la gestion et de la distribution au niveau périphérique par l'intermédiaire de ses agences régionales.

c) La médecine et la pharmacopée traditionnelles

L'importance de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles est reconnue par la loi n°23/94 /ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique et une direction technique a été créée pour mieux coordonner le sous-secteur traditionnel.

⁴ Annuaire statistique 2013 du Ministère de la santé, Burkina Faso, page 3.

II. SITUATION DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

2.1 Etat de santé de la population

La situation sanitaire du Burkina Faso, malgré une amélioration certaine ces dernières années, reste caractérisée par des taux de mortalité générale (11,8% en 2006) et spécifique élevés [1]. Parmi les maladies d'importance en santé publique on peut citer le paludisme, les IRA, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, l'infection à VIH, les IST, la tuberculose, la lèpre et les Maladies tropicales négligées (MTN). En outre, la méningite cérébro-spinale, la rougeole et la poliomyélite constituent les causes de flambées épidémiques auxquelles fait régulièrement face le Burkina Faso. Dans le cadre de la prévention, d'importants efforts sont faits pour la prévention par la vaccination.

Selon ce rapport ONUSIDA 2014, la prévalence moyenne de l'infection à VIH dans la population adulte du Burkina Faso est estimée à 0,92% [0,81-1,06] en fin 2013. Aussi, il y avait 110 000 PVVIH (dont 56 000 sont des femmes), 18 000 enfants vivant avec le VIH, 5 600 décès dus au Sida et 120 000 enfants orphelins du fait du Sida. En 2012, la prévalence de l'infection à VIH est de 1,0% et la proportion de personnes atteintes du Sida et justifiables de traitement antirétroviral (ARV) est de 74,05% [5]. En 2010, le taux de prévalence du VIH était de 1% chez les personnes de 15-49 ans (femmes: 1,2 %; hommes: 0,8%) [9].

Le paludisme reste la première cause de mortalité et de morbidité avec 47% et 27% des cas de consultations respectivement dans les formations sanitaires de base et les centres médicaux et hôpitaux.

Les maladies non transmissibles (MNT) sont en augmentation. Cela se traduit par l'émergence des affections cardio-vasculaires, les troubles et maladies mentales, le diabète, la malnutrition, les cancers et les traumatismes dus aux accidents de la route. Selon les statistiques de la Direction de la protection civile, 14 987 cas d'accidents de la circulation ont été notifiés en 2013.

Cette double charge de morbidité et de mortalité due aux maladies transmissibles et non transmissibles constitue un facteur essentiel qui pèse sur la santé des groupes vulnérables que sont les mères et les enfants.

En effet, le taux de mortalité infantile est de 65 pour 1000 naissances vivantes en 2010 selon l'EDS IV contre 81 pour 1000 naissances vivantes en 2003 selon l'EDS III. Aussi, le taux de mortalité infanto-juvénile de 129 pour 1000 naissances vivantes 2010 selon l'EDS IV contre 184 pour 1000 naissances vivantes en 2003 selon l'EDS III. Le ratio de mortalité maternelle était de 484 pour 100 000 naissances vivantes en 1998 selon l'EDS III [10] contre 341 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010 [3].

Chez l'enfant, les causes majeures de décès varient selon l'âge et associées à la malnutrition dans 54% des cas [11]. Selon le rapport de l'enquête nutritionnelle nationale 2013 (Enquête SMART 2013), la prévalence de la malnutrition aiguë au

niveau national est passée de 11,3% en 2009 à 8,2% en 2013. Celle de la malnutrition chronique est passée de 35,1% en 2009 à 31,5 % en 2013.

Les dépenses totales de santé représentaient 6,5% du PIB en 2011[5]. Quant aux dépenses privées en santé, elles étaient de 49.7% des dépenses totales de santé.

2.2 Le concept de santé des adolescents et des jeunes

Le terme jeune est utilisé pour désigner la tranche d'âge de la population comprise entre 10 et 24 ans [12]. La tranche d'âge de 10 à 19 ans constitue celle des adolescents [12].

« La santé des jeunes au Burkina Faso concerne les jeunes de 10 à 24 ans (SRAJ et santé globale) des deux sexes, sexuellement actifs ou non, mais aussi la tranche d'âge de 6-9 ans dont les besoins ne sont couverts par aucun programme de santé en cours; la cible primaire du plan stratégique de santé des jeunes au Burkina est constituée alors des tranches d'âge de 6 à 24 ans tant du milieu scolaire et universitaire que du secteur informel, des travailleurs ou chômeurs » [13].

Cette conception de la santé des jeunes impose une vision globale nécessitant une approche systémique des problèmes de santé des jeunes.

2.3 Etat de santé des adolescents et des jeunes

Au vu de la problématique de la santé des adolescents et des jeunes, il est fait l'effort d'informer sur les dangers liés aux comportements des adolescents car ayant envie de s'affirmer, de ne plus être considéré comme un enfant...dans le cadre de la construction de leur propre personnalité. Ainsi boire pour s'éclater, fumer sa première cigarette, adopter une conduite automobile "sportive"... apparaissent comme autant de bravades à "l'ordre établi" [14].

L'état de la santé des adolescents et des jeunes est présenté selon la situation de leur santé et l'analyse de la situation selon les piliers du système de santé.

2.3.1 Situation de santé des adolescents et des jeunes

La situation de la santé des adolescents et des jeunes est caractérisée essentiellement par des grossesses précoces et non désirées, des avortements provoqués clandestins, des rapports sexuels précoces et non protégés, le multi partenariat, une prévalence élevée du VIH/SIDA et des IST (0,3% pour le VIH/SIDA chez les jeunes de la tranche d'âge de 15-19 ans et de 0,4% pour le VIH/SIDA chez les jeunes de la tranche d'âge de 20-24 ans selon EDS IV) et de violences diverses. Le phénomène est aggravé par la faible utilisation des méthodes contraceptives et des services de santé par les jeunes. La consommation d'alcool, de drogue et de tabac, substances hautement nuisibles pour la santé, n'épargne pas la frange jeune de la population.

Pourtant selon l’OMS, "Investir dans la santé des adolescents permet de prévenir 1,4 million de décès dans le monde qui, chaque année, sont provoqués par des accidents de la route, des violences, des suicides, le VIH ou les conséquences d’une grossesse. Cette démarche peut aussi améliorer la santé et le bien-être de millions d’adolescents qui connaissent des problèmes de santé tels que la dépression, l’anémie ou l’infection à VIH; et promouvoir l’adoption de comportements sains, de nature à prévenir des problèmes de santé qui surviennent ultérieurement comme les maladies cardiovasculaire et le cancer du poumon liés respectivement à l’inactivité physique et à la consommation de tabac dès l’adolescence. Elle peut enfin empêcher que des problèmes n’apparaissent à la génération suivante – prématurité et faible poids de naissance chez les nouveau-nés de mères très jeunes" [15].

L’infection à VIH et les IST

En 2013, la prévalence du VIH était de 0,6% [0,3-1,0] en milieu rural et 2,1% [1,7-2,7] en milieu urbain pour les 15-49 ans et de 0,2% [0,0-0,7] en milieu rural et 1,3% [0,8-2,0] en milieu urbain pour les 15-24 ans⁵. Selon le rapport d’évaluation du plan stratégique santé des jeunes 2004-2008, il ressort que les taux de prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-19 ans et chez les jeunes de 20-24 ans sont respectivement de 0,3% (0,3%-1,3%) et de 0,8% (0,5%-1,3%) [16, 17]; sans écart réel entre les femmes et les hommes⁶ (0,5% contre 0,3%) [17]. Aussi, les jeunes sont suffisamment sensibilisés sur le VIH/SIDA et, de ce fait, connaissent son existence mais n’ont pas encore suffisamment de connaissances des modes de transmission, des moyens de prévention, des manifestations et des signes cliniques du VIH/SIDA qui sont considérés comme des connaissances prioritaires.

Il ressort également que certains adolescents ont des partenaires multiples, ce qui les expose au risque d’infection à VIH et aux IST [9]. En dépit d’un recul notable pour s’établir à 0,89% en 2015 [17], l’infection de VIH continue de mobiliser les efforts du gouvernement et de ses partenaires techniques et financiers (PTF).

Grossesses précoces et/ou non désirées et les avortements

Le trio menaçant la santé des adolescents et des jeunes est constitué des grossesses, des avortements, du VIH/SIDA et des IST [18].

Au Burkina Faso, à l’insuffisance d’information sur la santé sexuelle et de la reproduction, vient s’ajouter le faible niveau d’utilisation de la contraception. En effet, les taux de non utilisation actuelle de la contraception sont de 65,7% en milieu urbain et de 88,7% en milieu rural; de même, les taux de non utilisation actuelle de la contraception selon les tranches d’âge de 15-19 ans et de 20-24 ans sont respectivement de 93,4% et de 84,1% [3]. Aussi pour des taux de 5,7% en milieu urbain et de 0,4% en milieu rural, les taux d’utilisation de condom masculin selon les tranches d’âge de 15-19 ans et de 20-24 ans sont respectivement de 2,8% et de 2,4%. Parmi les jeunes qui ont déjà eu des rapports sexuels, seulement 42% des filles ont déjà utilisé une méthode contraceptive au cours de leur vie [16]. En outre,

⁵ Rapport 2013 sérosurveillance PSSLS, Ministère de santé, Burkina Faso.

⁶ Rapport de l’ONUSIDA sur l’épidémie mondiale du Sida 2013: Pourcentage de jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui vivent avec le VIH 2012. page 154. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_fr_1.pdf

les méthodes modernes (34% des filles et 48% des garçons) sont plus utilisées que les méthodes traditionnelles (16% des filles et 6% des garçons). Quant au condom, il constitue le moyen contraceptif le plus utilisé surtout chez les garçons: 32% des filles et 48% des garçons mentionnent cette méthode. Le niveau d'utilisation de la pilule est négligeable (3% parmi les filles et 2% parmi les garçons) [16]. Concernant les autres méthodes traditionnelles, la continence périodique a été la plus utilisée (14% des filles et 5% des garçons) [16].

Concernant l'incidence de l'avortement, le taux était de 25 interruptions de grossesse pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2008 [19]. Ce taux était de 23 pour 1 000 dans les zones rurales, et 28 pour 1 000 à Ouagadougou, et plus élevé dans les zones urbaines autres que Ouagadougou—42 pour 1 000. Aussi, les femmes les plus susceptibles d'avoir récemment mis fin à une grossesse étaient celles âgées de 15 à 24 ans: 5,7% d'entre elles ont confié à une amie proche ou un membre de la famille avoir eu recours à l'avortement [20]. Ainsi au Burkina Faso, la situation est préoccupante, surtout en milieu scolaire, à tous les échelons du système éducatif. Au cours de l'année scolaire 2010-2011, les effectifs suivants de grossesses d'adolescentes dans les établissements scolaires ont été enregistrés: 119 cas dans le district sanitaire de Ouahigouya, 276 cas à Gaoua et 27 cas de grossesses d'adolescentes dans une classe de CM2 à Bobo-Dioulasso⁷. A ce sujet, les données disponibles indiquent que 9,3% des adolescentes de 15-19 ans en milieu urbain et 23,5% en milieu rural ont eu un enfant [16].

Selon l'UNFPA et l'ONG Save the children USA [20], «les catégories à risque sont par définition les suivantes:

- les très jeunes adolescents (10-14 ans), tout particulièrement les filles, sont exposés aux exploitations et les abus sexuels (EAS) en raison de leur dépendance, de leur impuissance et de leur manque de participation aux prises de décision. Compte tenu de leur expérience limitée de la vie, ces adolescents peuvent ne pas reconnaître la nature sexuelle des exploitations et des abus qu'ils subissent.
- les adolescentes enceintes, tout particulièrement celles âgées de moins de 16 ans, sont fortement exposées à des risques d'arrêt dans la progression du travail ou d'urgence obstétrique potentiellement mortelle lorsque le bassin «immature» est trop petit pour permettre le passage d'un nouveau-né par les voies normales. Un retard dans le traitement peut entraîner des fistules obstétricales ou une rupture de l'utérus, une hémorragie voire un décès de la mère et de l'enfant. Les services de soins obstétricaux d'urgence sont souvent indisponibles en situations de crise, ce qui augmente les risques de morbidité et de mortalité chez les mères adolescentes et leurs nouveau-nés.
- les adolescents marginalisés, dont les séropositifs, les handicapés, les non-hétérosexuels, les indigènes indigents et les migrants, peuvent rencontrer des difficultés pour accéder aux services en raison de la stigmatisation dont ils sont victimes, d'un préjudice, de leur culture, de leur langue et de leurs handicaps physiques ou psychiques. Ils sont exposés à la pauvreté et courent le risque d'être exploités ou abusés sexuellement».

⁷ Voir quelques exemples éloquentes présentés en ligne par un responsable du RAJS en suivant le lien : www.bayiri.com/societe/sciences-sante/grossesses-non-desirees-et-paternites-precoces-le-rajs-bf-lance-sa-campagne-talents-de-jeunes-2013.html.

L'usage des substances nocives (l'alcool, le tabac et la drogue)

La consommation de «*substance psycho active*» se fait précocement avec en moyenne le premier verre d'alcool bu à 11 ans, la 1ère cigarette fumée à 12 ans, et le 1er joint à 18 ans [21]. En Europe, 40% de la morbidité et de la mortalité prématurée sont dus à trois facteurs de risque évitables, à savoir le tabac, l'alcool ainsi que les accidents de la circulation (d'ailleurs souvent causés à leur tour par l'alcool) [22]. Aussi, il est observé une surmortalité en rapport avec l'alcool (tumeurs, psychoses alcooliques, suicides) chez l'homme [23].

Au Burkina Faso, les consommations d'alcool, du tabac et de la drogue par les jeunes constituent une réalité préoccupante. Concernant la consommation d'alcool au Burkina Faso entre 2003 et 2005, 29,2% d'individus âgés de 15 ans et plus étaient des consommateurs d'alcool (39,7% d'hommes et 18,81% de femmes) [16]. La prévalence de personnes consommant au moins 60 grammes d'alcool par jour était de 46,6% en 2010 au Burkina Faso; et le risque de décès attribuable à la cirrhose du foie était de 65,0% pour les hommes (58,7% pour les femmes) et aux accidents de la route de 12,0% pour les hommes (2,9% pour les femmes) en 2012 [24].

En ce qui concerne le tabagisme, il est l'une des principales causes de décès, de maladie et d'appauvrissement [24]. On note que 17,3% des élèves âgés de 13-15 ans consomment du tabac et 12,2% d'entre eux fument la cigarette [16]. Aussi, les couches jeunes de la population sont les plus affectées. En 2012, le pourcentage de jeunes filles et garçons dont l'âge est compris entre 13 et 15 ans, ayant couramment usé du tabac est respectivement de 11,5% et 22,6%. Pour les garçons et les filles de la même tranche d'âge ayant usé de la cigarette, leur pourcentage est respectivement de 11,9% et 2,0%. Par ailleurs, le tabagisme est responsable de problèmes de santé pour la mère et l'enfant pendant et après la grossesse⁸, que se soit de type actif ou passif⁹. Du reste, les enfants d'un fumeur ont 2 fois plus de risques de devenir eux-mêmes fumeurs que les enfants d'un non-fumeur¹⁰.

Selon le rapport de l'enquête STEPS 2013 menée au Burkina Faso, la consommation du tabac demeure un réel problème de santé publique avec une prévalence de 19,8% au sein de la population générale (25 à 64 ans). Cette prévalence reste plus élevée chez les hommes (29,2%) que chez les femmes (11,8%). Les sujets jeunes de 25 à 34 ans de sexe masculin sont les plus touchés avec une prévalence de 32,6%. La prévalence de l'exposition passive à la fumée de

⁸ Conséquences et risques du tabagisme pendant la grossesse: les grossesses extra-utérines, les fausses couches spontanées, le saignement vaginal, la mauvaise position du placenta, décollement prématuré du placenta, hématome rétro-placentaire, la rupture prématurée des membranes et accouchement prématuré, le retard de croissance in utero avec un poids de naissance moyen plus faible du bébé (les enfants nés de fumeuses pèsent 200 grammes de moins que les enfants nés de non fumeuses), l'augmentation des complications à l'accouchement pour le bébé et pour la maman, l'augmentation du risque du syndrome de mort subite du nourrisson (multiplié par 3), la diminution de production de lait maternel et passage de la nicotine dans le lait maternel, et certaines malformations spécifiques sont significativement plus nombreuses chez les enfants de femmes fumeuses en cours de grossesse (fentes faciales, gastroschisis, craniosténoses en particulier). <http://www.stop-tabac.ch/fr/les-effets-du-tabagisme-sur-la-sante/grossesse-et-tabagisme>

⁹ Risque à l'exposition passive à la fumée du tabac: infections respiratoires de l'enfant (+ 72 % si la mère fume), otites récidivantes de l'enfant (+ 48 % si les 2 parents fument), crise d'asthme et râles sibilants chez l'enfant, retard de croissance intra-utérin et petit poids de naissance (si la mère est enfumée par son entourage), mort subite du nourrisson (+ 100 %), accidents cardiaques coronariens (+ 25 %, cause la plus importante en nombre de victimes), cancer du poumon (+ 26 %). <http://www.retournatal.com/Tabac.php>

¹⁰ <http://www.stop-tabac.ch/fr/les-effets-du-tabagisme-sur-la-sante/grossesse-et-tabagisme>

tabac à domicile était de 36,3% chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 64 ans. Quant à la consommation d'alcool au cours des trente derniers jours qui ont précédé l'enquête, la prévalence était de 27,3% dans la population de 25 à 64 ans. Cette prévalence était plus élevée chez les hommes (31,0%) que chez les femmes (24,2%). La prévalence de la consommation de l'alcool augmentait avec l'âge et variait de 21,8% chez les 25 à 34 ans à 35,9% chez les 55 à 64 ans. Il n'a pas été pris en compte les données pour les moins de 25 ans au cours de l'enquête STEPS 2013.

Les facteurs qui favorisent la consommation du tabac chez les jeunes et les adolescents sont, entre autres, le tabagisme des parents, des personnes «modèles» (enseignants, sportifs, musiciens, leaders politiques), des pairs et la consommation de tabac dans l'environnement des jeunes a un effet d'entraînement de ceux-ci qui s'identifient à ces personnes [25]. Au Burkina Faso [26], les principaux facteurs favorisant le tabagisme des élèves étaient:

- les conditions économiques: 64 % étaient issus d'un milieu économiquement favorable avec de l'argent de poche quotidien (100 %) et 1 moyen de déplacement (74,8 %);
- l'environnement des fumeurs: 72 % des fumeurs vivaient éloignés de leurs parents géniteurs, 46 % des élèves avaient fumé par imitation de l'entourage. Les lieux de prédilection pour la consommation de la cigarette étaient l'école (67,9 %);
- l'influence des médias: 80,8 % ont été entraînés dans le tabagisme par l'influence de la publicité.

Contrairement à l'alcool et au tabac, la consommation de la drogue n'avait pas atteint des proportions inquiétantes au Burkina Faso puisqu'elle se résumait à l'usage du cannabis et de certains comprimés de type amphétaminique [16]. D'autres formes plus récentes d'usage de substances nocives (inhalation de colles, de solvants ou de diluants) ont été décrites. Des données actualisées permettraient d'avoir une idée plus précise de l'ampleur actuelle du phénomène. Nonobstant cela, les trois principales causes socio-affectives pouvant en partie expliquer la consommation de drogue par l'adolescent sont le sentiment d'abandon consécutif au divorce des parents, ou associé à un délitement familial, la difficulté de trouver un sens à sa vie et à la vie en général et une volonté de transgression plus forte que l'interdit, parfois encouragée par un entourage trop systématiquement hostile à l'adolescent [27].

Les mutilations génitales féminines (MGF)

Les conséquences négatives des mutilations génitales féminines (MGF) sont multiples allant des complications médicales immédiates à ces effets psychologiques.

Au Burkina Faso, les MGF, phénomène pouvant altérer aussi bien la santé physique que sociale des jeunes filles, touchent presque toutes les ethnies et sont pratiquées sur l'ensemble du territoire, soit 76% des femmes ayant déclaré avoir subi la pratique de l'excision [3]. Cela montre que les restent une pratique encore très répandue au Burkina Faso. En fonction des régions, on constate que c'est dans le Sahel et dans les Hauts Bassins que la proportion de filles excisées est la plus élevée. On constate aussi que la pratique de l'excision reste plus fréquente en milieu rural qu'en milieu

urbain (15% contre 7%), selon l'EDS-MICS. De même, la proportion des femmes excisées est de 13,3% pour les moins de 14 ans¹¹.

Adolescents, jeunes et accidents de la route

Selon l'OMS, seuls 28 pays (sans le nôtre), comptant 416 millions d'habitants au total (soit 7% de la population mondiale), disposent d'une législation adéquate concernant les cinq facteurs de risque d'accident de la route (la vitesse, la conduite en état d'ébriété, le non-port du casque ou de la ceinture de sécurité et la non-utilisation de dispositifs de sécurité pour enfants) [28]. Et pourtant peu utilisés, les contrôles aléatoires d'alcoolémie sur la route peuvent faire baisser d'environ 20% le nombre d'accidents liés à l'alcool et s'avèrent donc très rentables [23].

Au Burkina Faso, les différentes enquêtes n'ont pas ressorti les données relatives aux accidents de la route: EDS 2010, enquête STEPS 2013 portant sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso.

Les troubles anxieux et les troubles de l'humeur chez l'adolescent

L'adolescence est une période relativement difficile pour le jeune, comme pour les parents, en rapport avec la crise d'adolescence [29]. Les adolescents sont sujets à des troubles anxieux (0.6 à 7% des adolescents) et de l'humeur voir la dépression et la schizophrénie. Les risques d'excès et de dérives ne sont parfois pas loin; et les parents et les proches ne doivent pas avoir peur d'aborder les différents sujets avec l'adolescent et l'inciter à se faire aider pour sortir de cette situation tout en évitant l'attitude moraliste à leur endroit (au lieu de prendre en charge leurs problèmes) qui constituerait une barrière socioculturelle.

En termes d'activités hospitalières au Burkina Faso, les pathologies récurrentes sont les psychoses aiguës, les psychoses chroniques et les dépressions. Les statistiques hospitalières en 2012, indiquent 12 642 consultations externes pour l'ensemble des services de psychiatrie des Centres hospitaliers nationaux et régionaux et des CMA [30]. Aussi, les hospitalisations dans les CMA étaient de 772 et de 718 dans les CHR et CHU à la même période. Bien que ces données à l'échelle nationale soient fragmentaires et non spécifiques aux adolescents et aux jeunes, on observe une demande de plus en plus croissante en matière de prise en charge des abus de drogues et d'alcool dans les formations sanitaires. Les activités actuellement menées dans les structures de santé mentale sont principalement axées sur les soins curatifs.

Au Burkina Faso, les différentes enquêtes n'ont pas ressorti les données relatives aux troubles anxieux et les troubles de l'humeur chez les adolescents et les jeunes: EDS 2010, enquête STEPS 2013 portant sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso.

¹¹ Selon l'UNICEF: http://www.unicef.org/bfa/french/protection_1143.html

Adolescents, jeunes et maladies non transmissibles

Selon l'OMS, généralement, les comportements ayant un effet sur la santé et les facteurs sous-jacents des principales maladies non transmissibles apparaissent ou sont renforcés au cours de la deuxième décennie de vie: la consommation de tabac et d'alcool, les habitudes alimentaires et l'exercice physique, la surcharge pondérale et l'obésité [31]. Ces comportements et ces facteurs ont un grave impact sur la santé et le développement des adolescents d'aujourd'hui mais ont des effets dévastateurs sur la santé des adultes qu'ils seront demain.

Selon l'enquête STEPS 2013 au Burkina Faso, la prévalence des maladies cardiovasculaires est élevée comme témoignent les données suivantes concernant surtout la population âgée de 25 à 64 ans: l'Hypertension artérielle - HTA (17,6%), le diabète (4,9%) et une faible prévalence de l'hypercholestérolémie mais aussi un faible taux de cholestérol protecteur (HDL) chez 75,8% des hommes et 77,9% femmes de la population de 25 à 64 ans.

S'il est vrai que les tranches d'âge, ci-dessus, ne concernent pas celles des adolescents et des jeunes, il reste que des efforts doivent être faits pour leur accompagnement à éviter les maladies non transmissibles dans leur vie future. Cela suppose le partage d'informations clés avec eux telles les bonnes habitudes de vie, une alimentation saine, la pratique d'activités physiques et sportives.

2.3.2 Analyse selon les piliers du système de santé

Pour l'analyse du système de santé avec un focus sur la santé des adolescents et des jeunes, le modèle des six piliers d'un système de santé selon l'OMS a été utilisé. Cela est en rapport avec les défis relatifs liés au leadership et à la gouvernance, aux prestations de services (l'organisation, la gestion et l'offre des services de santé), aux médicaments, aux vaccins et aux technologies, à l'information sanitaire, au financement de la santé et aux ressources humaines et matérielles [32]. Aussi, il a été spécifiquement abordé la question de l'accessibilité financière, géographique et culturelle et celle de la recherche. Enfin, il a été pris en compte les principaux résultats de l'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique santé des jeunes 2004-2008.

2.3.2.1 Gouvernance, leadership et coordination/partenariat

Le Burkina Faso a adopté et a souscrit à des engagements internationaux; il a ainsi élaboré des documents stratégiques et normatifs et pris des directives pour la mise en œuvre des stratégies en faveur de la santé des jeunes et adolescents. Les conférences internationales du Caire (1994) sur la population et le développement, de Nairobi (1987) et de Niamey (1989) sur la maternité sans risque ou à moindre risque ont permis de mettre à l'ordre du jour la santé et les droits des hommes, des femmes, des enfants et des jeunes en matière de Santé de la reproduction (SR) en tant que questions essentielles ayant un impact sur le développement humain durable. Au Burkina Faso, plusieurs initiatives ont été lancées à cet effet par le gouvernement pour répondre de manière efficace et coordonnée à ces questions de développement, notamment la mise en place d'un Plan stratégique de santé

reproductive du Burkina Faso qui s'est étalé sur 10 ans (1998–2008) et plus récemment (2010) un document de référence sur la politique et les normes en matière de santé de la reproduction.

Des efforts sont faits pour assurer la transparence dans la gestion des ressources et la redevabilité à tous les niveaux du système de santé. Les actions menées couvrent notamment:

- l'élaboration et/ou la mise en œuvre de plans stratégiques dont le plan stratégique de santé des jeunes 2004-2008 qui vient d'être évalué;
- la poursuite de la mise en œuvre de l'approche de contractualisation en cours d'évaluation et du partenariat dans le secteur de la santé ;
- la réalisation des audits financiers globaux des structures de santé, des ONG de renforcement des capacités (ONG/Rencap) et des Organisations à base communautaire d'exécution (OBC-E);
- l'institution d'une certification des structures de santé et d'accréditation des pratiques professionnelles;
- l'élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action sectoriel de lutte contre la corruption
- l'adaptation du dispositif organisationnel et managérial du ministère de la santé pour améliorer la redevabilité vis-à-vis des utilisateurs des services;
- l'instauration d'un système de communication au niveau institutionnel à travers un « numéro vert » relatif au VIH.
- la tenue régulière des sessions du cadre de dialogue sectoriel (CDS) santé et nutrition
- la mise en place des comités régionaux de suivi (CRS) du PNDS, le tout dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCADD);
- la transformation de CSPS des chefs-lieux de communes en Centre médicaux (CM) qui offre une opportunité de renforcement de type de soins et de services de santé tant pour le diagnostic que pour la prise en charge des cas;
- la tenue régulière des sessions de la rencontre paritaire entre le secteur privé et le Ministère de la santé conformément à l'arrêté portant création d'une commission technique permanente de concertation (CTPC) entre les sous-secteurs public et privé.
- l'organisation de la table ronde des bailleurs de fonds du PNDS 2011-2020;
- le transfert des ressources aux communes pour le fonctionnement des formations sanitaires;
- la contribution des autres départements ministériels à la mise en œuvre du PNDS à travers l'approche multisectorielle développée dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, la santé de la reproduction, la nutrition, l'hygiène, entre autres;
- l'élaboration de cadres et des directives annuels de planification;
- la formalisation des ordres professionnels du domaine de la santé.
- le Programme d'appui au développement sanitaire (PADS) comme instrument de financement du secteur de la santé basé sur l'équité et la performance.

Cependant en ce qui concerne la santé des adolescents et des jeunes, des efforts restent à faire notamment:

- la coordination précisant le rôle et les responsabilités des différents acteurs du PSSAJ;
- le renforcement de l'application des textes réglementaires et du management des services;
- la diffusion des textes règlementaires;
- le renforcement des capacités des structures de contrôle et d'inspection au respect des textes;
- la gestion des ressources humaines (redéploiement);
- la redevabilité à tous les niveaux en rapport avec la santé des adolescents et des jeunes.

La santé des adolescents et des jeunes elle est abordée dans:

- ✓ le PNDS 2001-2010, et PNDS 2011-2020;
- ✓ le Programme National de Santé Reproductive des Adolescents (Mars 1995);
- ✓ le Plan stratégique de santé des jeunes 2004-2008;
- ✓ les Standards de services de santé adaptés aux adolescents/jeunes (SSAAJ) du Burkina Faso;
- ✓ les directives nationales sur la santé scolaire et universitaire au Burkina Faso;
- ✓ la mise en place d'un Plan stratégique de santé reproductive du Burkina Faso qui s'est étalé sur 10 ans (1998–2008) et plus récemment (2010) le document de référence sur la politique et les normes en matière de santé de la reproduction
- ✓ le document national d'orientation sur la santé scolaire et universitaire en cours;
- ✓ le Plan stratégique national de lutte antitabac 2009-2013;
- ✓ le plan de relance de la planification familiale pour la période 2013-2015.

D'autres documents de politiques et de stratégies d'orientation sectorielles servent de repères pour les interventions en faveur de la santé des jeunes. Il s'agit notamment de la politique en matière de population, de la politique nationale de la jeunesse, des orientations stratégiques du secteur de l'éducation (2010-2015) et de ressources provenant des autres secteurs ministériels (ministère chargé de l'Action sociale, ministère de la jeunesse, de la formation professionnelle et de l'Emploi, ministères chargés des enseignements de premier niveau, secondaire et supérieur) qui accordent un intérêt aux questions liées à la santé des jeunes.

Aussi, il faut un regard sur l'approche Genre car des éléments expliquent qu'il y ait des barrières liées à la demande de services [33]. En effet, il est noté que:

- le statut de la femme et son rôle traditionnel de mère ainsi que leur faible accès à l'information et à l'éducation limitent la demande en matière de contraception et, de façon générale, pour le respect de ses droits sexuels et reproductifs et en services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI);
- les décisions concernant les soins de santé de la femme sont prises dans la majorité des cas par l'homme dont les niveaux d'information et d'implication en matière de SMNI restent insuffisants.

Le leadership du domaine de la santé des adolescents et des jeunes est principalement assuré par le ministère de la santé à travers ses directions techniques et ses structures déconcentrées. Parmi elles, la Direction de la santé de la famille (DSF) assure la coordination de la mise en œuvre des politiques et des programmes de santé des adolescents et des jeunes. En plus de la DSF, d'autres structures

centrales du Ministère de la santé (telles la Direction de la promotion de la santé) concourent à la mise en œuvre des programmes et des stratégies de la santé des adolescents et des jeunes. Du reste, il y a la nécessité de préciser la coordination entre ces structures.

D'autres départements ministériels sont concernés par la mise en œuvre des activités; ce sont, entre autres, les ministères en charge:

- ✓ de l'éducation nationale et de l'alphabétisation;
- ✓ des enseignements secondaire et supérieur;
- ✓ de l'action sociale et de la solidarité nationale;
- ✓ de la jeunesse, de la Formation professionnelle et de l'Emploi;
- ✓ de l'administration territoriale et de la sécurité;
- ✓ de l'aménagement du territoire
- ✓ etc.

En ce qui concerne les ministères en charge de l'éducation nationale et de l'alphabétisation et des enseignements secondaire et supérieur, on note l'arrêt des enseignements sur l'Education en matière de population (EMP) et de l'Economie sociale et familiale (ECOSOFA).

Il est important d'insister sur la capacité et la possibilité pour les municipalités, les collectivités locales et la société civile de mettre en œuvre des politiques et des programmes efficaces en matière d'alcool qui soient harmonisés à tous les niveaux de la société [22]. Cela est en rapport avec les autorisations d'ouverture d'établissements (exemple: des débits de boisson, des kiosques, etc...) et de l'obligation de s'assurer du respect des clauses d'ouverture des dits établissements.

Pour la responsabilisation, le développement et le bien-être des jeunes, les actions suivantes ont été développées:

- ✓ l'élaboration des standards des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes ;
- ✓ la construction de centres d'écoute pour jeunes;
- ✓ le renforcement des capacités des associations de jeunesse;
- ✓ l'élaboration par le Ministère de la Jeunesse et de l'Emploi de la politique nationale de la jeunesse prenant en compte le VIH et la Santé de la reproduction des adolescents des jeunes (SRAJ);
- ✓ l'élaboration d'une stratégie d'implication des jeunes dans la lutte contre le VIH;
- ✓ l'intégration de la Santé sexuelle et reproductive (SSR) dans les projets et programmes du ministère de la jeunesse;
- ✓ la formation/ supervision des prestataires sur les standards des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes.

Depuis les années 2000, l'UNFPA apporte un appui important à la mise en œuvre des politiques et des programmes en SR et de prévention du VIH pour les jeunes et les adolescents et également pour les groupes vulnérables et/ou marginalisés à travers le programme de coopération. Ce renforcement de capacités se déroule à travers trois stratégies [9]:

- ✓ le renforcement des programmes de promotion des préservatifs ;
- ✓ le renforcement des capacités des formations sanitaires et des espaces jeunes à offrir des services de SR, y compris à propos du VIH, en faveur des jeunes et adolescents et des personnes handicapées ;

✓ le renforcement des capacités des structures nationales ainsi que des organisations s'occupant des travailleurs/euses du sexe et des HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) pour une meilleure offre de service.

Dans le cadre du programme d'action stratégique de coopération de l'OMS avec le Burkina Faso, des actions sont projetées au compte de la priorité stratégique 2 portant sur l'amélioration de la santé maternelle et néonatale, infantile et des adolescents [5]. Cela consiste à:

- ✓ aider à la mise à l'échelle des interventions de santé maternelle, néonatale et infantile à gain rapide;
- ✓ aider à l'accroissement de l'accessibilité des femmes aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et à l'amélioration de la référence des cas compliqués
- ✓ aider au repositionnement de la planification familiale dans les services de santé de la reproduction

Au niveau de l'organisation et de la coordination, il y a une nécessité de décrire et de formaliser un cadre organisationnel de la santé des adolescents et des jeunes à tous les niveaux et de définir les rôles et les responsabilités des différents acteurs.

Aussi, il ressort la nécessité de mettre l'accent à la fois sur l'accès à l'information et à des services de qualité, notamment pour les adolescents et les jeunes qui ont besoin d'un environnement correspondant à leurs besoins et aspirations pour fréquenter les structures mises à leur disposition. Le défi pour les pouvoirs publics et les partenaires est de parvenir à une meilleure couverture aux deux niveaux d'intervention (information et offre de services) en sachant que 80% de la population vivent en zone rurale. La question de l'efficacité des actions engagées est également posée, surtout pour la santé des adolescents et des jeunes qui souffre de l'insuffisance de coordination des initiatives souvent ponctuelles et disparates, au gré des opportunités de financement et non dans le cadre de programmes cohérents et bien structurés.

Encadré 1: Constats sur le leadership, la gouvernance et la coordination/partenariat

- Gouvernance en matière de gestion des ressources humaines en santé peu satisfaisante;
- Insuffisance de collaboration et de coordination des interventions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes
- Insuffisance d'une orientation stratégique pour les SSAJ (centres jeunes)
- Insuffisance de prise en compte des priorités du domaine de la santé des adolescents et des jeunes dans les différents départements ministériels;
- Insuffisance d'application des textes réglementaires et du management des services;
- Insuffisance de diffusion des textes règlementaires, des politiques et des plans stratégiques;
- Insuffisance d'opérationnalisation des politiques et des documents de référence;
- Insuffisance dans la gestion des ressources humaines (redéploiement);
- l'insuffisance dans la redevabilité à tous les niveaux, spécifiquement en rapport avec la santé des adolescents et des jeunes dans les différents cadres de concertation

2.3.2.2 Prestations des services et de soins de santé

a- Promotion de la santé

Le ministère de la santé recommande des pratiques familiales clés à cause de leur impact direct sur la réduction de la néomortalité. Il s'agit de la surveillance de la grossesse, de l'allaitement maternel exclusif (AME), du lavage des mains, de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), de la supplémentation en Vitamine A et le déparasitage systématique. Ces pratiques sont en cours de mise en œuvre avec un accent particulier au niveau communautaire par le biais des agents de santé à base communautaire (ASBC) et des organisations à base communautaire d'exécution (OBCE). Il serait de bonne augure que les adolescents et les jeunes soient sensibilisés à ces pratiques familiales.

Quant à la planification familiale (PF), à travers l'espacement des naissances, elle contribue à la réduction du faible poids de naissance, de la prématurité et de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile. Quand l'espace inter-générisique est d'au moins deux ans, la mortalité néo natale passe de 63 à 30‰ mais les besoins non satisfaits demeurent élevés (23,8% en 2010). La prévalence contraceptive varie selon le niveau d'éducation, la région ou le milieu de résidence des femmes.

Au vu de la tendance des indicateurs de PF, il doit être amélioré l'offre de toutes les méthodes contraceptives. Aussi, les méthodes de la double protection être privilégiées car très peu de méthodes procurent une protection double contre les grossesses et les IST et le VIH/SIDA. Pour la double protection, il convient de penser à l'option de méthode unique ou la combinaison de deux méthodes. Il faut dire que seule l'utilisation constante et correcte des préservatifs masculins, féminins et l'abstinence sexuelle assure une protection efficace contre les grossesses non désirées et les IST et le VIH/SIDA.

Plusieurs défis sont à relever face aux déterminants de la planification familiale. Il s'agit de la création de la demande, de l'amélioration de l'offre (disponibilité des produits), de l'accès aux services de Planification familiale (PF) et du suivi évaluation des activités.

En 2010, la loi anti-tabac¹² é été votée par l'Assemblée nationale en vue de rendre plus efficace la lutte. C'est ainsi par exemple qu'il est formellement interdit sous peine d'amende de 15 000 FCFA de fumer dans les services, les lieux publiques, les salles publiques... Le plan stratégique de lutte anti-tabac de la direction de la promotion de la santé met l'accent sur la sensibilisation des jeunes à adopter un comportement responsable vis-à-vis du tabac, de l'alcool et de leur sexualité. Mais l'application de cette loi reste désuète.

La prévalence du VIH a connu certes une diminution significative cette dernière décennie avec un taux actuel de moins de 1%; cependant force est de constater que

¹² Loi N°040 – 2010/AN du 25 Novembre 2010 portant lutte contre le tabagisme au Burkina Faso.

l'usage systématique et correct du préservatif pendant les rapports sexuels demeure un défi. En effet, l'EDS 2010 rapporte que 78% des femmes et 90% des hommes de 15 à 49 ans ont recours systématique au port de préservatif pendant les rapports sexuels. En outre le multi partenariat sexuel est rencontré chez les adolescents et les jeunes.

Relatifs à l'alcoolisme et à la drogue, peu d'actions sont menées avec des adolescents et des jeunes exposés à eux-mêmes et qui subissent l'impact de l'environnement. L'alcoolisme et la drogue ne sont encore objet de programme de lutte.

Encadré 2: constats sur la promotion de la santé

- Insuffisance d'information auprès des adolescents et des jeunes relative aux thèmes suivants: la surveillance de la grossesse, de l'allaitement maternel exclusif (AME), du lavage des mains, de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), de la supplémentation en vitamine A, le VIH/SIDA, la drogue, le tabagisme, l'alcoolisme, les bonnes habitudes de vie, hygiène publique, la pratique de l'activité physique et sportive;
- Niveau élevé des besoins non satisfaits en PF;
- Prévalence contraceptive variant selon le niveau d'éducation, la région ou le milieu de résidence des femmes
- Faible disponibilité et accès aux services de SRAJ de qualité;
- Insuffisance d'information des jeunes en dehors de l'école;
- Inadéquation de l'information aux besoins des jeunes;
- Insuffisance d'éducation sexuelle complète à la maison et à l'école;
- Insuffisance d'usage systématique et correct du préservatif pendant les rapports sexuels;
- Persistance du tabagisme individuel, actif chez la maman et l'entourage;
- Persistance de cas d'alcoolisme;
- Nombre de plus en plus élevé des cas d'accidents de la route;
- Existence de violences faites aux adolescentes et aux jeunes (à documenter);
- Persistance de l'usage des drogues nocives;
- Persistance des cas d'excision;
- Absence d'information sur la puériculture;
- Faible taux d'utilisation des MILDA;
- Faible taux d'utilisation des méthodes contraceptives.
- Insuffisance de latrines
- Faible utilisation des latrines
- Couverture insuffisante des ménages en eau potable
- Mauvaise gestion des excréta, des ordures et des eaux usées dans la plupart des ménages
- Faible pratique du lavage des mains
- Consommation d'eau non potable par des ménages
- Insuffisance d'éducation civique dans les écoles
- Absence de cours ECOSOFA
- Absence d'éducation sur la SR dans les établissements

b- Prévention de la maladie

Au sujet de la vaccination, le programme élargi de vaccination (PEV) est mis en œuvre dans toutes les formations sanitaires publiques et dans certains centres de santé privés du pays en stratégie fixe et avancée et cible les enfants de moins de 18 mois et les femmes enceintes. Outre le PEV de routine, des campagnes nationales et locales de vaccination contre la polio (pour les moins de 5 ans), la méningite, la rougeole sont organisées en fonction des indicateurs de surveillance et pouvant concerner les adolescents. Malgré le bon taux de couverture vaccinale contre la rougeole, des foyers d'épidémie de rougeole sont toujours notifiés dans certains districts sanitaires chaque année. Cela serait lié principalement au fait que des enfants échappent toujours aux dispositifs de vaccination de routine (enfants absents lors des séances de vaccination, non-respect du calendrier vaccinal) et du fait que l'efficacité du vaccin anti-rougeoleux (85%) requiert de faire un rappel en vue de protéger la cohorte d'enfants non immunisés. Du reste, cette deuxième dose de vaccin anti-rougeoleux l'est au Burkina Faso depuis le 1^{er} Octobre 2014.

Au regard de cette analyse, il ressort peu d'actions pour la prévention chez les 6 à 10 ans.

L'état des lieux montre la nécessité de la prévention du tétanos, de la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez les jeunes filles pour les protéger du cancer du col de l'utérus, et de la vaccination contre la méningite, l'hépatite B, etc. Aussi, il faut la promotion du dépistage des IST, du VIH/SIDA et des cancers du col de l'utérus et des seins.

En ce qui concerne l'état nutritionnel des femmes enceintes, on note que 49% parmi elles présentent une anémie. Il doit être mis un accent sur une alimentation de qualité et équilibrée pour préparer la future mère.

En termes de résultats atteints dans la mise en œuvre de la PTME, on peut noter l'augmentation sensible des principaux indicateurs entre 2002 et 2013; en effet la couverture géographique est passée de 9% à 97,6% des formations sanitaires, le taux d'adhésion des femmes vues en CPN pour le dépistage du VIH a évolué de 28,7% à 82,3%, la couverture des couples mères enfants sous ARV pour la PTME est passée de 74% à 90% et le taux de transmission résiduelle du VIH a varié, passant de 12,8% en 2002 à 5,4% en 2012 et 5,7% en 2013. Il reste la prévention auprès des adolescents et des jeunes pour réduire le risque de VIH transmis aux enfants.

Encadré 3: constats sur la prévention

- Insuffisance d'actions de prévention pour les 6 à 10 ans en stratégie nationale ou par les parents
 - ✓ prévention du tétanos,
 - ✓ vaccination contre le papillomavirus humain (HPV),
 - ✓ vaccination contre la méningite,
 - ✓ vaccination contre l'hépatite B
 - ✓ anémie et carences en micronutriments
 - ✓ malnutritions
 - ✓ déparasitage
- Persistance des épidémies de rougeole
- 49% des femmes enceintes anémiées
- Taux de transmission mère enfant du VIH reste élevé (5,7%)

c- Traitement curatif des maladies des adolescents et des jeunes

Il concerne la prise en charge des cas selon le paquet minimum d'activités SR pour le point de prestation de services (PPS) du niveau centre jeunes et centre d'écoute concerné: centres pour adolescents et jeunes, centres de santé (publics, privés, confessionnels), les garnisons, prisons (Tableau 6 en annexe).

L'offre de SSR de qualité se trouve limiter par l'insuffisance d'infrastructures et d'équipement (tels les kits AMIU) et l'insuffisance de compétences du personnel de santé. En effet, les éléments suivants participent à entraver la qualité des soins et des services pour les adolescents et les jeunes: attitude des prestataires non respectueuse et de jugement, droit à la confidentialité non respecté, offre de soins et services de santé incomplets, ruptures en produits de santé. Aussi, les données de l'annuaire statistique du Ministère de santé ne prennent pas en compte la tranche d'âge des enfants de 6-9 ans.

Pour une bonne coordination, la cohérence des projets et programmes dans le système de santé aide à l'offre de soins curatifs aux adolescents et aux jeunes concernés.

Le traitement curatif (mise en œuvre du paquet minimum d'activités) des maladies suppose l'existence des infrastructures accessibles et appropriées et du personnel qualifié à même d'accompagner la prise en charge des cas. Ce personnel doit travailler à offrir des soins et des services de qualité selon le Paquet Minimum d'Activités (PMA) de Services de Santé Sexuelle et Reproductive des adolescents et des Jeunes (SSRAJ). Du reste parlant par exemple du VIH, l'OMS insiste sur cette question où il ressort qu'il existe de solides données sur la mauvaise qualité des services réservés aux adolescents et sur la faible fidélisation de ces derniers, qui montrent à quel point il est important d'offrir de meilleures prestations de service [31].

Encadré 4: constats sur le traitement curatif des maladies

- Insuffisance d'infrastructures et d'équipement (tels les kits AMIU) pour une offre de soins et de services de santé appropriés;
- Insuffisance de compétences du personnel pour des soins adaptés aux adolescents et aux jeunes;
- Insuffisance de collaboration entre projets et programmes à même de faciliter la prise en charge des cas (référence aux services et programmes appropriés);
- Attitude des prestataires non respectueuse et de jugement
- Droit à la confidentialité non respecté;
- Offre de soins et services de santé incomplets;
- Offre de soins et services de santé de moindre qualité;
- Ruptures en produits de santé;
- Insuffisance de formation / supervision des prestataires sur les soins après avortements;
- Manque de données spécifiques pour la tranche d'âge des 6-9 ans dans l'annuaire statistique du Ministère de la santé (aborde les 5-14 ans).

2.3.2.3 Accessibilité financière, géographique et culturelle des adolescents et des jeunes aux soins et services de santé

Des barrières entravent l'utilisation des services de santé dont les principales sont la barrière financière aux soins, l'inaccessibilité géographique et les pesanteurs socioculturelles. Selon l'EDS 2010, « ...71,7% des femmes déclarent avoir un problème d'argent pour accéder aux soins dans les centres de santé... ». Bien que le rayon moyen action théorique soit à un niveau acceptable (7,0 km² selon l'annuaire statique 2013 du ministère de la santé, Burkina Faso), une proportion plus faible de « ...femmes ont déclaré que la distance aux services de santé (44 %) pouvait limiter leur accès aux soins de santé ». En outre, dans 21 % des cas, obtenir la permission d'aller se faire soigner a été cité comme un problème qui pouvait réduire l'accès des femmes aux soins de santé et enfin 18 % des femmes ont avancé comme raison le fait de ne pas vouloir aller seule pour se faire soigner... ».

D'énormes efforts ont été consentis ces dernières années pour améliorer l'accès des populations aux soins. Pour réduire les dépenses directes des ménages pour les soins de santé, des stratégies ont été entreprises; ce sont :

- la réduction du coût des médicaments par la promotion des MEG;
- la prise en charge gratuite de toutes les personnes reconnues indigentes,
- la subvention du coût des accouchements et des SONU à hauteur de 80% au profit des enfants de moins de sept jours et des femmes enceintes, des parturientes et des femmes en post-partum;
- le système de partage des coûts au niveau de certains CMA;
- la mise en œuvre du financement basé sur les résultats (FBR) dans certains districts sanitaires.

Dans le domaine de la protection sociale, la mise en place d'un système d'assurance maladie universelle au Burkina Faso est en cours de développement. Par ailleurs des

mutuelles de santé et des systèmes de partage des coûts sont implantées dans certains districts sanitaires.

Les actions suivantes ont été développées pour rendre accessibles les soins. Ce sont:

- l'élaboration des standards des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes ;
- l'existence de quelques centres d'écoute pour jeunes;
- le renforcement des capacités des associations de jeunesse;
- l'élaboration par le Ministère de la Jeunesse et de l'Emploi de la politique nationale de la jeunesse prenant en compte le VIH et la Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (SRAJ);
- l'élaboration d'une stratégie d'implication des jeunes dans la lutte contre le VIH ;
- l'intégration de la SSR dans les projets et programmes du ministère de la jeunesse ;
- la formation/ supervision des prestataires sur les standards des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes.

Dans le cadre de la contractualisation visant à rendre accessibles les services de santé, les organisations de la société civile (OSC) jouent un rôle prépondérant dans le secteur de la santé au cours des dix dernières années, notamment dans le cadre de la lutte contre le VIH et le sida mais aussi les activités d'information et de sensibilisation au niveau communautaire. Des ONG et organisations à base communautaire intègrent également la SRAJ dans leurs activités [16].

Le défi reste la mise en œuvre du paquet minimum de service (PMS) pour un point de prestation de services (PPS) du niveau communautaire par type de structures concernées: domiciles, marchés, églises, écoles, cases de santé, réunions de coopératives et autres lieux publics, centre d'écoute et de conseil, les espaces café, les clubs de santé, centre d'action socioéducatives, centres culturels, les box de distribution des contraceptifs, auberge de jeunes, centres de vacances...(Tableau 6 en annexe).

Encadré 5: constats accessibilité financière, géographique et culturelle des adolescents et des jeunes aux soins

- Faible utilisation des services de santé;
- Faible accessibilité financière des adolescents et des jeunes aux services de santé;
- Faible accessibilité géographique: rayon moyen d'action théorique élevé (7,0 Km);
- Insuffisance de soins et services orientés vers les populations (stratégies avancées et/ou mobiles, utilisation des ASBC) et en particuliers les SSAJ;
- Faible fonctionnalité des centres jeunes;
- Inadéquation des CJ aux besoins prioritaires exprimés par les jeunes;
- Faible pris en compte des non scolarisés dans les projets et programmes;
- Absence de statut clair et de document de collaboration entre centres jeunes et les équipes cadres de district;
- Insuffisance de définition de paquets d'activités définis pour les centres jeunes;
- Persistance des pesanteurs socioculturelles;
- Insuffisance de coordination entre les différents intervenants en faveur de la santé des adolescents et des jeunes;
- Répartition géographique inégale des intervenants;
- Insuffisance dans le respect de la carte sanitaire.

2.3.2.4 Ressources humaines pour la santé

La disponibilité des ressources humaines reste toujours un défi dans le domaine de la santé tant en qualité qu'en quantité. Des efforts sont consentis pour le relèvement de la norme en personnel des CSPS de 3 à 5 agents, la disponibilité des médecins spécialistes en gynéco – obstétrique dans les hôpitaux et le relèvement du niveau des soins dans les centres médicaux (CM).

Au niveau des centres jeunes, il est ressorti que les trois principaux profils les plus demandés dans les centres et espaces de rencontres pour jeunes sont les conseillers de jeunesse, les spécialistes en suivi-évaluation et les agents de santé [34]. Aussi, les besoins en renforcement des capacités exprimées par plus de la moitié des responsables des structures concernent surtout la formation en gestion des ressources humaines, en gestion de projets et des ressources financières. Concernant le besoin de renforcement de capacités sur les activités directement liées à la SR, ce sont les formations en santé de la reproduction et sur le VIH/sida qui sont les plus visées.

L'offre des soins et des services de la santé des adolescents et des jeunes est insuffisante du fait d'insuffisance de qualification, de la disparité au profit des zones urbaines et d'une mobilité dudit personnel. Cela pourrait s'expliquer par la faible motivation des agents de santé en général et de ceux des centres jeunes en particulier, par les curricula de formation n'intégrant pas les stratégies de prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes, et même, par la baisse de la qualité de la formation.

Au niveau communautaire, les ASBC en nombre insuffisant rencontrent des difficultés dans l'offre de services du fait du manque de motivation, de l'insuffisance de leur formation et du système de réapprovisionnement en médicaments. Il est à espérer que la mise en œuvre du document de stratégie de santé communautaire en cours et les éléments d'évaluation de la contractualisation permettront de dynamiser le milieu de la santé communautaire.

Encadré 6 a: constats sur les ressources humaines en santé

- Curricula de formation n'intégrant pas suffisamment les stratégies de prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes
- Nombre insuffisant d'agents de santé en quantité et en qualité pour la santé des adolescents et des jeunes
 - ✓ absence d'un plan de formation cohérent basé sur un programme adapté aux besoins;
 - ✓ insuffisance de formation continue pour les prestataires en général et de ceux des centres jeunes en particulier;
 - ✓ mobilité du personnel;
- Faible motivation des agents de santé en général et de ceux des centres jeunes en particulier;
- Conditions de travail peu attrayantes pour permettre une fidélisation des personnels de santé.

2.3.2.5 Produits de santé, médicaments, consommables et vaccins

Le circuit d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques (MEG) et en consommables médicaux y compris les produits de santé des différents programmes dans le secteur sanitaire public est assuré par la centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et consommables médicaux (CAMEG).

Des constats de rupture de stocks sont souvent enregistrés en raison des insuffisances de planification, de la lourdeur administrative des commandes, de l'insuffisance de ressources financières ou de la non disponibilité de certains médicaments chez le fournisseur.

Parmi les produits de santé de la reproduction figurent les produits contraceptifs et les produits sanguins labiles qui occupent une place importante dans la prise en charge de certaines pathologies comme l'anémie. Malgré les efforts fournis par les quatre centres régionaux de transfusion sanguine (CRTS) dans leurs activités, seulement 43,8% des besoins en sang ont pu être satisfaits par ces centres (Annuaire statistique 2012).

Selon l'Enquête annuelle RHCS-2014¹³, «la presque totalité (97%) des PPS enquêtés offraient au moins trois (3) méthodes modernes de contraception en 2014

¹³ Enquête annuelle RHCS-2014. Rapport sur la disponibilité des méthodes et des médicaments vitaux de santé maternelle dans les points de prestations de services au Burkina Faso. Direction de la santé et de la famille, ministère de la santé, Burkina Faso, mars 2015.

(contre respectivement 98,5% en 2013, 99,5% en 2012 et 90,3% en 2011. Au niveau national, 88,6% des PPS de niveaux secondaire et tertiaire offrent au moins cinq (5) méthodes contraceptives modernes aux clients, contre 87,7% en 2013. Le pourcentage de PPS dans lesquels toute la gamme de produits contraceptifs offerts aux clients était disponible (en stock) au moment de l'enquête de 2014 est de 89% contre 91,4% et 30,1% respectivement en 2013 et 2012. Le pourcentage de PPS n'ayant pas connu de rupture de stocks d'un produit contraceptif quelconque durant les 6 derniers mois précédents l'enquête est de 82,5% en 2014. Ce pourcentage était passé de 12,3% en 2011 à 25,1% en 2012, pour atteindre 79,9% en 2013. Les raisons pour lesquelles certaines méthodes contraceptives sont absentes dans les PPS qui ont l'autorisation d'en offrir sont principalement l'absence de la demande (condom masculin, condom féminin et les méthodes de stérilisations masculine ou féminine), le manque de prestataires qualifiés (DIU et implants, ligature des trompes, vasectomie). Au niveau national, 92,2% des PPS offrant des services de planification familiale sont dotés de personnel formé à l'offre de service de planification familiale en général (95,3% en 2013), et 67,6% des PPS disposent de personnel formé spécifiquement à la pose et au retrait des implants (63,9% en 2013)».

L'approvisionnement du programme PTME en médicaments et consommables est essentiellement subventionné par des ressources financières provenant du budget de l'Etat et de la coopération bilatérale ou multilatérale. Ainsi, les ARV et les tests de dépistage VIH réalisés dans les centres de santé publics et confessionnels sont offerts gratuitement aux patients. La gestion optimale des intrants PTME implique une collaboration entre la DGPML, la DSF et la CAMEG. Cette forte collaboration permet d'établir les besoins annuels, d'approvisionner les formations sanitaires selon les demandes et de suivre/évaluer la disponibilité des intrants à la fin de chaque trimestre. Cependant, on note que certaines formations sanitaires éprouvent toujours des difficultés pour rendre disponible les ARV et autres intrants.

Encadré 6 b: constats sur les produits de santé

- Taux de satisfaction faible en produits sanguins labiles : 43,8% des besoins satisfaits
- Persistance des ruptures de stocks en médicaments et consommables médicaux.
- Insuffisance de ressources financières pour l'acquisition des produits de santé surtout de la santé de la reproduction
- Lourdeur administrative dans la passation des commandes

2.3.2.6 Infrastructures, équipements et maintenance

Plusieurs formations sanitaires ont été renforcées par la construction de nouvelles infrastructures (hôpitaux et CSPS). Cependant, les types d'infrastructures, la disponibilité et la fonctionnalité des équipements hospitaliers et du matériel médico-technique pour la prise en charge des enfants restent une préoccupation majeure.

On note qu'il existe douze (12) centres jeunes relevant de neuf (9) districts sanitaires ayant été visités (districts de Gaoua, Batié, Diébougou, Dano, Koupéla, Kaya, Boulsa, Kongoussi et Barsalogho).

Dans le domaine de la maintenance des infrastructures et des équipements, des normes et standards sont disponibles et des services de maintenance existent au niveau des régions sanitaires et dans certains districts. Cependant, des efforts particuliers restent à faire au regard de l'état des bâtiments de certains CSPA et CMA. Les infrastructures sanitaires, bien qu'elles soient vétustes et souvent exiguës, manquent très souvent d'entretien régulier dû à l'insuffisance de moyens financiers pour assurer les frais de lavage et nettoyage, de renouvellement de la peinture...

Quant aux besoins en équipement au niveau des centres jeunes, l'analyse a montré que plus de la moitié des responsables des centres ou espaces de rencontre pour jeunes ont souligné le besoin d'avoir des mobylettes et des ordinateurs, des véhicules et des cybercafés ou de connexion internet, disposer d'une antenne parabolique avec abonnement [34]. Pour ce qui est des besoins en réhabilitation, l'accent doit être mis sur la réfection de la peinture et le plafonnage des locaux, la réfection des toilettes et le remplacement des portes et des fenêtres de leurs locaux. Quant aux besoins de construction, il s'agit surtout de l'édification d'une salle de réunion, de la construction de la clôture de leur siège.

Par ailleurs, on note une insuffisance dans la collecte et la destruction des déchets biomédicaux à tous les niveaux (incinérateurs non fonctionnels dans la plupart des formations sanitaires) ainsi qu'une insuffisance de personnels compétents pour la maintenance curative et des crédits alloués à cet effet.

En définitive, un centre jeune idéal/standard devrait avoir au minimum un bâtiment bien peint et plafonné avec de l'électricité et de l'eau courante, du matériel pour le divertissement et le loisir des utilisateurs (jeux de société, salle de jeux, sport, etc...), un cybercafé ou un accès à internet, une salle de réunion ou un atelier de formation, un personnel et des animateurs motivés, des agents de santé et des conseillers en jeunesse, un excellent service d'accueil, des services abordant les thèmes du mariage précoce et leurs conséquences, des services d'éducation sexuelle, de promotion de l'utilisation des condoms, de conseils sur les IST/VIH/sida et surtout disposer d'environ un million, huit cent mille (1 800 000 FCFA) par mois pour le fonctionnement [34].

Encadré 7: constats sur les infrastructures, équipements et maintenance des formations sanitaires et des centres jeunes

- Absence d'un modèle standard de centre jeune
- Insuffisance de matériel médicotechnique
- Inadaptation des locaux pour la santé des adolescents et des jeunes dans certaines formations sanitaires
- Insuffisance d'infrastructures pour la gestion des déchets biomédicaux à tous les niveaux
- Insuffisance de la maintenance préventive et curative du matériel : insuffisance de personnels compétents pour la maintenance curative, insuffisance d'entretien du matériel de travail et des équipements
- Insuffisance d'entretien des locaux: hygiène du milieu de travail.

2.3.2.7 Système d'information sanitaire

Dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes, des améliorations en matière de gestion de l'information sanitaire ont été réalisées notamment :

- la prise en compte des indicateurs du niveau communautaire (associations) dans les données des CSPS et de l'ECD,
- l'élaboration et la diffusion des guides de collecte des données de routine,
- la surveillance hebdomadaire des décès maternels et néonataux,
- la mise en place d'un entrepôt de données sanitaires (ENDOS) informatisé avec un mécanisme de contrôle et de vérification de la qualité des données par niveau du système de santé.

Les données de routine ne comportent pas d'indicateurs spécifiques pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions en matière de santé des adolescents et des jeunes. De plus, certaines données ne sont possibles que par les enquêtes populationnelles et tributaires de l'EDS, des enquêtes SMART, des enquêtes STEPS et du Recensement général de la population et l'habitation (RGPH). Cela s'expliquerait par le fait que les adolescents et les jeunes ne sont pas une cible prioritaire objet de suivi et de surveillance épidémiologique. D'où la non prise en compte des indicateurs sur SRAJ différents des indicateurs de routine

Encadré 8: constats sur le système d'information sanitaire pour le domaine de la santé des adolescents et des jeunes

- Insuffisance dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données au niveau des services de santé;
- Non prise en compte des indicateurs sur SRAJ différents des indicateurs de routine ;
- Insuffisance de collecte des données du niveau communautaire.

2.3.2.8 Recherche dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes

Au sein du Ministère de la santé, la recherche est coordonnée par la direction générale des études et des statistiques sectorielles.

On observe des projets de recherche financés fortement tributaire des aides extérieures.

Peu de recherches ont été menées et sont plus tributaires de domaine de la santé de la reproduction. S'il y a peu de recherches menées, il ressort une faible diffusion et une exploitation insuffisante des résultats de ces recherches par les acteurs pour renforcer la performance des projets et programmes.

Encadré 9: Constats sur la recherche dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes

- Faiblesse des capacités des structures centrales et déconcentrées du Ministère de la santé (régions et districts sanitaires) dans la formulation de protocoles de recherche ;
- Faiblesse dans l'utilisation des résultats de recherches réalisées ;
- Insuffisance de financement consacrée à la recherche.

2.3.2.9 Financement de la santé

Les services de prévention et de promotion (vaccination, supplémentation en vitamine A, PTME, moustiquaires, ...) sont offerts gratuitement à certaines cibles (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes) sur financement du budget de l'Etat avec l'appui des PTF.

La contribution directe des ménages représentait en 2012 la première source de financement (38%) suivie des fonds du reste du monde 35,2% et du financement public de l'Etat 22,7% [10]. La contribution directe des ménages demeure élevée car se situant au-delà de la cible maximale souhaitée par l'OMS qui est de 20% [11]; elle expose ainsi des familles à l'appauvrissement et à des dépenses catastrophiques.

Selon le rapport des sous- comptes nationaux de SR et santé de l'enfant de 2011, Le financement de la santé de la reproduction est passé de 16,3 milliards de FCFA en 2010 à 19,7 milliards de FCFA en 2011 soit une progression de 20,5%.

Il n'y a pas de données financières spécifiques à la santé des adolescents et des jeunes.

Au compte de la subvention par le budget national des produits contraceptifs pour l'année 2007, 913 459 000 F CFA ont été alloués à l'achat des produits contraceptifs dont 410 000 000 F CFA du budget de l'Etat et 503 459 000 F CFA de la contribution des partenaires, à savoir l'USAID (450 459 000 F CFA), l'UNFPA (34 000 000 F CFA) et l'ABBEF (19 000 000 F CFA). Pour l'année 2008, un montant de 1 771 707 487 F CFA a été alloué à l'achat des produits contraceptifs. Les produits sont subventionnés par l'Etat burkinabé à hauteur de 69% à 97% en fonction du type de méthode contraceptive pour permettre une meilleure accessibilité des femmes aux méthodes de planification familiale.

Si les objectifs finaux sont similaires, il convient de noter que la multiplicité des financements, parfois ciblés, par des canaux divers et sans coordination étroite ne facilitent pas toujours une approche sectorielle efficace pour renforcer les systèmes

de santé de manière adéquate et obtenir une vue globale de tous les acteurs et de toutes leurs interventions. Pour faciliter l'accès aux soins et services de santé, il est promu les mutuelles de santé, le système de partage de coûts et l'Assurance maladie universelle (AMU).

Encadré 10: constats sur le financement de la santé

- Insuffisance dans la coordination des appuis financiers en faveur de la santé des adolescents et des jeunes
- Contribution directe des ménages aux dépenses de santé élevée (38%)
- Faible allocation budgétaire à la santé par le budget de l'Etat (12%)
- Utilisation et orientation parfois irrationnelles des ressources financières

2.3.2.10 Principaux résultats de l'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique de santé des jeunes 2004-2008

Les principaux facteurs défavorables identifiés par les différentes catégories d'informateurs sont:

✓ la non connaissance du Plan stratégique de santé des jeunes (PSSJ) 2004-2008 puisque très peu de personnes le connaissent et ont pris part à son élaboration. Souvent, ceux qui ont eu cette opportunité ne se souviennent plus exactement de ce qu'il contient et ont du mal à en parler ;

✓ le manque de communication entre les institutions, de même qu'au niveau opérationnel, qui travaillent dans ce domaine qui cherchent beaucoup plus à encadrer les jeunes scolaires mais ont des difficultés à toucher dans leurs stratégies les jeunes qui se trouvent en dehors du système éducatif ;

✓ le constat au niveau central d'une moindre disponibilité financière pour des interventions liées à la santé des adolescents et des jeunes focalisées sur la prise en charge des Orphelins et enfants vulnérables (OEV) et quelques actions de prévention ciblée en matière de lutte contre le VIH et le sida.

✓ les infrastructures sont mises en place mais

- il n'y a pas de dispositif d'assurance santé ou de mutuelle qui permette aux jeunes par exemple d'avoir par eux-mêmes un accès financier aux services.
- souvent exiguës et inadaptées pour l'accueil des adolescents et des jeunes.

Quant aux facteurs favorables identifiés par les informateurs rencontrés, ce sont les suivants:

✓ le plan stratégique de santé des jeunes est un outil de référence pour l'élaboration des plans d'action des directions et services déconcentrés des ministères en charge de la promotion de la santé des jeunes mais aussi des ONG et OBC partenaires ;

✓ les deux premiers grands axes du PSSJ (2004-2008) sont toujours d'actualité et pourront être reformulés en tenant compte des nouvelles preuves disponibles sur les besoins et aspirations des jeunes ;

✓ les politiques sectorielles en cours d'exécution qui concourent à l'atteinte des objectifs en SRAJ servent de repères et de leviers pour l'actualisation et la mise en œuvre du prochain PSSAJ (2015-2020), notamment le document de politique et normes SRAJ, la loi sur la santé de la reproduction et le PNDS (2011-2020) ;

✓ les infrastructures déjà en place et l'expérience acquise de la mise en place de centres jeunes dans plusieurs districts pourront être étendues et renforcées en ressources financières, matérielles et humaines pour assurer un fonctionnement répondant aux normes standards en la matière et une disponibilité de services en qualité ;

✓ l'existence de plusieurs parties prenantes dont les autres secteurs ministériels, les ONG et OBC partenaires est un atout pour mettre en synergie et coordonner les différentes interventions ;

✓ l'utilisation des relais que sont les associations, les ONG et les services techniques déconcentrés pour la mise en œuvre du PSSJ est déjà une solution mise en pratique pour d'autres interventions courantes. Ces organisations locales et nationales actives en SRAJ qui sont proches de la population et en mesure de faciliter la mise en œuvre ont besoin de renforcement de capacités et de compréhension de l'idée de partenariat, afin de jouer un rôle dynamique et efficace.

Des problèmes communs ont été identifiés comme repères pour la formulation du nouveau PSSJ:

✓ Il est opportun de réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour réduire sensiblement les grossesses non désirées ;

✓ Il est urgent de se pencher sur les ravages commis par le tabac, l'alcool et la drogue ainsi que la délinquance juvénile, ce qui est de nature à influencer indirectement l'atteinte de résultats de santé concernant notamment la lutte contre le VIH, le sida et les IST ;

✓ Les centres jeunes ont du mal à fonctionner et peinent à offrir des services adaptés aux besoins des jeunes du fait des insuffisances en matériels audio-visuels et autres accessoires pour attirer les jeunes ;

✓ Il y a un risque élevé pour les jeunes filles d'exposition aux pratiques culturelles néfastes pour la santé et le bien-être (excision, mariage précoce et/ou forcé) ;

✓ La disponibilité des structures adaptées pour la prise en charge SSRAJ des adolescents et des jeunes et l'accessibilité financière des prestations est cruciale ;

✓ L'implication des parents, des jeunes eux-mêmes et des leaders communautaires est nécessaire.

Pour plus de participation des jeunes et adolescents aux prises de décision en famille comme au sein de la communauté, plusieurs souhaits ont été émis :

✓ organiser des réunions en famille pour permettre à chaque membre de s'exprimer librement ;

✓ instaurer le dialogue parent/enfant dans leur famille pour mettre en confiance les enfants ;

✓ sensibiliser les parents et la communauté sur les droits des enfants, les potentialités des jeunes et l'importance de leur participation aux activités communautaires ;

✓ créer des cadres de concertation entre les jeunes et les leaders communautaires ;

✓ inculquer aux jeunes les valeurs telles que le travail bien fait, l'obéissance, l'honnêteté, le respect des parents ;

✓ construire des maisons de jeunes ;

- ✓ plaider auprès des autorités politiques et administratives sur l'implication des jeunes dans les actions communautaires ;
- ✓ organiser des campagnes de sensibilisation à la télé et à la radio sur la participation et le droit à la parole des jeunes ;
- ✓ former les jeunes au patriotisme et à la citoyenneté et leadership.

Les suggestions faites pour l'élaboration du nouveau PSSJ portent essentiellement sur les aspects suivants:

- ✓ l'implication des différentes parties prenantes dans la préparation et l'élaboration du PSSJ ;
- ✓ la prise en compte des autres besoins des adolescents et des jeunes, notamment l'emploi ;
- ✓ l'urgence de trouver une solution pour réduire les grossesses précoces, surtout en milieu scolaire ;
- ✓ la nécessité d'impliquer les parents dans les activités de sensibilisation dans le cadre familial en tant que repères moraux ;
- ✓ l'intérêt d'associer les associations capables de mener des activités de proximité dans les quartiers et d'apporter un appui financier (opportunité d'une approche contractuelle) ;
- ✓ la nécessité d'un cadre adaptée pour la prise en charge des problèmes de santé des adolescents et des jeunes dans les formations sanitaires ;
- ✓ l'opportunité d'une meilleure communication et d'une mise en relation entre les structures du Ministère de la Santé chargées de la SSRAJ et les autres départements ministériels.

2.3.3 Problèmes prioritaires

2.3.3.1 Liste des problèmes prioritaires

Les problèmes prioritaires, ci-dessous, ont été identifiés lors l'atelier de concertation sur la définition des fondamentaux pour l'élaboration du Plan stratégique santé des jeunes (2015-2020) tenu du 08 au 10 septembre 2014 à Bobo Dioulasso. Au cours dudit atelier, les travaux ont permis de faire une analyse des 16 problèmes (constats) retenus pour dégager les sept (7) prioritaires ou majeurs suivants:

1. la prévalence du VIH SIDA et des IST chez les adolescents et les jeunes reste élevée;
2. les grossesses précoces et/ou non désirées sont fréquentes chez les adolescentes et les jeunes;
3. la consommation (excessive, précoce et répandue) des substances nocives (tabac, alcool, drogue...) est préoccupante chez les adolescents et les jeunes;
4. l'offre de soins et des services de santé de qualité aux adolescents aux jeunes dans les formations sanitaires est insuffisante.
5. le suivi et l'évaluation des interventions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes ne sont pas satisfaisant.

6. le financement (ressources financières) des interventions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes demeure insuffisant.
7. la coordination et le suivi/évaluation des interventions dans le domaine de la santé des adolescents et jeunes sont insuffisants.

Le tableau 7 (en annexe) présente le détail de l'analyse de ces problèmes. Aussi, les problèmes prioritaires peuvent être abordés par tranche d'âge (6 à 10 ans et 10 à 24 ans). Ainsi, il y a:

✓ **Les problèmes prioritaires de santé à considérer pour les 6-10 ans**

- les problèmes nutritionnels et de carence nécessitant une supplémentation en micronutriments (zinc, iode, Vitamine A);
- l'absence de vaccination contre les infections à papillomavirus humain pour les 9 et 10 ans;
- Violences dans le travail domestique;
- Trafic, travail et les pires formes de travail des enfants surtout sur les sites miniers;
- Absence des rappels vaccinaux;
- l'insuffisance du déparasitage;
- l'insuffisance d'apprentissage de la puériculture;
- les anomalies de développement psychomoteur et sensoriel de l'enfant;
- les pratiques traditionnelles néfastes.

✓ **Les problèmes prioritaires de santé à considérer pour les 10-24 ans**

- les anomalies de développement sexuel et mental;
- les IST/VIH/SIDA;
- les grossesses précoces, les grossesses non désirées et leurs conséquences;
- l'absence de vaccination contre les infections à papillomavirus humain pour les 10 à 24 ans;
- les problèmes nutritionnels et de carence nécessitant une supplémentation en micronutriments (zinc, iode, Vitamine A);
- les abus sexuels;
- l'usage des substances nocives (alcool, tabac et drogue);
- les troubles mentaux;
- les Mutilations génitales féminines (MGF) et autres pratiques traditionnelles nocives;
- les accidents de la route.

2.3.3.2 Reformulation des problèmes prioritaires

1. La prévalence des IST et de l'infection à VIH/SIDA chez les adolescents et les jeunes reste élevée. Cela serait dû à une méconnaissance des moyens de

prévention de la maladie, à une faible utilisation des moyens de prévention, à l'existence de comportements à risque et à une baisse de la garde en matière de prévention. De ce pas, il y a un risque de recrudescence des IST/VIH/SIDA et une contribution au maintien de la chaîne de transmission.

2. Les grossesses précoces et/ou non désirées adolescentes et jeunes sont fréquentes. Cela pourrait s'expliquer une sexualité précoce, une faible utilisation des méthodes contraceptives, une méconnaissance de la SR, les mariages précoces et/ou forcés, une absence d'intégration de la SR dans les programmes scolaires, une insuffisance de services et approches non adaptés et une insuffisance de coordination. Il en résulterait des cancers du col, des déscolarisations précoces, des décès maternels, des infanticides, des suicides, des fistules vésico-vaginales, des avortements, un indice de fécondité élevé et les abandons d'enfants.

3. La consommation (excessive, précoce et répandue) des substances nocives (tabac, alcool, drogue...) est préoccupante. Cela favorisé par le trafic/Ventes illicites des drogues, d'alcool et tabac, le non-respect des règles d'ouverture des débits de boissons et les mimétismes. Il y aurait un risque de survenue de suicides, d'agressions, de pratiques sexuelles à risque, la désocialisation et baisse de la productivité, un nombre de plus en plus élevé des morbidités et des mortalités liées aux maladies non transmissibles (tels les cancers des poumons et du foie, les hépatopathies et la survenue de troubles mentaux), les handicaps, voir les décès, dus aux accidents de la route.

4. L'offre de soins et des services de santé de qualité aux adolescents aux jeunes dans les formations sanitaires est insuffisante. En effet, il ressort que l'accès des adolescents et des jeunes aux structures de santé n'est pas perçu comme une priorité par les services de santé. On note un faible niveau de qualité des soins et des services. Aussi, la disponibilité des produits de santé (médicaments, réactifs, consommables médicaux) au profit de la santé des adolescents et des jeunes n'est pas satisfaisante dans les centres de santé. En outre, les ressources humaines sont insuffisantes en quantité et en qualité pour la mise en œuvre des actions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes. Enfin, il y a l'insuffisance de la couverture en interventions communautaires en faveur des adolescents des jeunes. En conséquence, il y aurait la persistance de comportements à risque et un nombre élevé de cas de morbidités et de mortalité au sein des adolescents et des jeunes, voire de la population en général.

5. Le suivi et l'évaluation des interventions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes ne sont pas satisfaisants. Cela serait en lien avec le fait que le suivi et l'évaluation des interventions en faveur de la santé des enfants restent insuffisants. De même, la recherche dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes est insuffisamment réalisée. Il en résulterait une non visibilité des problèmes de santé des adolescents et des jeunes, une persistance des problèmes de santé des adolescents et des jeunes et utilisation non efficiente des ressources en faveur de la santé des adolescents et des jeunes.

6. *Le financement (ressources financières) des interventions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes demeure insuffisant.* Une faible allocation du budget national au secteur de la santé et une insuffisance de financement de la santé communautaire en seraient les causes. Aussi, on note un faible développement des systèmes alternatifs de financement. Il en résulterait une non mise en œuvre des activités, un faible accès des adolescents et aux et des jeunes aux structures de santé, une absence de résultats et une persistance des problèmes de santé des adolescents et des jeunes.

7. *La coordination intra sectorielle et la collaboration inter sectorielle des interventions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes ne sont pas satisfaisantes.* Cela serait en rapport avec une faiblesse de la coordination intra sectorielle, une faiblesse de la collaboration inter sectorielle. Aussi, le principe de redevabilité dans la mise en œuvre des interventions de santé n'est pas suffisamment promu. En conséquence, il aurait une persistance des problèmes de santé des adolescents et des jeunes et une utilisation non efficiente des ressources en faveur de la santé des adolescents et des jeunes.

III. PLAN STRATEGIQUE SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

3.1. Contexte d'élaboration du plan stratégique santé des adolescents et des jeunes

Pour l'élaboration du présent plan stratégique santé des adolescents et des jeunes, la DSF et son partenaire le UNFPA ont commandité une étude d'évaluation du plan stratégique de santé des jeunes 2004-2008. Les résultats de l'évaluation dudit plan ont été l'objet de validation suivis d'orientations données au cours de l'atelier de concertation sur la définition des fondamentaux pour l'élaboration du Plan stratégique santé des adolescents et des jeunes (2015-2020). Les recommandations retenues ont relevé des éléments relatifs aux objectifs, aux cibles, aux acteurs concernés et au plan de mise en œuvre du plan stratégique santé des adolescents et des jeunes.

Aussi, les échanges ont relevé la nécessité de mettre en exergue des thématiques clés telles la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, les grossesses précoces et/ou non désirées et les avortements provoqués qui auraient pu être regroupées en lutte pour les comportements à moindre risque (le tabagisme, alcoolisme, les rapports sexuels à risque exposant au VIH/SIDA et sources de grossesses non désirées, la consommation de drogues illicites...). Cela a été pris en compte dans la formulation des axes stratégiques.

Concernant les cibles, il ressort la nécessité de prendre en compte les cibles à tous les niveaux en tenant compte des spécificités et des groupes vulnérables. Il s'agit de cibler les adolescents et les jeunes selon qu'ils soient scolarisés ou non scolarisés (du milieu non formel et informel), selon la tranche d'âge (6 à 10 ans et 10 à 24 ans), selon l'existence de handicaps, tenant compte du milieu rural ou urbain. Aussi, il faut tenir compte des enfants vivants dans la rue, des adolescents et des jeunes travailleuses et travailleurs du sexe, celles et ceux travaillant dans les sites aurifères, et du statut des adolescent(e)s/jeunes vivant avec le VIH/SIDA.

La multi-sectorialité des problèmes de santé des adolescents et des jeunes montre la nécessité d'une coordination intra-sectorielle et d'une collaboration multisectorielle. Pour ce faire, le secteur de la santé doit renforcer sa collaboration avec d'autres secteurs pour obtenir un impact significatif sur la mortalité, le handicap et la maladie chez les adolescents et les jeunes. L'amélioration des connaissances et des compétences des adolescents seule n'est pas suffisante. De nombreux autres facteurs contribuent également à la morbidité et à la mortalité [31]: les comportements négatifs et les actes dommageables des parents et des pairs; le manque d'écoles et de services de santé de bonne qualité; l'absence de valeurs communautaires positives; les services sociaux et le contexte social, par exemple les comportements et attentes sexo-spécifiques considérés comme des normes; la pauvreté; les rapports sexuels sous la contrainte; l'accès facile aux substances psychoactives et la présence de pairs dont les valeurs sont antisociales. De nombreux secteurs doivent intervenir contre ces facteurs environnementaux et

sociaux et ils doivent coordonner leurs actions. De même, la réduction des accidents de la route, première cause de mortalité chez les 10–19 ans, impose l'intervention de différents secteurs, entre autres celui de l'éducation et celui des transports. En synthèse, il s'agit d'implication des cibles secondaires telles les parents et tuteurs des adolescents/jeunes, les agents des services de santé, les agents de l'action sociale, les enseignants, les encadreurs et les psychologues, les services en charge de la jeunesse, les services de l'Administration territoriale et de la sécurité et les collectivités territoriales. De même, c'est de prendre en compte les services des transports, les administratifs, les techniciens de surface, les gardiens, parqueurs et portiers des structures de santé qui peuvent être en contact avec les jeunes désirant les services, les associations communautaires, les membres de la communauté y compris les adolescents/jeunes eux-mêmes en tant qu'acteurs, etc.

Enfin relatif au plan de mise en œuvre du plan stratégique de santé des adolescents et des jeunes, il s'est agi d'une question peu documentée au cours de la phase 2004-2008. Aussi, est-il souhaité que le plan de mise en œuvre soit un document cadre élaboré à la suite de la finalisation du présent plan. L'élaboration dudit plan de mise en œuvre devrait faire suite à une démarche de plaidoyer avec les potentiels bailleurs de fonds afin de donner plus de chance au financement et au succès de la phase 2015-2020.

3.2. But

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du Burkina Faso.

3.3. Objectif général

Réduire la mortalité et les morbidités chez les adolescents et les jeunes du Burkina Faso d'ici 2020.

3.4. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques du plan stratégique de la santé des adolescents et des jeunes sont :

1. Réduire la prévalence du VIH chez les adolescent(e)s et les jeunes de 0,30% à 0,15% et les IST de 30% à 15%;
2. Réduire le nombre de grossesses précoces et/ou non désirées chez les adolescentes et les jeunes de 20%;
3. Réduire le taux des avortements clandestins chez les adolescentes et les jeunes de 10%;
4. Réduire les niveaux de base de consommation des substances nocives (alcool, tabac, drogue...) chez les adolescent(e)s et jeunes de 10%;

5. Réduire la prévalence des maladies mentales chez les adolescent(e)s et jeunes de 30%;
6. Réduire les traumatismes (accidents de la circulation routière) de 25% chez les adolescents et les jeunes;
7. Améliorer l'offre de soins et de services de santé de qualité aux services de santé de qualité par les adolescents et jeunes;
8. Renforcer la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions de santé des adolescents et des jeunes à tous les niveaux du système de santé;
9. Accroître la production et utilisation des données spécifiques de santé des adolescents et jeunes;
10. Accroître le financement alloué aux activités liées à la santé des adolescents et jeunes.

3.5. Axes d'intervention et actions prioritaires

Pour chaque axe, des actions prioritaires ont été identifiées. Pour chaque action prioritaire, il a été donné une description de son contenu pour faciliter l'opérationnalisation du PSSAJ. Sep (07) axes d'intervention ont été retenus:

Axe 1: Promotion des comportements à moindre risque (lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et les rapports sexuels à risque exposant aux IST et le VIH/SIDA, les grossesses non désirées, la consommation de substances illicites...)

Axe 2: Renforcement de l'offre de soins et des services de SRAJ de qualité

Axe 3: Assurer la coordination et le partenariat

Axe 4: Renforcement du suivi, de l'évaluation et de la recherche

Axe 5: Renforcement du financement en faveur de la santé des adolescents et des jeunes

Axe 6: Promotion d'un environnement social et juridique favorable à la santé des adolescents et des jeunes

Axe 7: Mise en œuvre d'actions prioritaires spécifiques à l'endroit des 6-10 ans

Axe 1: Promotion des comportements à moindre risque (lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, et les rapports sexuels à risque exposant aux IST/VIH/SIDA, les grossesses non désirées, la consommation de substances illicites...)

Actions prioritaires	Description
Renforcement de l'Information, de l'éducation et de la communication (IEC) / Communication pour le changement de comportements (CCC) des adolescents et des jeunes des secteurs formels, non formel et informel	<ul style="list-style-type: none"> • Théâtres fora • Causeries débats • Conférences • Emissions radio • Jeux radiophoniques • Ciné débat • Paire éducation
Promotion de la double protection	<ul style="list-style-type: none"> • Théâtres fora • Causeries débats • Conférences • Emissions radio • Jeux radiophoniques • Ciné débat • Paire éducation
Introduction de l'éducation à la santé, y compris l'éducation sexuelle et la sécurité routière dans les structures d'éducation et de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration des modules pour <ul style="list-style-type: none"> ✓ le premier cycle ✓ le second cycle ✓ les écoles professionnelles ✓ les autoécoles • Adoption des modules par les ministères concernés • Formation des formateurs
Promotion de la lutte contre les violences et les traumatismes auprès des adolescents et des jeunes (des secteurs formels, non formel et informel) et de leurs parents	<ul style="list-style-type: none"> • Théâtre fora • Causeries débats • Conférences • Emissions radio • Jeux radiophoniques • Ciné débat • Paire éducation
Promotion du dépistage des IST, du VIH/SIDA et des cancers du col de l'utérus et des seins, du tétanos, du papillomavirus humain (HPV), de la méningite, de l'hépatite B, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Théâtres fora • Causeries débats • Conférences • Emissions radio • Jeux radiophoniques • Ciné débat • Paire éducation
Equipement en matériel d'animation, de jeux et de supports d'IEC	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation/achat et mise à disposition <ul style="list-style-type: none"> ✓ des kits d'animation ✓ des jeux ✓ des supports d'IEC
Promotion de l'IEC/CCC pour la santé des adolescents et des jeunes à travers les NTIC	<ul style="list-style-type: none"> • Site internet • SMS • Page Facebook • Numéro vert

Axe 2 : Renforcement de l'offre de soins et des services de SRAJ de qualité

L'axe 2 se décline en trois (03) attributs essentiels: l'accessibilité des soins et des services, la disponibilité en produits SR et l'offre proprement dite des soins et services de santé de qualité.

Actions prioritaires pour offre proprement dite des soins et services de santé

Actions prioritaires	Description
Renforcement de la double protection	<ul style="list-style-type: none"> • Formation/information • Offre de la méthode contraceptive (préservatif, capote ou condom) lors des consultations et la DBC • Théâtre fora • Causeries débats • Conférences • Emissions radio • Jeux radiophoniques • Ciné débat • Paire éducation
Renforcement de la mise en œuvre de la PF clinique et de la contraception d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • Formation/information • Achat et mise à disposition d'échantillons et de kits • Offre de la méthode contraceptive lors des consultations • Offre de la contraception d'urgence • Prise en charge des effets secondaires
Renforcement de la pratique des CPN recentrées	<ul style="list-style-type: none"> • Equipement des structures • Formation • Offre de la CPN recentrée de qualité lors des consultations
Renforcement de la pratique des SONUB	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des structures SONUB • Equipement des structures aux normes SONUB • Formation • Application des normes SONUB par le personnel
Renforcement de la pratique des SONUC	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des structures SONUC • Equipement des structures aux normes SONUC • Formation • Application des normes SONUC par le personnel
Renforcement de la pratique des Soins après avortements (SAA) et prise en charge psychologique des conséquences des avortements	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des structures • Equipement des structures • Formation • Application des normes par le personnel: offre des services de SAA selon les normes • Prise en charge psychologique • Réinsertion sociale
Renforcement de la pratique de la consultation post natale	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Offre de services de consultation post natale
Formation continue des prestataires au niveau des formations sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Staff • Session de formation continue • Formation • Supervision
Renforcement de la	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins de supervision

supervision des prestataires	<ul style="list-style-type: none"> • Sorties de supervision • Suivi des recommandations après supervision
Extension de la couverture des soins et services de santé pour les adolescents et les jeunes à toutes les formations sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Formation sur l'accompagnement des adolescents et des jeunes • Equipement des formations sanitaires • Offre de services d'accompagnement aux adolescents et aux jeunes dans les formations sanitaires • Suivi et évaluation des activités d'accompagnement aux adolescents et aux jeunes
Dotation les formations sanitaires en logistique roulante pour l'offre de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Achat et mise à disposition de la logistique roulante
Dépistage des IST, du VIH/SIDA et des cancers du col de l'utérus et des seins	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Adaptation/achat et mise à disposition d'intrants pour les activités de dépistage • Offre de dépistage <ul style="list-style-type: none"> ✓ des IST ✓ du VIH/SIDA ✓ des cancers du col de l'utérus ✓ des cancers des seins • Suivi et évaluation
Prévention du tétanos, du cancer de col, de la méningite, de l'hépatite B, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Information des populations sur la prévention du tétanos, du cancer de col, de la méningite, de l'hépatite B, etc <ul style="list-style-type: none"> ○ Théâtre fora ○ Causeries débats ○ Conférences ○ Emissions radio ○ Jeux radiophoniques ○ Ciné débat ○ Paire éducation • Vaccination contre le tétanos • Dépistage précoce du cancer du col de l'utérus • Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV), • Vaccination contre la méningite • Vaccination contre l'hépatite B
Dépistage des cas d'alcoolisme par le taux d'alcoolémie (ALCOOL TEST) pour les accidentés de la route au niveau des urgences chirurgicales	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des acteurs des urgences chirurgicales • Achat et mise à disposition d'intrants pour les activités de test d'alcoolémie • Offre de dépistage • Suivi et évaluation
Renforcement des centres jeunes existant pour l'offre de services intégrés SR de qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Dissémination documents de base de la SRAJ au niveau national • Formation • Suivi/ supervision • Evaluation • Appui technique

Actions prioritaires pour l'accès des adolescents et des jeunes aux soins et services de santé

Actions prioritaires	Description
Renforcement des activités en stratégie avancée	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des ASBC • Achat et mise à disposition de gadgets et d'échantillons • Formation • Offre PF lors des stratégies avancées • Distribution à base communautaire • Suivi et évaluation
Promotion de la double protection	<ul style="list-style-type: none"> • Théâtre fora • Causeries débats • Conférences • Emissions radio • Jeux radiophoniques • Ciné débat • Paire éducation • Création/Identification de points de disponibilité • Achat et mise à disposition de gadgets, d'échantillons et de kits d'animation • Formation • Distribution à base communautaire et installation de distributeurs automatiques de préservatifs
Plaidoyer pour la construction des structures de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Tenue des sessions de plaidoyer avec les partenaires
Renforcement de la mise en place des structures spécifiques opérationnelles pour adolescents et jeunes à tous les niveaux (centres jeunes, maisons des jeunes)	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Tenue des sessions de plaidoyer avec les partenaires • Construction • Réhabilitation • Equipement • Promotion/information sur les centres jeunes
Renforcement de l'offre de services de santé scolaire et universitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Formation • Offre de services au niveau scolaire et universitaire • Suivi du développement normal des enfants • Dépistage systématique des anomalies des organes de sens: audition, vue, etc.
Renforcement de l'accessibilité financière aux soins pour adolescents et jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • Etude de faisabilité <ul style="list-style-type: none"> ✓ Stratégie de subvention ou de gratuité
Implication du sous-secteur sanitaire privé, les ONG et Associations dans l'offre de soins aux adolescents et jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des acteurs du sous-secteur sanitaire privé, les ONG et Associations dans l'offre de soins aux adolescents et

	<p>jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation • Offre de services au niveau du sous-secteur sanitaire privé, les ONG et Associations dans l'offre de soins aux adolescents et jeunes (contractualisation et autres formes) • Supervision • Suivi et évaluation
Intégration des services de santé dans les centres jeunes des autres intervenants (Ministères, ONG et associations)	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Tenue des sessions de cadrage • Formation • Offre de services au niveau du sous-secteur sanitaire privé, les ONG et Associations dans l'offre de soins aux adolescents et jeunes (contractualisation et autres formes) • Supervision • Suivi et évaluation
Implication des jeunes dans l'offre de services de SRAJ	<ul style="list-style-type: none"> • Mode de gestion/coordination des centres jeunes • Implication proprement dite des adolescents et des jeunes dans la gestion/fonctionnement des centres jeunes
Mise en place de systèmes alternatifs de paiement des risques en santé (mutuelles, système de partage des coûts, assurance maladie universelle)	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des choix alternatifs de paiement • Application des choix alternatifs de paiement • Suivi et évaluation

Actions prioritaires pour la disponibilité des produits de santé (médicaments, réactifs, consommables médicaux) au profit de la santé des adolescents et des jeunes

Actions prioritaires	Description
Dotation en produits de SR	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Achat et mise à disposition d'intrants tels le Test immunologique de grossesse (TIG)
Dotation des structures de référence en réactifs et en consommables pour le dépistage des maladies (VIH, Alcool test pour les urgences chirurgicales.....)	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Achat et mise à disposition d'intrants pour <ul style="list-style-type: none"> ✓ le test VIH ✓ l'alcool-test
Formation des gestionnaires de stocks sur le Système d'information de la gestion de la logistique contraceptive (SIGL)	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Tenue de sessions de formation • Supervision • Suivi et évaluation
Tenue d'ateliers de révision des tableaux d'acquisition des produits de SR	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue des ateliers bilans PF • Estimation des besoins et élaboration des plans d'approvisionnement
Surveillance des stocks des produits SR	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi hebdomadaire des stocks des produits SR • Rapportage mensuel et trimestriel

Actions prioritaires pour le développement des ressources humaines en santé

Actions prioritaires	Description
Equiper des écoles de formation en matériel d'enseignement pour la SR	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Achat et mise à disposition d'intrants <ul style="list-style-type: none"> ✓ mannequins pour la pratique ✓ matériel d'insertion d'implants ✓ matériel de retrait d'implants ✓ kit AMIU
Renforcement des capacités des sites de stages pratiques des élèves et étudiants	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Formation • Supervision • Suivi et évaluation
Intégration des stratégies de prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes dans les curricula de formation des établissements (public et privé) de formation en santé	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Atelier de révision des curricula de formation des établissements (public et privé) de formation en santé pour prendre en compte les aspects de santé des adolescents et des jeunes • Adoption des dits curricula de formation
Intégration des stratégies de prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes dans les curricula de formation des établissements des premier et second cycles	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Atelier de révision des curricula de formation des établissements des premier et second cycles (public et privé) pour prendre en compte les aspects de santé des adolescents et des jeunes • Adoption des dits curricula de formation
Renforcement des compétences des professionnels et des autres acteurs des OSC de santé sur les stratégies de prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Tenue de sessions de formation • Supervision • Suivi et évaluation

Actions prioritaires pour le renforcement des interventions à base communautaire

Actions prioritaires	Description
Renforcement des stratégies avancées	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des ASBC selon des critères définis selon le plan stratégique de la promotion de la santé • Identification des OBCE et associations • Achat et mise à disposition de gadgets et d'échantillons • Formation • Offre PF lors des stratégies avancées • Distribution à base communautaire • Motivation financière et non financière des ASBC • Suivi et évaluation
Poursuite de la contractualisation avec les ONG et associations	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des OBCE et associations • Contractualisation • Tenue d'ateliers d'orientation et bilan
Formation des ASBC sur les pratiques	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins

familiales clés	<ul style="list-style-type: none"> • Achat et mise à disposition de gadgets et d'échantillons • Formation • Suivi et évaluation
Dotation en équipement des ASBC sur les pratiques familiales clés	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Achat et mise à disposition de gadgets et d'échantillons
Recrutement en quantité suffisante des AIS et réorienter leurs attributions vers la santé communautaire y compris les pratiques familiales clés	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Tenue d'ateliers d'orientation sur les attentes et les priorités en rapport avec santé des adolescents et des jeunes • Supervision • Suivi et évaluation
Développement de réseaux et des partenariats communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Cartographie des partenaires communautaires • Tenue d'ateliers d'orientation sur les attentes et les priorités en rapport avec santé des adolescents et des jeunes • Suivi et évaluation

Axe 3 : Assurer la coordination et le partenariat

Actions prioritaires	Description
Actualisation de la cartographie des intervenants en précisant leur domaine et zones d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Cartographie des partenaires communautaires • Tenue d'ateliers d'orientation sur les attentes et les priorités en rapport avec santé des adolescents et des jeunes en précisant leur domaine et zones d'intervention • Suivi et évaluation
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un cadre national de concertation pour le suivi du plan stratégique de santé des adolescents et des jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> • Harmonisation les paquets d'intervention à haut impact à tous les niveaux • Tenue d'atelier d'orientation sur les attentes et les priorités en rapport avec santé des adolescents et des jeunes • Implication des structures privées, les ONG et les associations intervenant dans la santé des adolescents et jeunes • Tenue des sessions du comité de coordination • Diffusion du plan stratégique de santé des adolescents et des jeunes à tous les niveaux
Traitement des questions relatives à la santé des adolescents et des jeunes à tous les niveaux, à chaque session des cadres de concertation	<ul style="list-style-type: none"> • Point du bilan des questions relatives à la santé des adolescents et des jeunes à tous les niveaux à chaque session des cadres de concertation <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cadre national de concertation ✓ Comité régional de suivi du PNDS ✓ CTRS ✓ Conseil de direction ✓ CSD ✓ Staff des ECD ✓ Réunions COGES ✓ Réunion du personnel des CSPS/CM • Suivi et évaluation
Intégration des questions relatives à la	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue des sessions de plaidoyer

santé des adolescents et des jeunes dans les cadres et directives de planification	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à l'élaboration des cadres et directives de planification
Plaidoyer pour la prise en compte des questions de santé des adolescents et des jeunes dans les plans communaux	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue des sessions de plaidoyer auprès des premiers responsables des collectivités dans les interventions de santé • Communication au cours des sessions des conseils communaux • Participation des services de santé à l'élaboration des plans communaux de développement

Axe 4: Renforcement du suivi, de l'évaluation et de la recherche

Actions prioritaires	Description
Renforcement du système de suivi et d'évaluation des interventions en matière de santé des adolescents et des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi des activités du plan stratégique • Evaluation (de base, à mi-parcours et finale) • Documentation
Promotion de la recherche sur la santé des adolescents et des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la capacité des prestataires en recherche en santé • Réalisation d'enquêtes rapides se rapportant à la santé des adolescents et des jeunes (tous les deux ans)
Promotion de l'utilisation des stratégies innovantes dans le système d'information sanitaire (ENDOS, ...)	<ul style="list-style-type: none"> • Révision des outils de collecte de données • Production et utilisation des données spécifiques de santé des adolescents et jeunes Plaidoyer pour la prise en compte des indicateurs • Révision des indicateurs sous ENDOS
Renforcement de la capacité des prestataires du premier échelon sur le SNIS	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Formation • Supervision • Suivi et évaluation
Documentation et Capitalisation des meilleures pratiques en SRAJ	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un répertoire physique et virtuel des études du domaine de la santé des adolescents et des jeunes • Atelier de partage d'expériences des districts et des régions sanitaires • Revue documentaire des publications et des rapports de la littérature grise du domaine de la santé des adolescents et des jeunes • Participation à conférences • Participation à des sociétés savantes • Publication d'articles

Axe 5: Renforcement du financement en faveur de la santé des adolescents et des jeunes

Actions prioritaires	Description
Plaidoyer pour le financement des activités de la santé des adolescents et jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration d'une norme pour l'orientation des ressources du ministère à la santé des adolescents et des jeunes • Plaidoyer pour une augmentation du budget de l'Etat dans le financement des interventions

	pour la santé des adolescents et des jeunes
Développer les mécanismes de financement alternatif (exemption de paiement des soins, assurance maladie universelle, assurance mutuelle)	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des choix alternatifs de paiement • Application des choix alternatifs de paiement • Suivi et évaluation
Plaidoyer pour un engagement des communes aux actions de santé des adolescents et des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue des sessions de plaidoyer auprès des premiers responsables des collectivités dans les interventions de santé • Communication au cours des sessions des conseils communaux • Participation des services de santé à l'élaboration des plans communaux de développement

Axe 6: Promotion d'un environnement social et juridique favorable à la santé des adolescents et des jeunes

Actions prioritaires	Description
Renforcement du dialogue parents enfants dans l'éducation sexuelle et les bonnes habitudes d'hygiène et de vie des adolescents et des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • Formation à la vie familiale des parents et des adolescents et des jeunes • Communication média sur le rôle des parents <ul style="list-style-type: none"> ✓ Causeries débats ✓ Emissions radiophoniques ✓ Documentaires télévisés ✓ Paire éducation • Utilisation des NTIC pour rappeler le rôle attendu des parents (SMS) • Communication média sur l'éducation sexuelle, les bonnes habitudes d'hygiène et de vie <ul style="list-style-type: none"> ✓ Causeries débats ✓ Emissions radiophoniques ✓ Documentaires télévisés ✓ Paire éducation
Implication des leaders communautaires et religieux dans l'éducation sexuelle et les bonnes habitudes d'hygiène et de vie des adolescents et jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer • Communication média sur l'éducation sexuelle et les bonnes habitudes d'hygiène et de vie <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tenue de la table ronde des leaders ✓ Causeries débats ✓ Séances de sensibilisation ✓ Emissions télé ✓ Documentaires télévisés
Vulgarisation des textes juridiques en faveur de la santé des adolescents et des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • Revue documentaire pour un répertoire des textes juridiques en faveur de la santé des adolescents et des jeunes • Elaboration de textes juridiques • Diffusion des textes juridiques en faveur de la santé des adolescents et des jeunes
Renforcement des capacités des acteurs de la SRAJ sur les questions de genre et	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Orientations sur les questions genre et droits

droits humains	humains <ul style="list-style-type: none"> • Sessions de formation • Suivi et évaluation
Développement d'interfaces de communication entre les jeunes : Ex. Réseaux sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Site internet • SMS • Page Facebook

Axe 7: Mise en œuvre d'actions prioritaires spécifiques à l'endroit des 6-10 ans

Actions prioritaires	Description
Renforcement de l'Information, de l'éducation et de la communication (IEC) / Communication pour le changement de comportements (CCC) pour éviter pratiques traditionnelles nocives, les violences faites aux enfants, le trafic, le travail et les pires formes de travail des enfants surtout sur les sites miniers	<ul style="list-style-type: none"> • Théâtres fora • Causeries débats • Conférences • Emissions radio • Jeux radiophoniques • Ciné débat • Paire éducation
Promotion des vaccins et rappels vaccinaux (par les parents) et/ou en stratégie nationale	<ul style="list-style-type: none"> • Information des populations sur la prévention du tétanos, de la méningite, de l'hépatite B, etc <ul style="list-style-type: none"> ✓ Théâtre fora ✓ Causeries débats ✓ Conférences ✓ Emissions radio ✓ Jeux radiophoniques ✓ Ciné débat ✓ Paire éducation • Vaccination contre le tétanos • Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) par les parents et/ou en stratégie nationale • Vaccination contre la méningite par les parents et/ou en stratégie nationale • Vaccination contre l'hépatite B par les parents et/ou en stratégie nationale • Vaccination contre la Rubéole et les oreillons
Promotion du déparasitage systématique des enfants par les parents et/ou en stratégie nationale	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Campagnes de déparasitage
Promotion de l'alimentation de qualité et lutte contre les carences en micronutriments et contre l'anémie	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Campagnes de supplémentation (fer, zinc Iode, Vitamine A.....) • Démonstrations culinaires • Dépistage et prise en charge des cas • Initiation des enfants à la puériculture
Renforcement de l'offre de soins et services pour les enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins • Tenue des sessions de cadrage • Formation • Offre de services au niveau sous-secteur sanitaire public, du sous-secteur sanitaire privé, les services de santé scolaire et universitaire, les ONG et Associations dans l'offre de soins aux enfants de 6 à 10 ans (contractualisation et autres formes)

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suivi du développement psychomoteur des enfants de 6 à 10 ans ✓ Suivi du développement staturo-pondéral ✓ Dépistage systématique des handicaps ORL, visuels et moteurs • Dépistage des pathologies contagieuses (tuberculose, varicelles, oreillons) ou non contagieuses (drépanocytose, diabète, HTA, bilharziose.....) et les cardiopathies rhumatismales ainsi que le VIH/ SIDA. • Suivi du développement psychomoteur et staturo-pondéral • Supervision • Suivi et évaluation
<p>Equipement en matériel d'animation, de jeux et de supports d'IEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation/achat et mise à disposition <ul style="list-style-type: none"> ✓ des kits d'animation ✓ des jeux ✓ des supports d'IEC

IV. CHRONOGRAMME

Tableau 1. Chronogramme par action prioritaire

Actions stratégiques	Actions prioritaires	Années					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Axe1: Promotion des comportements à moindre risque (lutte contre le tabagisme, alcoolisme, le VIH/SIDA, les grossesses non désirées, la consommation de drogues illicites...)	1. Promouvoir l'Information, l'éducation et de la communication (IEC) / Communication pour le changement de comportements (CCC) dans le secteur formel, non formel et informel en tenant compte des différents groupes spécifiques	x	x	x	x	x	x
	2. Promouvoir la double protection	x	x	x	x	x	x
	3. Introduire l'éducation à la santé, y compris l'éducation sexuelle et la sécurité routière dans les structures d'éducation et de formation	x	x	x	x	x	x
	4. Promouvoir la lutte contre les violences et les traumatismes	x	x	x	x	x	x
	5. Promouvoir le dépistage des IST, du VIH/SIDA et des cancers du col de l'utérus et des seins	x	x	x	x	x	x
	6. Equiper en matériel d'animation, de jeux et de supports d'IEC	x	x	x	x	x	x
	7. Promouvoir de l'IEC/CCC pour la santé des adolescents et des jeunes à travers les NTIC	x	x	x	x	x	x

	Actions prioritaires	Années					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Axe2: Renforcement de l'offre de soins et des services de santé de qualité	8. Renforcer la mise en œuvre de la PF clinique et de la contraception d'urgence	x	x	x	x	x	x
	9. Renforcer la pratique des CPN recentrées	x	x	x	x	x	x
	10. Renforcer la pratique des SONUB	x	x	x	x	x	x
	11. Renforcer la pratique des SONUC	x	x	x	x	x	x
	12. Renforcer la pratique des Soins après avortements (SAA) et la prise en charge psychologique des conséquences des avortements	x	x	x	x	x	x
	13. Renforcer la pratique de la consultation post natale	x	x	x	x	x	x
	14. Assurer la formation continue des prestataires au niveau des formations sanitaires	x	x	x	x	x	x
	15. Renforcer la supervision des prestataires	x	x	x	x	x	x
	16. Etendre la couverture des soins et services de santé pour les adolescents et les jeunes à toutes les formations sanitaires		x	x	x	x	
	17. Doter les formations sanitaires en logistique roulante pour l'offre de soins en stratégie avancée	x	x	x	x	x	x
	18. Dépister et prendre en charge les cas d'IST, de VIH/SIDA et les cancers du col de l'utérus et des seins	x	x	x	x	x	x
	19. Prévenir le tétanos, le cancer de col, , l'hépatite B, etc.	x	x	x	x	x	x
	20. Dépister les cas d'alcoolisme par le taux d'alcoolémie (ALCOOL TEST) pour les accidentés de la route au niveau des urgences chirurgicales	x	x	x	x	x	x
	21. Renforcer des centres jeunes existant pour l'offre de services intégrés SR de qualité	x	x	x	x	x	x
22. Renforcer les activités en stratégie avancée	x	x	x	x	x	x	
23. Faire le plaidoyer pour la construction des structures de santé	x	x	x	x	x	x	

Actions stratégiques	Actions prioritaires	Années					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Axe2: Renforcement de l'offre de soins et des services de santé de qualité (Suite)	24. Renforcer la mise en place des structures spécifiques opérationnelles pour adolescents et jeunes à tous les niveaux (centres jeunes, maisons des jeunes)		x	x	x	x	x
	25. Renforcer l'offre de services de santé scolaire et universitaire	x	x	x	x	x	x
	26. Renforcer l'accessibilité financière aux soins pour les adolescents et les jeunes	x	x	x	x	x	x
	27. Impliquer le sous-secteur sanitaire privé, les ONG et Associations dans l'offre de soins aux adolescents et aux jeunes	x	x	x	x	x	x
	28. Intégrer les services de santé dans les centres jeunes des autres intervenants (Ministères, ONG et associations)	x	x	x	x	x	x
	29. Impliquer les jeunes dans l'offre de services de SRAJ	x	x	x	x	x	x
	30. Mettre en place de systèmes alternatifs de paiement des risques en santé (mutuelles, système de partage des coûts, assurance maladie universelle)	x	x	x	x	x	x
	31. Doter les services en produits de SR	x	x	x	x	x	x
	32. Doter les structures de référence en réactifs et en consommables pour le dépistage des maladies (VIH, Alcool test pour les urgences chirurgicales.....)	x	x	x	x	x	x
	33. Former les gestionnaires de stocks sur le SIGL	x	x	x	x	x	x
	34. Tenue d'ateliers de révision des tableaux d'acquisition des produits de SR	x	x	x	x	x	x
	35. Assurer la surveillance des stocks des produits SR	x	x	x	x	x	x
36. Equiper des écoles de formation en matériel d'enseignement pour la SR	x	x	x	x	x	x	

Actions stratégique	Actions prioritaires	Années					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Axe2: Renforcement de l'offre de soins et des services de santé de qualité (Suite)	37. Renforcer les capacités des sites de stages pratiques des élèves et étudiants	x	x	x	x	x	x
	38. Intégration des stratégies de prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes dans les curricula de formation des établissements (public et privé) de formation en santé	x	x	x	x	x	x
	39. Intégrer les stratégies de prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes dans les curricula de formation des établissements des premier et second cycles	x	x	x	x	x	x
	40. Renforcer les compétences des professionnels et des autres acteurs des OSC de santé sur les stratégies de prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes	x	x	x	x	x	x
	41. Poursuivre de la contractualisation avec les ONG et associations	x	x	x	x	x	x
	42. Former les ASBC sur les pratiques familiales clés	x	x	x	x	x	x
	43. Doter les ASBC en équipement sur les pratiques familiales clés	x	x	x	x	x	x
	44. Recruter en quantité suffisante des AIS et réorienter leurs attributions vers la santé communautaire y compris les pratiques familiales clés	x	x	x	x	x	x
	45. Développer des réseaux et des partenariats communautaires	x	x	x	x	x	x

Actions stratégiques	Actions prioritaires	Années					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Axe 3: Amélioration de la coordination intra sectorielle, de la collaboration extra sectorielle et du partenariat	46. Actualiser la cartographie des intervenants en précisant leur domaine et zones d'intervention	x	x	x	x	x	x
	47. Mettre en place d'un cadre national de concertation pour le suivi du plan stratégique de santé des adolescents et des jeunes	x	x	x	x	x	x
	48. Prendre en compte les questions relatives à la santé des adolescents et des jeunes à tous les niveaux, à chaque session des cadres de concertation	x	x	x	x	x	x
	49. Intégrer les questions relatives à la santé des adolescents et des jeunes dans les cadres et directives de planification	x	x	x	x	x	x
	50. Faire le plaidoyer pour la prise en compte des questions de santé des adolescents et des jeunes dans les plans communaux.	x	x				
Axe 4: Renforcement du suivi, de l'évaluation et de la recherche	51. Renforcer le système de suivi et de l'évaluation des interventions en matière de santé des adolescents et des jeunes	x	x	x	x	x	x
	52. Promouvoir la recherche sur la santé des adolescents et des jeunes	x	x	x	x	x	x
	53. Promouvoir l'utilisation des stratégies innovantes dans le système d'information sanitaire (ENDOS, ...)	x	x	x	x	x	x
	54. Renforcer la capacité des prestataires du premier échelon sur le SNIS	x	x	x	x	x	x
	55. Documenter et capitaliser les meilleures pratiques en SRAJ	x	x	x	x	x	x

Actions stratégiques	Actions prioritaires	Années					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Axe 5: Renforcement du financement de la santé en faveur de la santé des adolescents et des jeunes	56. Faire le plaidoyer pour le financement des activités de la santé des adolescents et jeunes	x	x				
	57. Développer les mécanismes de financement alternatif (exemption de paiement des soins, assurance maladie universelle, assurance mutuelle)	x	x	x	x	x	x
Axe 6: Promotion d'un environnement social et juridique en faveur de la santé des adolescents et des jeunes	58. Habilitier les parents dans l'éducation sexuelle et les bonnes habitudes d'hygiène et de vie des adolescents et jeunes	x	x	x	x	x	x
	59. Impliquer les leaders communautaires et religieux dans l'éducation sexuelle et les bonnes habitudes d'hygiène et de vie des adolescents et jeunes	x	x	x	x	x	x
	60. Vulgariser les textes juridiques en faveur de la santé des adolescents et des jeunes	x	x	x	x	x	x
	61. Renforcer les capacités des acteurs de la SRAJ sur les questions de genre et droits humains	x		x		x	
	62. Développer l'interface de communication entre les jeunes : Ex. Réseaux sociaux	x	x	x	x	x	x
Axe 7: Mise en œuvre d'actions prioritaires spécifiques à l'endroit des 6-10 ans	Renforcer l'Information, de l'éducation et de la communication (IEC) / Communication pour le changement de comportements (CCC) pour éviter pratiques traditionnelles nocives, les violences faites aux enfants, le trafic, le travail et les pires formes de travail des enfants surtout sur les sites miniers	x	x	x	x	x	x
	63. Promouvoir la vaccination et les rappels	x	x	x	x	x	x

Actions stratégique	Actions prioritaires	Années					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
	vaccinaux (par les parents) et/ou en stratégie nationale						
	64. Promouvoir le déparasitage systématique des enfants par les parents et/ou en stratégie nationale		x		x		x
	65. Promouvoir l'alimentation de qualité et lutte contre les carences en micronutriments et contre l'anémie	x	x	x	x	x	x
	66. Renforcer l'offre de soins et services pour les enfants	x	x	x	x	x	x
	67. Equiper en matériel d'animation, de jeux et de supports d'IEC	x	x		x		

V. MISE EN ŒUVRE

5.1 Mécanismes de mise en œuvre

5.1.1 Mise en œuvre du PSSAJ

Le PSSAJ 2015-2020 sera mis en œuvre sur six (06) ans. Il sera décliné annuellement à travers les plans opérationnels des structures concernées et suivant les directives annuelles de planification. Pour ce faire, l'élaboration du document de plan de mise en œuvre du PSSAJ 2015-2020 s'avère nécessaire.

5.1.2 Acteurs de la mise en œuvre

5.1.2.1 Le Ministère de la santé

Le présent plan est une contribution du secteur de la santé à l'amélioration de la santé des jeunes au Burkina Faso sous le leadership de la Direction de la santé de la famille (DSF) du Ministère de la santé. Aussi, sa réussite est conditionnée par une implication effective des autres départements ministériels (Tableau 3).

A travers la DSF, le ministère de la santé a pour rôle de/d' :

- coordonner la mise en œuvre des activités du PSSAJ par ses différentes structures déconcentrées et celles centrales et,
- assurer le fonctionnement (y compris la tenue semestrielle des sessions) du comité de coordination des actions de mise en œuvre du plan stratégique de santé des adolescents et des jeunes par la collaboration intersectorielle et le développement du partenariat.

5.1.2.2 Autres ministères et partenaires

Tous les autres ministères doivent participer à leur sein et au cadre de concertation du ministère de la santé pour ce qui concerne la mobilisation des ressources pour les activités liées à la santé et pour le respect des standards.

Les ministères en charge de :

– *l'Administration territoriale, la décentralisation et la sécurité:*

- apporter un appui pour le contrôle de l'application des textes et des contrôles routiers. Le leadership des Gouverneurs, des Hauts commissaires et des Préfets est nécessaire.
- poursuivre la décentralisation avec l'appropriation des actions de santé par les municipalités. Le leadership du Maire est requis.
- participer à la mobilisation des communautés, à la capitalisation, à l'enregistrement et à la récupération les données sur les naissances et les accidents

– *la Jeunesse, la formation professionnelle et emploi:*

- poursuivre la mise en œuvre de la politique nationale de la jeunesse (PNJ) et de l'emploi en mettant l'accent sur le renforcement de l'éducation extra scolaire des jeunes en matière de santé.

- favoriser à l'accès à l'emploi et autonomisation économiques des jeunes pour capacités à payer les services SRAJ + animation centres jeunes du ministère.
- *des enseignements secondaire et supérieur*
- mettre un accent particulier sur l'organisation de la santé scolaire et universitaire.
- *la recherche et de l'innovation*
- cibler les instituts de recherche (IRSS, CNRFP, Centre Muraz, ISSP, CRSN) à même de fournir les données spécifiques sur la santé des adolescents et des jeunes nécessaires à l'évaluation de la MEO du PSSAJ.
- *l'action sociale et la solidarité nationale (MASSN):*
- participer à la mobilisation sociale, à la communication pour le changement de comportement afin de réduire certaines barrières socioculturelles qui influencent l'utilisation des services de santé et favorisent certaines pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la mère et de l'enfant.
- *la promotion de la Femme et du genre*
- accroître la qualité de vie des jeunes filles et de la femme en améliorant les possibilités qui leur sont offertes sur le plan du travail, de l'éducation et de la promotion de leurs droits.
 - faire en sorte que les inégalités filles-garçons soient réduites et développer les capacitacions des jeunes filles à négocier avec les garçons (cas par exemple du port du condom).
 - assurer un accès équitable entre filles et garçons aux services de santé pour les adolescents et les jeunes
- *l'Education nationale et de l'Alphabétisation:*
- poursuivre la mise en œuvre du plan décennal et qu'un accent particulier soit mis sur la santé des scolaires et poursuivra l'amélioration de l'alphabétisation et la scolarisation de la jeune fille et de la femme.
 - prévoir l'application effective de sanctions relatives à la Loi SR
 - informer et sensibiliser les acteurs sur la SRAJ et bien expliquer aux jeunes filles et garçons (scolarisés ou non) sur les grossesses précoces et non désirées
 - impliquer les acteurs du système formel et informel
- *la Justice et des Droits Humains*
- faciliter l'adaptation et l'application des textes législatifs et réglementaires en matière de droit en Santé de la Reproduction. Il travaillera à supprimer les discriminations à l'égard des femmes sur le plan de l'éducation, de l'information et de l'emploi.
 - informer, sensibiliser et former les acteurs de la justice sur la SRAJ.
- *l'Économie et des Finances*
- lutter contre la pauvreté en général, en suscitant entre autres les activités génératrices de revenus pour la femme et de rechercher d'autres alternatives de financement des prestations de santé.

- poursuivre la mobilisation des ressources financières pour soutenir les AGR des femmes et le financement des prestations de santé.
 - influencer sur la dotation des ressources financières (plaidoyer pour inscrire une ligne budgétaire spécifique pour la SRAJ).
 - faciliter la réalisation des études de base et rendre disponibles les données sur les adolescents et jeunes pour l'exécution du PSSAJ.
- *l'information, de la communication et de l'économie numérique*
- poursuivre et renforcer les mesures de censure sur la publicité du tabac, de l'alcool et autres sons et images induisant des comportements à risque chez les jeunes.
 - TIC et appui au MS pour les sensibilisations de masse (émissions radio, TV, réseaux sociaux)
 - promouvoir l'utilisation des nouvelles technologies pour la transmission des infos sur la santé des adolescents et des jeunes
- *le SP/CNSL-IST*
- participer à la mobilisation des ressources sur les questions IST/VIH/SIDA pour les ados et jeunes.
 - apporter un appui technique et financier.
- *les ONG et Associations*
- poursuivre la contractualisation en orientant les actions sur la cible 6-24 ans. Il s'agira aussi de la coordination de leurs actions pour une meilleure cohérence et de susciter plus d'intérêt sur la particularité de la tranche d'âge des 6 à 24 ans.
 - susciter pour la recherche opérationnelle pour améliorer la MEO des programmes SRAJ (idée que le MS peut confier des activités du genre à ces structures par rapport à leurs activités spécifiques)
- *les familles et communautés*
- susciter l'auto-responsabilisation surtout des adolescents et des jeunes
 - s'assurer de l'accompagnement des parents, des familles et des communautés.
 - dynamiser les valeurs traditionnelles, y compris le dialogue parents-enfants: temps et rôles des parents pour l'éducation non assumés et délégation à l'école et à la rue; former ensemble adolescents/jeunes et parents sur le réflexe de discussions à cultiver dans les familles notamment sur la sexualité (entres parents sur les enfants, entre parents-enfants).
 - impliquer les acteurs influents pour sensibilisations: femmes, leaders d'opinion, leaders religieux et coutumiers, agents de santé/ASBC.
- *les partenaires techniques et financiers*
- apporter un appui important à la mise en œuvre des politiques et des programmes en SR et de prévention du VIH pour les jeunes et les adolescents et également pour les groupes vulnérables et/ou marginalisés. Cela doit prendre en compte le renforcement institutionnel, le renforcement des capacités des structures nationales ainsi que des organisations non gouvernementales et le financement du PSSAJ.

5.1.3 Rôles, responsabilités des acteurs et mécanismes de coordination

La coordination de la mise en œuvre du plan stratégique se fait à tous les niveaux et doit impliquer tous les acteurs (Tableau 2).

Tableau 2. Rôles, responsabilités des structures/acteurs, mécanisme et périodicité de mise en œuvre

- **Niveau central**

Structures/acteurs	Rôles et responsabilités	Mécanisme	Période
SG, DGS, DSF, Partenaires	Adopter officiellement le plan stratégique	Une journée	Première année
SG, DGS, DSF, partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un comité national de coordination des actions de mise en œuvre du plan stratégique de santé des adolescents et des jeunes • Compte rendu des activités au cadre de dialogue sectoriel santé 	Rencontre	Mise en place: Fin 2014 Périodicité des rencontres: chaque 3 mois
DSF, partenaires	Diffuser le document du plan stratégique aux DRS et aux partenaires	Ateliers régionaux	Première année
DSF	Organiser des missions d'appui au niveau régional pour les activités de santé des jeunes Suivre les activités de terrain en matière de santé des jeunes Coordonner la mise en œuvre du plan stratégique	Missions d'appui Sorties de terrain Rencontres périodiques	Durant les 05 années à venir Tous les six mois A la fin de chaque année
DSF, DGESS, Consultant	Mener la recherche sur la santé des adolescents et des jeunes en s'inspirant des indicateurs	Enquêtes	En 2015 En 2017 ou 2018 En 2020
DSF, DGESS, Consultant	Évaluer la mise en œuvre à mi-parcours et en fin du plan	Sorties de terrain recueil/exploitation de données	A mi-parcours En 2017 A la fin du plan En 2020

- Niveau intermédiaire

Structures/acteurs	Rôles et responsabilités	Mécanisme	Période
Gouvernorat, DRS, partenaires	Organiser une rencontre d'information sur le plan stratégique avec les partenaires locaux	Une journée	Première année
	Intégrer la problématique de la santé des adolescents et jeunes y compris la santé scolaire et universitaire parmi les thèmes débattus lors du comité de suivi du PNDS et le CTRS	Comité régional de suivi du PNDS	Chaque 6 mois
	Coordonner les activités de santé des adolescents et des jeunes de la région	CTRS	Chaque 6 mois
DRS	Rendre disponible le document au niveau des ECD, des CSPS/CM, CMA, CHR, CH N/CHU et ONG/Associations	Diffusion	Les 3 premiers mois de mise en œuvre
	Intégrer les activités de santé des adolescents et des jeunes dans les plans d'action des régions	Atelier annuel	Chaque année
	Suivre et superviser les ECD dans la mise en œuvre des activités de santé pour adolescents et jeunes.	Sorties de terrain	Tous les six mois

- Niveau de l'équipe cadre du district

Structures/acteurs	Rôles et responsabilités	Mécanisme	Période
Haut-commissariat, ECD, partenaires	Organiser une rencontre d'information sur le plan stratégique avec les partenaires locaux		Première année
Haut-commissariat, ECD, partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer le bilan des activités de santé et des adolescents des jeunes y compris la santé scolaire et universitaire dans les activités des CSD 	Rencontre périodique CSD, Rencontre	Chaque 6 mois

	• Coordonner les activités de santé des adolescents et des jeunes au niveau de la province	ECD-ICP-COGES	
ECD	Intégrer les activités de santé des adolescents et des jeunes dans les plans d'action des districts	Atelier annuel	Chaque année
	Mettre en œuvre les activités de santé des jeunes au sein des FS et de la communauté	Vérification des indicateurs de mise en œuvre	Durant les 05 années à venir
	Superviser les prestataires et les relais communautaires	Sorties de terrain, recueil et exploitation de données	Tous les 6 mois

• Niveau des CSPS regroupés par commune

Structures/acteurs	Rôles et responsabilités	Mécanisme	Période
Mairie, COGES, ICP, partenaires	Organiser une rencontre d'information sur le plan stratégique avec les partenaires locaux		Première année
Préfet et maire, ECD, partenaires Equipe de santé	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer les activités de santé des adolescents et des jeunes dans les activités lors des AG des COGES et des conseils municipaux Coordonner les activités de santé des adolescents et des jeunes 	Rencontre périodique CSD, Conseils municipaux Rencontre ECD-ICP-COGES	Chaque 3 mois
COGES Equipe de santé	Intégrer les activités de santé des adolescents et des jeunes dans les plans d'action des FS	Atelier annuel AG du COGES	Chaque année
	Mettre en œuvre les activités de santé des jeunes au sein des FS et de la communauté	Vérification des indicateurs de mise en œuvre	Durant les 05 années à venir
Equipe de santé	Superviser les prestataires et les relais communautaires	Sorties de terrain, recueil et exploitation de données	Tous les 3 mois

5.2 Mécanismes de suivi et d'évaluation

Le suivi et l'évaluation permettent d'apprécier la mise en œuvre effective du PSSAJ, l'atteinte des objectifs et des résultats attendus. A cet effet, un dispositif de suivi-évaluation de la mise en œuvre sera élaboré.

5.2.1 Suivi

Un ensemble de dispositif est mis en place pour la coordination du PSSAJ 2015-2020 par niveau (Tableau 2):

- La tenue des sessions trimestrielles du comité national de coordination des actions de mise en œuvre du plan stratégique de santé des adolescents et des jeunes;
- La problématique de la santé des adolescents et jeunes y compris la santé scolaire et universitaire parmi les thèmes débattus lors des sessions semestrielles du comité de suivi du PNDS 2011-2020 et le CTRS;
- La problématique de la santé des adolescents et jeunes y compris la santé scolaire et universitaire parmi les thèmes débattus lors des sessions semestrielles du CSD;
- Le point des activités de santé des adolescents et des jeunes lors des assemblées générales (AG des COGES et des conseils municipaux).

Le suivi de la mise en œuvre des activités du plan stratégique relève de la responsabilité de toutes les parties prenantes, quel que soit le niveau d'intervention (Tableau 3).

5.2.2 Evaluation

Il s'agit de s'assurer à long terme, que la mise en œuvre des axes stratégiques produit des effets en termes d'amélioration de l'état de santé des jeunes.

Les différents indicateurs de résultats/d'impact en annexes serviront à chaque niveau pour apprécier cette situation (Tableau 4).

Aussi, il sera réalisé une étude de base, une évaluation à mi-parcours et à la fin de la mise en œuvre du plan.

Tableau 3. Répertoire des interventions selon les cibles et les services concernés

Interventions	Cibles primaires		Ministère de la santé							Action sociale	Services en charge de la jeunesse	Enseignements secondaire et supérieur et MENA	Administration territoriale	Famille/ communauté
	6 à 10 ans	10 à 24 ans	CSPS /CM	CHR/CMA/ CHU ou CHN	DSF	DPS et Programme tabac	DLM/ santé mentale	DPV	DN					
Promotion et prévention														
MILDA aux enfants et mères	x	x	x			x								x
Lavage des mains	x	x	x			x			x					x
Gestion correcte des excréta et utilisation des latines	x	x	x			x			x					x
Alimentation saine	x	x	x			x			x					x
Allaitement maternel		x	x			x			x					x
Surveillance de la grossesse		x	x			x								x
IEC sur les soins de base au nouveau-né		x	x							x	x			x
Reconnaissance des signes de danger: nouveau-né et femme enceinte		x	x			x								x
IEC sur la sexualité			x			x				x	x	x		x
Conseil dépistage VIH		x	x			x				x	x	x		x
IEC sur les tumeurs des seins		x												
IEC sur les grossesses non désirées et ses conséquences		x	x			x				x	x	x		x
IEC sur les grossesses précoces et ses conséquences		x	x			x				x	x	x		x
IEC sur les avortements et ses conséquences		x	x			x				x	x	x		x
Conseil dépistage cancer du col de l'utérus		x	x			x				x	x	x		x
IEC sur la drogue et ses conséquences		x	x			x				x	x	x		x
IEC sur le tabagisme et ses conséquences		x	x			x				x	x	x		x
IEC sur l'alcoolisme et ses conséquences		x	x			x				x	x	x		x

Interventions	Cibles primaires		Ministère de la santé							Action sociale	Services en charge de la jeunesse	Enseignements secondaires et supérieur et MENA	Administration territoriale	Famille/ communauté
	6 à 10 ans	10 à 24 ans	CSPS /CM	CHR/CMA/ CHU ou CHN	DSF	DPS et Programme tabac	DLM/ santé mentale	DPV	DN					
Promotion des bonnes habitudes de vie	x	x	x			x				x	x	x	x	x
Promotion des activités physiques et sportives	x	x	x			x					x	x	x	x
PF au niveau communautaire + DBC		x	x		x	x								x
Vaccination (tétanos, HPV)	x	x	x					x						x
Supplémentation en Iode	x	x	x			x			x					x
Supplémentation en Zinc	x	x	x			x			x					x
Supplémentation en Vitamine A	x	x	x			x			x					x
Déparasitage	x	x	x			x	x		x					x
Communication sur la puériculture	x	x	x			x			x	x				x
Alcool test aux usagers de la circulation		x	x	x									x	
Soins curatifs														
PF Clinique		x	x	x										x
Consultation prénatale recentrée		x	x	x	x									x
SONUB		x	x	x	x									x
SONUC		x		x	x									x
Consultation post natale		x	x	x	x									x
SAA		x	x	x	x									x
Prise en charge des conséquences des avortements		x	x	x	x					x	x	x		x
Prise en charge des grossesses extra-utérines		x		x	x									x
Alcool test (urgences chirurgicales)		x	x	x										x
Dépistage des IST		x	x	x										x
Dépistage du VIH/SIDA	x	x	x	x										x
Dépistage des cas de cancer de col de l'utérus		x	x	x										x
Dépistage des tumeurs du sein		x	x	x	x									

Interventions	Cibles primaires		Ministère de la santé							Action sociale	Services en charge de la jeunesse	Enseignements secondaire et supérieur et MENA	Administration territoriale	Famille/ communauté
	6 à 10 ans	10 à 24 ans	CSPS /CM	CHR/CMA/ CHU ou CHN	DSF	DPS et Programme tabac	DLM/ santé mentale	DPV	DN					
ARV aux adolescents et jeunes VIH+	x	x	x	x										x
PEC de l'addiction aux substances nocives (alcool, tabac et drogue)		x	x	x						x			x	x
Réparation des séquelles de mutilations génitales		x	x	x						x				x
PEC des cas violentés et des cas d'abus sexuels		x	x	x						x			x	x
PEC des troubles mentaux	x	x	x	x						x			x	x
PEC des accidentés de la route	x	x	x	x						x			x	x
Chirurgie essentielle aux adolescents et aux jeunes	x	x	x	x										
Coordination, suivi, évaluation, données sur la santé des adolescents et les jeunes														
Données de routine	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Données d'enquête	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Réunions de coordination	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Recherche	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

5.2.3 Indicateurs

Il sera réalisé une étude base en 2015.

Tableau 4. Indicateurs par thématique

Sexualité et source d'information sur la sexualité, les grossesses non désirées et/ou précoces, les avortements, l'infection à VIH/SIDA, l'hygiène et l'alimentation chez les adolescents et des jeunes

Indicateurs	Définition	Mécanisme de collecte	Lieux de collecte	Observations
Age des premiers rapports sexuels		EDS	INSD	• 2016 et 2020
Age moyen au mariage		EDS	INSD	• 2016 et 2020
Proportion d'adolescents et de jeunes qui ont été excisées ou circoncis	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeunes qui ont été excisées ou circoncis</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur doit être ventilé les femmes excisées ont bénéficié d'une chirurgie réparatrice et être au courant de cela par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans 	EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016 • 2020

<p>Proportion d'adolescents et de jeunes qui savent où trouver de l'information pour éviter une grossesse non désirée</p>	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeunes qui savent où trouver de l'information sur la lutte contre les grossesses non désirées et/ou précoces et les avortements</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans • Cet indicateur doit être ventilé par type: <ul style="list-style-type: none"> -d'établissement formel ou non formel: -d'établissement premier cycle, second cycle, supérieur: -milieu informel • Cet indicateur doit être ventilé par lieu d'information: <ul style="list-style-type: none"> -auprès des parents -auprès des enseignants -centre de santé -centre jeunes -infirmerie d'école/établissement -associations/ONG 	<p>EDS</p>	<p>INS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2016 • 2020
---	--	------------	------------	--

<p>Proportion d'adolescents et de jeunes qui connaissent la contraception d'urgence et savent où trouver ce service</p>	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeunes qui connaissent la contraception d'urgence et savent trouver ce service</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans • Cet indicateur doit être ventilé par type: <ul style="list-style-type: none"> -d'établissement formel ou non formel: -d'établissement premier cycle, second cycle, supérieur: -milieu informel • Cet indicateur doit être ventilé par lieu d'information: <ul style="list-style-type: none"> -auprès des parents -auprès des enseignants -centre de santé -centre jeunes -infirmerie d'école/établissement -associations/ONG 	EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016 • 2020
<p>Proportion d'adolescents et de jeunes qui savent où trouver de l'information sur l'infection à VIH/SIDA condom</p>	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeunes qui savent où trouver de l'information sur l'infection à VIH/SIDA</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans • Cet indicateur doit être ventilé par type: <ul style="list-style-type: none"> -d'établissement formel ou non formel: -d'établissement premier cycle, second cycle, supérieur: -milieu informel • Cet indicateur doit être ventilé par lieu d'information: <ul style="list-style-type: none"> -auprès des parents -auprès des enseignants -centre de santé -centre jeunes -infirmerie d'école/établissement -associations/ONG 	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
		EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016 • 2020

Proportion d'adolescents et de jeunes qui connaissent au moins trois méthodes de prévention contre les IST/VIH dont le condom	Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeunes qui connaissent au moins trois méthodes de prévention contre les IST/VIH dont le condom Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans • Cet indicateur doit être ventilé par type: <ul style="list-style-type: none"> -d'établissement formel ou non formel: -d'établissement premier cycle, second cycle, supérieur: -milieu informel • Cet indicateur doit être ventilé par lieu d'information: <ul style="list-style-type: none"> -auprès des parents -auprès des enseignants -centre de santé -centre jeunes -infirmerie d'école/établissement -associations/ONG 	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
		EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016 • 2020
Proportion d'adolescents et de jeunes qui utilisent le condom	Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeunes qui utilisent le condom Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans • Cet indicateur doit être ventilé par type: <ul style="list-style-type: none"> -d'établissement formel ou non formel: -d'établissement premier cycle, second cycle, supérieur: -milieu informel • Cet indicateur doit être ventilé par lieu d'information: <ul style="list-style-type: none"> -auprès des parents -auprès des enseignants -centre de santé -centre jeunes -infirmerie d'école/établissement -associations/ONG 	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
		EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016 • 2020
Proportion d'adolescents et de jeunes qui	Numérateur:	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015

utilisent la double protection	<p>Nombre d'adolescents et de jeunes qui utilisent la double protection</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans • Cet indicateur doit être ventilé par type: <ul style="list-style-type: none"> -d'établissement formel ou non formel: -d'établissement premier cycle, second cycle, supérieur: -milieu informel • Cet indicateur doit être ventilé par lieu d'information: <ul style="list-style-type: none"> -auprès des parents -auprès des enseignants -centre de santé -centre jeunes -infirmerie d'école/établissement -associations/ONG 			<ul style="list-style-type: none"> • en 2017 ou 2018 • et en 2020
		EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016 • 2020
Proportion d'adolescents et de jeunes qui ont été sensibilisés sur l'hygiène sexuelle et corporelle	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeunes qui ont été sensibilisés sur l'hygiène</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 6-10 ans, 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans 	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
		EICVM	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016
Proportion d'adolescents et de jeunes qui savent où trouver de l'information sur l'alimentation	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeunes qui savent où trouver de l'information sur l'alimentation</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 6-10 ans, 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans 	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
		EICVM	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016
Proportion d'adolescents et de jeunes qui ont été sensibilisés sur l'alimentation	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeunes qui ont été sensibilisés sur l'alimentation</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes</p> <p>Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 6-10 ans, 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans</p>	EICVM		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
		EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016

Grossesses non désirées et/ou précoces et avortements provoqués sein des adolescents et des jeunes

Indicateurs	Définition	Mécanisme de collecte	Lieux de collecte	Observations
Pourcentage de grossesses non désirées et/ou précoces déclarées dans les formations sanitaires	<p>Numérateur: Nombre de femmes/filles enceintes de 10 à 24 ans et qui disent que la grossesse est non souhaitée</p> <p>Dénominateur: Nombre total de femmes/filles enceintes de 10 à 24 ans vues pour la première fois en CPN Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans; moins de 18 ans (grossesses précoces); plus de 35 ans (grossesses tardives).</p>	Routine	CSPS CM ONG/Associations	<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
		EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016
Pourcentage de grossesses non désirées et/ou précoces déclarées dans établissements formels et non formels Formel: scolarisés Non formel: alphabétisé	<p>Numérateur: Nombre de femmes/filles enceintes de 10 à 24 ans d'un établissement formel et non formel et qui disent que la grossesse est non souhaitée</p> <p>Dénominateur: Nombre total de femmes/filles enceintes de 10 à 24 ans d'un établissement formel et non formel Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans; moins de 18 ans (grossesses précoces) ; plus de s 35 ans (grossesses tardives). Cet indicateur doit être ventilé par type: -d'établissement formel ou non formel: -d'établissement premier cycle, second cycle, supérieur:</p>	Routine	<ul style="list-style-type: none"> • Etablissements -du premier cycle • -du second cycle • -du supérieur • Etablissements non formels 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d'activités • Bilan annuel
		EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016
		Enquêtes		<ul style="list-style-type: none"> • 2015
Pourcentage de femmes de 10 à 24 ans ayant eu un avortement provoqué déclaré dans les formations sanitaires	<p>Numérateur: Nombre de femmes de 10 à 24 ans ayant eu un avortement provoqué déclaré dans les formations sanitaires</p> <p>Dénominateur: Nombre total de grossesses non désirées et/ou précoces déclarées dans les formations sanitaires de 10 à 24 ans vues en CPN1 Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentage pour les hommes et les femmes et doit être ventilé par groupes d'âge : 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans</p>	Routine	CSPS CM ONG/Associations	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d'activités • Bilan annuel
		EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016
		Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 et en 2020
Ratio d'avortements provoqués chez les	Numérateur:	Routine	CSPS	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel

jeunes filles (nombre d'avortement provoqués /nombre de jeunes filles (10-24 ans)	<p>Nombre de femmes de 10 à 24 ans ayant eu un avortement provoqué</p> <p>Dénominateur: Nombre total de grossesses non désirées et/ou précoces de 10 à 24 ans</p> <p>Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentage pour les hommes et les femmes et doit être ventilé par groupes d'âge : 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans</p>		CM ONG/Associations	d'activités • Bilan annuel
		EDS	INSD	• 2016
		Enquête		• 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Pourcentage d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur la lutte contre les grossesses non désirées et/ou précoces et les avortements provoqués	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur la lutte contre les grossesses non désirées et/ou précoces et les avortements provoqués</p> <p>Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes</p>	Routine	CSPS CM ONG/Associations	• Rapport mensuel d'activités • Bilan annuel
		Enquête		• en 2017 ou 2018 • et en 2020
Pourcentage d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur la double protection	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur la double protection</p> <p>Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes</p>	Routine	CSPS CM ONG/Associations	• Rapport mensuel d'activités • Bilan annuel
		Enquête		• en 2017 ou 2018 • et en 2020
Pourcentage d'adolescents et des jeunes sous contraception moderne (courte ou longue durée)	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et des jeunes sous contraception moderne (courte ou longue durée)</p> <p>Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes enquêtés</p>	EDS	INSD	• 2016 • 2020

Tabagisme au sein des adolescents et des jeunes

Indicateurs	Définition	Mécanisme de collecte	Lieux de collecte	Observations
Pourcentage de jeunes consommateurs actuels de tabac	<p>Numérateur: Nombre de consommateurs actuels de tabac</p> <p>Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentage pour les hommes et les femmes et doit être 	<p>Enquête STEPS,</p> <p>Enquête annuelle de consommation du tabac chez les jeunes</p>	National	<ul style="list-style-type: none"> 2018 et en 2020

	ventilé par groupes d'âge : moins de 10 ans, 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans			
Pourcentage d'adolescents et de jeunes ayant consommé du tabac avant l'âge légal d'alcool	Nombre d'adolescents et de jeunes ayant consommé du tabac avant l'âge légal d'alcool / Nombre des adolescents et des jeunes	Enquête STEPS, Enquête annuelle de consommation du tabac chez les jeunes	National	<ul style="list-style-type: none"> • 2018 • et en 2020
Pourcentage d'anciens consommateurs de tabac	Numérateur: Nombre d'anciens consommateurs de tabac Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes	Enquête STEPS, Enquête annuelle de consommation du tabac chez les jeunes	National	<ul style="list-style-type: none"> • 2018
Pourcentage de tabagisme passif		Enquête STEPS, Enquête annuelle de consommation du tabac chez les jeunes	National	<ul style="list-style-type: none"> • et en 2020
Pourcentage d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur le tabagisme	Numérateur: Nombre d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur le tabagisme Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes	Routine	CSPS ONG/Associations	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d'activités • Bilan annuel
		Enquête	DPS	<ul style="list-style-type: none"> • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Taux de mortalité au sein d'adolescents et des jeunes dû au tabagisme dans la population	Numérateur: Nombre total de décès d'adolescents et des jeunes imputable au tabagisme Dénominateur: Nombre total de décès dans la population	Enquête	DPS	<ul style="list-style-type: none"> • en 2015 • et en 2020

Alcoolisme au sein des adolescents et des jeunes

Indicateurs	Définition	Mécanisme de collecte	Lieux de collecte	Observations
Pourcentage de jeunes consommateurs actuels d'alcool	Numérateur: Nombre de consommateurs actuels d'alcool Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Pourcentage d'adolescents et de jeunes ayant consommé de l'alcool avant l'âge légal d'alcool	Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeunes ayant consommé de l'alcool avant l'âge légal d'alcool Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Pourcentage d'anciens consommateurs de d'alcool	Numérateur: Nombre d'anciens consommateurs d'alcool Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes	Enquête	DPS	<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Pourcentage d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur l'alcoolisme	Numérateur: Nombre d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur l'alcoolisme Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes	Routine	CSPS CM ONG/Associations	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d'activités • Bilan annuel
		Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Taux de mortalité au sein d'adolescents et des jeunes dû à l'alcoolisme dans la population	Numérateur: Nombre total de décès d'adolescents et des jeunes imputable à l'alcoolisme Dénominateur: Nombre total de décès dans la population	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • en 2015 • et en 2020
Proportion des accidentés adolescents/jeunes ayant bénéficié d'un test d'alcoolémie élevée	Numérateur : nombre d'adolescents/jeunes accidentés ayant bénéficié d'un test d'alcoolémie Dénominateur : nombre d'adolescents/jeunes accidentés	Enquête	CSPS CM Service des Urgences	<ul style="list-style-type: none"> • en 2017 ou 2018 • et en 2020

Consommation de drogues illicites au sein des adolescents et des jeunes

Indicateurs	Définition	Mécanisme de collecte	Lieux de collecte	Observations
Pourcentage de jeunes consommateurs actuels de drogues illicites*	Numérateur: Nombre de consommateurs actuels de drogues illicites Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Pourcentage d'anciens consommateurs de drogues illicites	Nombre d'anciens consommateurs de drogues illicites Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Pourcentage d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur les drogues illicites	Numérateur: Nombre d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur les drogues illicites Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes	Routine	CSPS CM ONG/Associations	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d'activités • Bilan annuel
		Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • en 2017 ou 2018 • et en 2020

NB: *Tenir compte de la dosimétrie

Infection à VIH et les IST au sein des adolescents et des jeunes

Indicateurs	Définition	Mécanisme de collecte	Lieux de collecte	Observations
Pourcentage d'adolescents et de jeunes connaissant leur statut sérologique	Numérateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes connaissant leur statut sérologique Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
		EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016
Pourcentage total d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur le VIH/SIDA	Numérateur: Nombre total d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur le VIH/SIDA Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes	Routine	CSPS CM ONG/Associations	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d'activités • Bilan annuel
		Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Proportion de jeunes et adolescents dépistés et PEC pour IST	Numérateur: Nombre total d'adolescents et des jeunes dépistés et PEC pour IST Dénominateur:	Routine	CSPS CM CMA	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d'activités • Bilan annuel

	Nombre des adolescents et des jeunes		CHR CHN/CHU Structure privées ONG/Associations	
Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	<p>Numérateur: Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal dont le test de dépistage du VIH indique qu'elles sont séropositives</p> <p>Dénominateur: Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal ayant subi un test de dépistage du VIH.</p> <p>NB: Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes pour que l'on puisse suivre les changements dans le temps. Il faut également, lorsque cela est possible, indiquer le pourcentage de femmes âgées de 15 à 24 ans qui vivent dans la capitale, dans d'autres zones urbaines et en milieu rural pour permettre d'établir des estimations nationales, le cas échéant.</p>	EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016 •
Pourcentage des jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans qui tous identifient les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les importantes idées fausses concernant la transmission du VIH	<p>Numérateur: Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont donné des réponses correctes à toutes les cinq questions</p> <p>Dénominateur: Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont répondu y compris en disant « ne sais pas », à toutes les cinq questions. Les résultats des indicateurs sont requis pour toutes les personnes interrogées et devraient être ventilés par sexe et par groupe d'âge (15-19 et 20-24).</p>	EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016
		Enquêtes CAP		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Pourcentage des femmes enceintes qui fréquentent des centres de soins prénatals qui ont été testées pour le VIH et qui connaissent leurs résultats	<p>Numérateur: Nombre de femmes enceintes de 10-24 ans qui fréquentent des centres de soins prénatals qui ont été testées pour le VIH au cours des douze derniers mois et qui connaissent les résultats.</p> <p>Dénominateur: Nombre total de femmes enceintes de 10-24 ans qui se sont</p>	EDS		<ul style="list-style-type: none"> • 2016
		Routine	CSPS CM CMA CHR CHN/CHU Structure privées	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d'activités • Bilan annuel

	rendues dans des centres de soins prénatals au cours des douze derniers mois.		ONG/Associations	
Pourcentage de femmes et d'hommes de 10 à 24ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Numérateur: Nombre de répondants de 10 à 24 ans ayant subi le test VIH et qui en connaissent le résultat Dénominateur: Nombre total des répondants de 15 à 24 ans. Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentage pour les hommes et les femmes et doit être ventilé par groupes d'âge : 15 - 19 ans, 20 - 24 ans Le dénominateur inclut les répondants qui n'ont jamais entendu parler du VIH ou du sida.	EDS	INSD	• 2016
		Enquête CAP		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Pourcentage de femmes et d'hommes de 10 à 24 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des derniers 12 mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Numérateur: Nombre de personnes de 10 à 24 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel. Dénominateur: Nombre de personnes de 10 à 24 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois. L'indicateur doit faire la distinction entre les pourcentages relatifs aux femmes et aux hommes et être ventilé par groupes d'âge (15-19 ans, 20-24 ans).	EDS	INSD	• 2016
		Enquête CAP		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 6 à 24 ans	Numérateur: Nombre total des nouveaux cas enregistrés (enregistrés au cours d'une période de temps donnée) qui sont séropositifs Dénominateur: Nombre total les jeunes âgés de 6 à 24 ans Devrait être collecté systématiquement par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. Les sources de données incluent les données de routine.	Routine	CSPS CM CMA CHR CHN/CHU Structure privées ONG/Associations	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport trimestriel d'activités • Bilan annuel

Cancer du col de l'utérus et des seins au sein des adolescents et des jeunes

Indicateurs	Définition	Mécanisme de collecte	Lieux de collecte	Observations
Pourcentage d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur le cancer du col de l'utérus	<p>Numérateur: Nombre total d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur le cancer du col de l'utérus</p> <p>Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes</p>	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
		Routine	CSPS CM Structure privées ONG/Associations	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d'activités • Bilan annuel
		EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016
Pourcentage total d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur le cancer des seins	<p>Numérateur: Nombre total d'adolescents et des jeunes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur le cancer des seins</p> <p>Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes</p>	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
		EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016
Pourcentage de femmes de 15 à 24 ans ayant bénéficié d'un dépistage du cancer de l'utérus	<p>Numérateur: Nombre de répondants de 15 à 24 ans ayant subi le test de dépistage du cancer du col de l'utérus et qui en connaissent le résultat</p> <p>Dénominateur: Nombre total des répondants de 15 à 24 ans Le dénominateur inclut les répondants qui n'ont jamais entendu parler du cancer de l'utérus</p>	EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016
		Enquête CAP		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Pourcentage de femmes de 15 à 24 ans ayant bénéficié d'un dépistage du cancer des seins	<p>Numérateur: Nombre de répondants de 15 à 24 ans ayant subi le test de dépistage du cancer du cancer des seins et qui en connaissent le résultat</p> <p>Dénominateur : Nombre total des répondants de 15 à 24 ans Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentage pour les hommes et les femmes et doit être ventilé par groupes d'âge : 15 – 19 ans, 20 – 24 ans – Le dénominateur inclut les répondants qui n'ont</p>	EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016
		Enquête CAP		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020

	jamais entendu parler du cancer des seins			
Proportion de filles de 10 –24 ans qui pratiquent l’auto palpation mammaire	Numérateur: Nombre de filles de 10 –24 ans qui pratiquent l’auto palpation mammaire Dénominateur : Nombre total filles de 10 –24 ans	Enquête CAP		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
% de jeunes filles vaccinées contre HPV	Numérateur: Nombre de répondants de 9 à 14 ans ayant subi le test de dépistage du cancer du cancer des seins et qui en connaissent le résultat Dénominateur: Nombre total des répondants de 9 à 24 ans Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentage pour les hommes et les femmes et doit être ventilé par groupes d’âge : 15 - 19 ans, 20 - 24 ans et 25 - 49 ans Le dénominateur inclut les répondants qui n’ont jamais entendu parler du cancer des seins	EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016 •
		Enquête CAP		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
		Routine	CSPS CM CMA CHR CHN/CHU Structure privées ONG/Associations	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d’activités • Bilan annuel
Pourcentage de femmes de 15 à 24 ans ayant bénéficié d’un dépistage du cancer de l’utérus dans les formations sanitaires	Numérateur: Nombre de femmes de 15 à 24 ans ayant subi le test de dépistage du cancer du col de l’utérus et qui en connaissent le résultat dans les formations sanitaires Dénominateur: Nombre total des femmes de 15 à 24 ans ayant consulté dans les formations sanitaires Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentage pour les hommes et les femmes et doit être ventilé par groupes d’âge : 15 - 19 ans, 20 - 24 ans	Routine	CSPS CM CMA CHR CHN/CHU Structure privées ONG/Associations	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d’activités • Bilan annuel
Pourcentage de femmes de 15 à 24 ans ayant bénéficié d’un dépistage du cancer des seins dans les formations sanitaires	Numérateur: Nombre de femmes de 15 à 24 ans ayant subi le test de dépistage du cancer des seins et qui en connaissent le résultat dans les formations sanitaires Dénominateur: Nombre total des femmes de 15 à 24 ans ayant consulté dans les formations sanitaires Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentage pour les hommes et les femmes et doit être ventilé par groupes d’âge : 15 - 19 ans, 20 - 24 ans	Routine	CSPS CM CMA CHR CHN/CHU Structure privées ONG/Associations	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d’activités • Bilan annuel

Maladies non transmissibles chez les adolescents et des jeunes (anticiper le futur)

Indicateurs	Définition	Mécanisme de collecte	Lieux de collecte	Observations
Pourcentage d'adolescents et de jeunes ayant bénéficié d'un dépistage du diabète	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeunes ayant bénéficié d'un dépistage du diabète et qui en connaissent le résultat</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans et 25 - 49 ans</p>	Enquête STEPS	MS/INSD	• 2018
		Enquête		• 2015 • en 2017 ou 2018 et en 2020
Pourcentage d'adolescents et de jeunes ayant bénéficié d'un dépistage de l'Hypertension artérielle	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeunes ayant bénéficié d'un dépistage de l'Hypertension artérielle et qui en connaissent le résultat</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans et 25 - 49 ans</p>	Enquête STEPS	MS/INSD	• 2018
		Enquêtes		• 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Pourcentage d'adolescents et de jeunes pratiquant de l'activité physique et sportive en dehors des classes/écoles	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeunes pratiquant de l'activité physique et sportive en dehors des classes/écoles</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans et 25 - 49 ans</p>	Enquête STEPS	MS/INSD	• 2018
		Enquêtes		• 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020

<p>Proportion des accidents de la voie publique chez les adolescents et les jeunes</p>	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeune ayant eu un accident de la route</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans et 25 - 49 ans • Cet indicateur doit être ventilé par résultats du test d'alcool: <ul style="list-style-type: none"> -avec test alcool positif -avec test alcool négatif • Cet indicateur doit être ventilé par résultats du test drogue: <ul style="list-style-type: none"> -avec test drogue positif -avec test drogue négatif 	<p>Routine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Services de chirurgie des structures publiques • Services de chirurgie des structures privées • Services de police • Sapeurs-pompier 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d'activités • Bilan annuel
<p>Pourcentage d'adolescents et de jeunes victimes d'un accident de la route mortel</p> <p>Proportion des accidents mortels de la voie publique chez les jeunes</p>	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeunes ayant eu un accident de la route mortel</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes ayant un accident de la route</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans et 25 - 49 ans • Cet indicateur doit être ventilé par résultats du test d'alcool: <ul style="list-style-type: none"> -avec test alcool positif -avec test alcool négatif • Cet indicateur doit être ventilé par résultats du test drogue: <ul style="list-style-type: none"> -avec test drogue positif -avec test drogue négatif 	<p>Routine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Services de chirurgie des structures publiques • Services de chirurgie des structures privées • Services de police • Sapeurs-pompier 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d'activités • Bilan annuel
<p>Pourcentage d'adolescents et de jeunes ayant au moins un trouble mental</p> <p>Prévalence des troubles mentaux chez les jeunes</p>	<p>Numérateur: Nombre d'adolescents et de jeunes pratiquant de l'activité physique et sportive en dehors des classes/écoles</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 4-10ans, 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans et 25 - 49 ans 	<p>Routine</p>	<p>CSPS CM CMA CHR CHN/CHU Structure privées ONG/Associations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d'activités • Bilan annuel

Considérations sociales, accompagnement au sein des adolescents et des jeunes

Indicateurs	Définition	Mécanisme de collecte	Lieux de collecte	Observations
Pourcentage d'adolescents et de jeunes ayant subi au moins un abus sexuel (viols)	<p>Numérateur: Nombre total d'adolescents et des jeunes ayant subi au moins un abus sexuel (viols)</p> <p>Dénominateur: Nombre des adolescents et des jeunes</p>	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
		Routine	CSPS CM CHR CHU/CHN Structure privées ONG/Associations Police Gendarmerie Action sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mensuel d'activités • Bilan annuel
		EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016
Age moyen des abus sexuels (viols)		Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
		EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016
Pourcentage d'adolescents et des jeunes ayant volontairement pratiqué des rapports sexuels pour de l'argent	<p>Numérateur: Nombre total d'adolescents et des jeunes ayant volontairement pratiqué des rapports sexuels contre de l'argent</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans • Cet indicateur doit être ventilé par type: <ul style="list-style-type: none"> -d'établissement formel ou non formel: -d'établissement premier cycle, second cycle, supérieur: -milieu informel 	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
		EDS	INSD	<ul style="list-style-type: none"> • 2016
Pourcentage d'adolescents et des jeunes ayant eu une interaction avec les parents	<p>Numérateur: Nombre total d'adolescents et des jeunes ayant eu une</p>	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> • 2015 • en 2017 ou 2018

sur les thèmes de la sexualité, du tabagisme, de l'infection VIH/SIDA, de la drogue et de l'alcool	interaction avec les parents sur les thèmes de la sexualité, du tabagisme, de l'infection VIH/SIDA, de la drogue et de l'alcool Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes Cet indicateur doit être ventilé par groupes d'âge: 10 - 14 ans, 15 - 19 ans, 20 - 24 ans	EDS	INSD	• et en 2020 • 2016
		Enquête		• 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Pourcentage d'adolescents et des jeunes ayant eu un handicap	Numérateur: Nombre total d'adolescents et des jeunes ayant un handicap Dénominateur: Nombre total d'adolescents et de jeunes			

Indicateurs spécifiques pour les enfants de 6-9 ans

Indicateurs	Définition	Mécanisme de collecte	Lieux de collecte	Observations
Pourcentage d'enfants de 6-9 ans ayant été objet de pratiques traditionnelles nocives	Numérateur: Nombre d'enfants de 6-9 ans ayant été objet de pratiques traditionnelles nocives Dénominateur: Nombre total d'enfants de 6-9 ans	Enquête		• 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Pourcentage d'enfants de 6-9 ans ayant été objet de violences faites aux enfants, le trafic, le travail et les pires formes de travail des enfants surtout sur les sites miniers	Numérateur: Nombre d'enfants de 6-9 ans ayant été objet de violences faites aux enfants, le trafic, le travail et les pires formes de travail des enfants surtout sur les sites miniers Dénominateur: Nombre total d'enfants de 6-9 ans	Enquête		• 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020
Pourcentage d'enfants de 6-9 ans ayant été vaccinés contre : <ul style="list-style-type: none"> • le tétanos (rappel) • le papillomavirus humain (HPV) par les parents et/ou en stratégie nationale • la méningite par les parents et/ou en stratégie nationale • l'hépatite B par les parents et/ou en stratégie nationale (rappel) 	Numérateur: Nombre d'enfants de 6-9 ans ayant été vaccinés <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur doit être ventilé par type: <ul style="list-style-type: none"> ✓ le tétanos (rappel) ✓ le papillomavirus humain (HPV) par les parents et/ou en stratégie nationale ✓ la méningite par les parents et/ou en stratégie nationale ✓ l'hépatite B par les parents et/ou en stratégie nationale (rappel) 	Enquête		• 2015 • en 2017 ou 2018 • et en 2020

<ul style="list-style-type: none"> la Rubéole et les oreillons (rappel) 	<p>la Rubéole et les oreillons (rappel)</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de 6-9 ans</p>			
<p>Pourcentage d'enfants de 6-9 ans ayant bénéficié de déparasitage systématique des enfants par les parents et/ou en stratégie par le ministère de la santé</p>	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de 6-9 ans ayant bénéficié de déparasitage systématique des enfants par les parents et/ou en stratégie nationale</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de 6-9 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> Cet indicateur doit être ventilé par type: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Déparasitage par les parents ✓ Stratégie par le ministère de la santé 	Routine	CSPS CM ONG/Associations	<ul style="list-style-type: none"> Rapport mensuel d'activités Bilan annuel
		Enquête		<ul style="list-style-type: none"> en 2015 en 2017 ou 2018 et en 2020
<p>Pourcentage d'enfants de 6-9 ans ayant bénéficié d'un dépistage des carences en micronutriments et contre l'anémie</p>	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de 6-9 ans ayant bénéficié de dépistage des carences en micronutriments et contre l'anémie</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de 6-9 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> Cet indicateur doit être ventilé par type: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Carences en micronutriments ✓ Anémie 	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> en 2015 en 2017 ou 2018 et en 2020
<p>Pourcentage d'enfants de 6-9 ans ayant bénéficié d'un dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ des pathologies contagieuses (tuberculose, varicelles, oreillons, VIH/SIDA) ✓ des pathologies non contagieuses (drépanocytose, diabète, HTA, bilharziose.....) ✓ des cardiopathies rhumatismales ✓ et le suivi du développement psychomoteur et staturo-pondéral 	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de 6-9 ans ayant bénéficié d'un dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> des pathologies contagieuses (tuberculose, varicelles, oreillons, VIH/SIDA) des pathologies non contagieuses (drépanocytose, diabète, HTA, bilharziose.....) des cardiopathies rhumatismales et le suivi du développement psychomoteur et staturo-pondéral <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de 6-9 ans</p>	Enquête		<ul style="list-style-type: none"> en 2017 ou 2018 et en 2020
		Routine	CSPS CM CHR CHU/CHN Structure privées ONG/Associations Action sociale	<ul style="list-style-type: none"> Rapport mensuel d'activités Bilan annuel

VI. BUDGET PREVISIONNEL DU PLAN

6.1. Financement du plan

Le financement du plan stratégique de la santé des jeunes (2015-2020) sera assuré par le budget de l'Etat ainsi que les partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Il sera tenu une table ronde des bailleurs après l'élaboration du plan de mise en œuvre du PSSAJ.

6.2. Description du cadrage financier du Plan stratégique de la santé des adolescents et des jeunes (PSSAJ)

Le cadrage financier ou l'estimation du coût du plan stratégique de la santé des jeunes s'est fait à l'aide de l'outil Onehealth et a consisté à estimer le coût sur la base des axes d'intervention définies dans ledit plan.

L'outil Onehealth est un outil de planification et de budgétisation des coûts développé par les partenaires de l'IHP+ pour appuyer les décisions politiques en matière de santé publique et d'accompagnement de recherche par la facilitation des costings des plans à court et moyen terme pour les services de santé.

Pour la réalisation du costing du PSSAJ, le travail a consisté au paramétrage de l'outil pour prendre en compte les axes d'intervention et les actions prioritaires définies. Aussi, il a été question de l'introduction des inputs nécessaires pour l'amélioration de la santé des jeunes.

Le multiplicateur de 0,03 représentant le taux d'inflation maximum parmi les critères de convergence des pays membres de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) a été retenu pour tenir compte de l'inflation des prix observée chaque année.

6.3. Résumé des coûts du plan

6.3.1 Coûts totaux

Le coût total du PSSJ (2015-2020) est estimé à **quatre vingt huit milliard quatre cent soixante dix huit million vingt quatre mille neuf cent soixante six francs (88 478 024 966) FCA**, soit en moyenne **14 746 337 494 de FCFA** par an. Ce coût est particulièrement dominé par le coût de l'axe 2 « **Renforcement de l'offre de soins et des services de santé de qualité** » qui constitue 28 % du financement total de ce plan. Cela s'explique par l'importance des actions prioritaires définies dans cet axe.

6.3.2 Coûts par axe d'intervention stratégique

La figure 1, ci-dessous, montre que l'axe 2 relative au « **Renforcement de l'offre de soins et des services de santé de qualité** » consomme 81,5 % des ressources totales du plan. L'axe 4 « Renforcement du suivi, de l'évaluation et de la recherche », l'axe 3 « Amélioration de la coordination intra sectorielle, de la collaboration extra sectorielle et du partenariat » et l'axe 1 « Promotion des comportements à moindre risque (lutte contre le tabagisme, alcoolisme, le VIH/SIDA, les grossesses non désirées, la consommation de drogues illicites...) » suivent ensuite avec respectivement 10,1 %, 4,1 % et 3 % des ressources.

Les deux autres axes occupent ensemble les 1,3 % restant du coût estimatif. Ces axes sont:

- Axe 5: Renforcement du financement de la santé en faveur de la santé des adolescents et des jeunes (0,5 %) ;
- Axe 6: Axe 6 : Promotion d'un environnement social et juridique en faveur de la santé des adolescents et des jeunes (0,8 %).

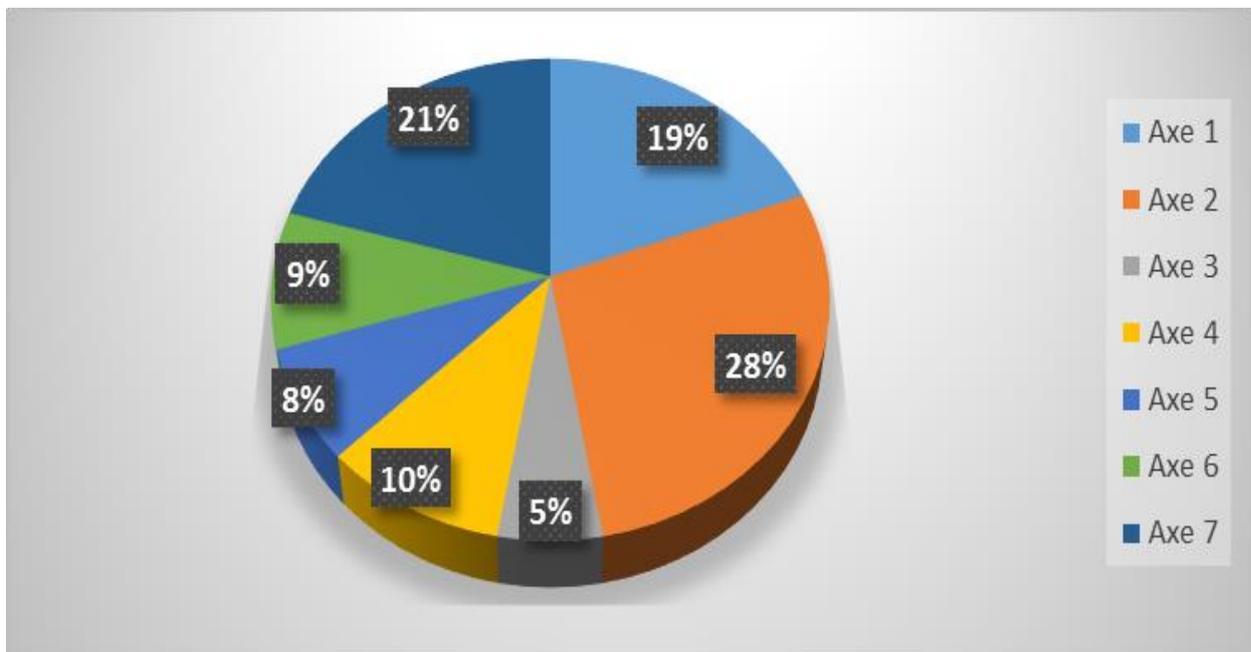


Figure 1. Répartition des ressources par axe

Le tableau 5, ci-dessous, donne le détail des coûts estimatifs par axe d'intervention et par an.

Tableau 5. Répartition des ressources par axe et par an

AXES	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Axe 1: Promotion des comportements à moindre risque (lutte contre le tabagisme, alcoolisme, le VIH/SIDA, les grossesses non désirées, la consommation de drogues illicites...)	2 559 805 535	2 632 903 141	2 764 548 298	2 846 535 369	2 988 862 138	3 287 748 351	17 080 402 832
Axe 2: Renforcement de l'offre de soins et des services de santé de qualité	3 656 161 752	3 820 689 031	4 011 723 482	4 130 708 083	4 337 243 487	4 770 967 835	24 727 493 670
Axe 3: Amélioration de la coordination intra sectorielle, de la collaboration extra sectorielle et du partenariat	723 814 511	756 386 164	794 205 472	817 765 811	858 654 101	944 519 511	4 895 345 570
Axe 4: Renforcement du suivi, de l'évaluation et de la recherche	1 287 569 405	1 344 884 303	1 411 433 268	1 452 979 365	1 524 933 083	1 676 035 892	8 697 835 315
Axe 5: Renforcement du financement de la santé en faveur de la santé des adolescents et des jeunes	991 697 415	1 036 323 799	1 088 139 989	1 120 404 437	1 176 424 659	1 294 067 125	6 707 057 425
Axe 6: Promotion d'un environnement social et juridique en faveur de la santé des adolescents et des jeunes	1 203 941 898	1 257 493 559	1 319 672 987	1 358 390 325	1 425 614 591	1 566 785 550	8 131 898 911
Axe 7: Mise en œuvre d'actions prioritaires spécifiques à l'endroit des 6-10 ans	2 697 973 765	2 818 731 235	2 958 944 077	3 046 898 415	3 198 519 615	3 516 924 136	18 237 991 243
Total	13 120 964 281	13 667 411 232	14 348 667 573	14 773 681 805	15 510 251 675	17 057 048 401	88 478 024 966

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INSD, *Recensement général de la Population et de l'Habitat 2006: Rapport général*. Institut National de Statistiques et de la Démographie (INSD), Burkina Faso 2006.
2. INSD, *Recensement général de la Population et de l'Habitat 2006: Projections démographiques 2007-2020*. . 2006, Institut National de Statistiques et de la Démographie (INSD) du Burkina Faso p. 1-69: 15.
3. INSD, *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV), Burkina Faso*. Institut National de Statistiques et de la Démographie (INSD), Burkina Faso 2010.
4. INSD, *Enquête intégrale Burkinabé sur les conditions de vie des ménages (EICVM): Volet Questionnaire Unifié sur les Indicateurs de Bien-être de Base, section menages*. 2010, Institut National de Statistiques et de la Démographie (INSD), Burkina Faso. . p. 1-40.
<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/pr9/pr9.pdf>.
5. OMS, *Stratégie de coopération: un aperçu sur le Burkina Faso*. Organisation mondiale de la Santé, WHO/CCU/14.03/. Mise à jour : mai 2014. , 2014: p. Consulté le 18 septembre 2014.
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_bfa_fr.pdf.
6. Burkina Faso, *Politique Nationale Genre*. Burkina Faso, 2009.
7. MENA, *Annuaire statistique de l'éducation nationale*. Ministère de l'Éducation nationale et de l'alphabétisation (MENA), Burkina Faso, 2012.
8. MS, *Politique nationale de santé*. Ministère de la santé (MS), Burkina Faso, 2010: p. 1-31.
9. UNFPA, *Santé sexuelle et reproductive des adolescents et le VIH/Sida: Les données sur la santé sexuelle des jeunes et le VIH/Sida*. . UNFPA, Burkina Faso, 2014: p. Mis en ligne le: 23/01/2014.
http://countryoffice.unfpa.org/burkinafaso/2014/01/23/8957/sante_sexuelle_et_reproductiv_des_adolescents_et_le_vih_sida/.
10. INSD, *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBFIII), Burkina Faso*. Institut National de Statistiques et de la Démographie (INSD), Burkina Faso, 2003.
11. MS, *Annuaire statistique*. Ministère de la santé, Burkina Faso, 2010.
12. MS, *Politique et normes en matière de santé de la reproduction* Ministère de la santé, Burkina Faso, 2010: p. 1-87: 36.
13. MS, *Plan stratégique de santé des jeunes 2004-2008*. Ministère de la santé, Burkina Faso, 2004: p. 1-48 : 15.
14. Doctissimo, *La santé des ados: Quand les ados prennent des risques*. Site Doctissimo, 2014: p. Consulté le 15 septembre 2014.
http://www.doctissimo.fr/html/sante/ados/index_ados_risques.htm.
15. OMS, *Renforcer l'action du secteur sanitaire en faveur de la santé et du développement des adolescents*. . Organisation mondiale de la santé, WHO/FCH/CAH/10.01 (EFR). , 2009: p. Consulté le 29 septembre 2014.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cah_adh_flyer_2010_12_fr.pdf?ua=1.
16. MS, *Evaluation du Plan stratégique de santé des jeunes (2004-2008): processus de préparation, de mise en œuvre et recommandations (rapport final)*. Ministère de la santé (MS), Burkina Faso. Financement UNFPA, évaluation réalisée par AfricSanté., Août 2014: p. 1-76: 24.
17. BF-ONUSIDA, *Rapport d'activité sur la riposte qu SIDA au Burkina Faso (GARP 2014)*. Burkina Faso et ONUSIDA, 2014: p. 1-72: 33.
http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BFA_narrative_report_2014.pdf.

18. TANTCHOU YAKAM JC, *Santé reproductive des jeunes: une revue critique de la littérature. ITM-UE*. . 2007, Projet d'Approche Solidaire en Santé Génésique p. 1-17 : 4. <http://www.uonn.org/PASSAGE/Doc%20projet/NORD/PASSAGE-Revue%20de%20la%20litt%C3%A9rature%20socio%20anthropo.pdf>.
19. Bankole A et al, *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso: causes et conséquences*,. Guttmacher Institute, New York, 2013: p. 1-44: 4.
20. UNFPA et Save the Children USA, *Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes en situations de crise humanitaire. Document accompagnant le Manuel de terrain inter-organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*. UNFPA et Save the Children USA, 2009: p. 1-92: 7-8. Consulté le 16 septembre 2014. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/UNFPA_ASRHtoolkit_french.pdf.
21. Mildt, *Nouvelles mesures pour lutter contre la drogue*. Site de la Mildt (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies en France), 2014: p. Consulté le 21 septembre 2014. <http://www.melty.fr/nouvelle-mesure-pour-lutter-la-drogue-actu7536.html>;
22. OMS, *Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020*. . 2011. **OMS-Europe. Comité régional de l'Europe. EUR/RC61/13. Soixante et unième session**. : p. Consulté le 24 septembre 2014. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/148067/RC61_wd13F_Alcohol_111373.pdf.
23. ORSBN, *Les morts prématurées dues à l'alcoolisme*. Observatoire Régional de Santé de Basse Normandie (ORSBN), France. , 2014: p. Consulté le 22 septembre 2014. http://www.oncoprof.net/Generale2000/g02_Prevention/Index/Index_pr30.php.
24. OMS, *Burkina Faso. Alcohol consumption: Levels et patterns* OMS, 2014: p. Consulté le 19 septembre 2014. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/bfa.pdf?ua=1.
25. MS, *Plan stratégique national de lutte antitabac 2009-2013*. Ministère de la santé, Burkina Faso, 2009: p. 1-33: 7.
26. Koueta F, et al., *Facteurs favorisant le tabagisme des élèves à Ouagadougou (Burkina Faso)*. Revue des maladies respiratoires, 2009. **26** (3): p. 291-297.
27. Santé médecine, *Drogue chez les jeunes*. Site Santé médecine, 2014: p. Consulté le 22 septembre 2014. <http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/948-droque-chez-les-jeunes>.
28. OMS, *Centre des médias: Accidents de la route. Organisation mondiale de la santé. Aide-mémoire N°358*. 2013: p. Consulté le 23 septembre 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/fr/>.
29. féminin, S.a., *L'adolescence et ses problèmes: Entretien exclusif avec le Professeur Marcel Rufo*. Site Santé au féminin, 2012: p. Consulté le 16 septembre 2014. <http://sante-az.aufeminin.com/w/sante/s568/bebe-grossesse/adolescence-et-ses-problemes.html>.
30. MS, *Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 2014-2018*. Minisystème de la santé (MS), Burkina Faso, 2013: p. 1-67: 19 . <http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/Burkina%20Faso%20-%20Plan%20Strat%C3%A9gique%20int%C3%A9gr%C3%A9%20de%20lutte%20contre%20les%20maladies%20non%20transmissibles%202014-2018.pdf>.
31. OMS, *La santé pour les adolescents du monde: une deuxième chance pour la deuxième décennie*. . Organisation mondiale de la Santé, Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, Genève, 2014: p. 1-20: 4.

32. OMS, *Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la région africaine de l'OMS: Répondre au défi*. OMS pour l'Afrique, Brazzaville. HEALTH SYSTEMS AND REPRODUCTIVE HEALTH (special issue 14): p. 1-13: 5, 8. Consulté le 24 septembre 2014. <http://www.who.int/sites/default/files/ahm/reports/29/ahm-issue-14-renforcement-systemes-sante.pdf>.
33. Unicef, *Analyse initiale de situation de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) dans le cadre des fonds français MUSKOA au Burkina Faso: Rapport final*. Unicef et Initiatives Conseil International (ICI), 2012: p. Consulté le 22 septembre 2014. 1-50: 39. http://www.unicef.org/bfa/french/analyse_initiale_de_situation_de_la_sante_maternelle_neonatale_et_infantile_au_burkina_faso_2012.pdf.
34. MS, *Etude sur les besoins des centres d'écoute ou espaces de rencontres des adolescent(es) et des jeunes au Burkina Faso. Rapport final*. Direction de la santé et de la famille (DF), Ministère de la santé (MS), Burkina Faso. Eytude réalisée par AFRICSanté et financée par l'UNFPA, Juin 2014: p. 1-102:11.

ANNEXES

Cibles, structures et Paquet minimum de services (PMS) ou d'activités (PMA) par Point de prestation de services (PPS)

Tableau 6. Cibles, structures et Paquet minimum de services (PMS) ou d'activités (PMA) par Point de prestation de services (PPS)

Items	Point de prestation de services (PPS) du niveau centre jeunes et centre d'écoute	Point de prestation de services (PPS) du niveau communautaire
Cibles	Adolescents et jeunes	Adolescents et jeunes, parents, tuteurs, amis, leaders, professionnels
Structures	Centres jeunes, centres de santé (publics, privés, confessionnels), les garnisons, prisons.	Domiciles, marchés, églises, écoles, cases de santé, réunions de coopératives et autres lieux publics, centre d'écoute et de conseil, les espaces café, les clubs de santé, centre d'action socioéducatives, centres culturels, les box de distribution des contraceptifs, auberge de jeunes, centres de vacances...
Paquet minimum de services (PMS) ou d'activités (PMA)	Sensibilisation, conseils en IST et sur le VIH/SIDA, droits humains, drogues, SR/PF, accompagnement des personnes vivant avec le VIH-SIDA, Dépistage volontaire du VIH, Dépistage volontaire de l'hépatite virale B, Dépistage volontaire du cancer du col de l'utérus, contraception, SONU de base, CPoN, PTME, assistance sociale et juridique, diagnostic, sevrage des addictions, délivrance de certificat médical, Traitement ARV, consultation pré-nuptiale (CPN), accouchement eutocique, consultation Postnatale (CPon), dépistage des fistules obstétricales, prise en charge des IST, soins après avortement (SAA), circoncision, prise en charge des victimes des violences sexuelles, examens de laboratoire (prélèvements vaginaux - PV, détection par coloration de gram, Bilan prénatal, GE/FS, glycémie, selles KOP....), vaccination (HPV, HVa et HVb, antitétanique, rougeole), diagnostic et la prise en charge des carences nutritionnelles, prise en charge des victimes des violences sexuelles, prise en charge des cas d'addiction aux substances nocives, soins psychologiques et psychiatriques pour les adolescents et aux jeunes, dépistage et prise en charge des fistules obstétricales, dépistage et prise en charge des mutilations génitales, référence.	Sensibilisation, IEC/CCC, suivi des soins, dépistage, soutien psychosocial, visite à domicile, conseils en Distribution à base communautaire, accompagnement des personnes vivant avec le VIH-SIDA et des victimes de VBG, identification des cas suspects (PFA, MTN...), prise en charge de certaines pathologies (Palu, IRA...) et référence/orientation vers les services de santé.

Analyse des problèmes, goulots d'étranglement, causes, et solutions

Tableau 7. Analyse des problèmes, goulots d'étranglement, causes, et solutions

Problèmes	Goulot d'étranglement	Causes	Conséquences	Solutions
1. La prévalence des IST et de l'infection à VIH chez les adolescents et les jeunes reste élevée		<ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance des moyens de prévention de la maladie • Faible utilisation des moyens de prévention • Comportements à risque • Baisse de la garde en matière de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de recrudescence des IST/VIH • Contribution au maintien de la chaîne de transmission 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'IEC/CCC dans le secteur formel en tenant compte des différents groupes spécifiques • Promotion de l'IEC/CCC dans le secteur non formel en tenant compte des différents groupes spécifiques; • Promotion de l'IEC/CCC dans le secteur informel en tenant compte des différents groupes spécifiques; • Promotions de la double protection • Introduction de l'éducation à la santé, y compris l'éducation sexuelle et la sécurité routière dans les structures d'éducation et de formation • Promotion de la lutte contre les violences et les traumatismes • Promotion du dépistage des IST, du VIH/SIDA et des cancers du col de l'utérus et des seins • Equipement en matériel d'animation, de jeux et de supports d'IEC. • Création d'un site Web d'IEC pour la santé des adolescents et des jeunes • Testing du taux d'alcoolémie lors d'accident de la route au niveau des urgences chirurgicales
2. Les grossesses précoces et/ou non désirées adolescentes et jeunes sont fréquentes		<ul style="list-style-type: none"> • Sexualité précoce • Faible utilisation des méthodes contraceptives • Méconnaissance de la SR • Mariages précoces et/ou forcés • Absence d'intégration de la SR dans les programmes scolaires • Insuffisance de services et approches non adaptés • Insuffisance de coordination 	<ul style="list-style-type: none"> • Cancers du col • Déscolarisations précoces • Décès maternels • Infanticides • Suicides • Fistules • Avortements • Indice de fécondité élevé • Abandons d'enfants 	
3. La consommation (excessive, précoce et répandue) des substances nocives (tabac, alcool, drogue...) est préoccupante		<ul style="list-style-type: none"> • Trafic/Ventes illicites des drogues, d'alcool et tabac • Non respects des règles d'ouverture des débits de boissons • Mimétismes 	<ul style="list-style-type: none"> • Suicides • Agressions • Pratiques sexuelles à risque • Conduite en état d'ivresse • Troubles mentaux • Cancers des poumons et du foie • Hépatopathies • Désocialisation et baisse de la productivité • Nombre de plus en plus élevé des morbidités et des mortalités liées aux maladies non transmissibles • Handicaps, voir les décès, dus aux accidents de la route 	

Problèmes	Goulot d'étranglement	Causes	Conséquences	Solutions
<p>4. L'offre de soins et des services de santé de qualité aux adolescents aux jeunes dans les formations sanitaires est insuffisante.</p>	<p>L'accès des adolescents et des jeunes aux structures de santé n'est pas perçu comme une priorité par les services de santé</p> <p>Faible niveau de qualité des soins et des services</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance d'information des jeunes en dehors de l'école • inégalité/disparité dans la répartition géographique des formations sanitaires et des interventions • Rayon moyen d'action théorique élevé (6,4 Km²) • Coût élevé des prestations • Faible revenu des ménages • Paquets de service incomplets • Niveau élevé des besoins non satisfaits en PF • Absence d'actions de santé spécifiques pour les enfants de 6 à 10 ans • Absence d'actions de santé spécifiques pour le Genre et les handicapés • Faible couverture des populations en assurance maladie • Insuffisance d'éducation sexuelle complète à la maison et à l'école; • facteurs socio culturels néfastes • Insuffisance et inadéquation des infrastructures et équipements • Faible couverture des districts en centres jeunes • Faible fonctionnalité des centres jeunes; • Absence de statut clair et de document de collaboration entre centres jeunes et les équipes cadres de district; • Insuffisance de définition de paquets d'activités définis pour les centres jeunes; • Attitude des prestataires non respectueuse et de jugement • Insuffisance/vétusté de la logistique (motos et voiture de supervision) • Inadéquation de l'information aux besoins des adolescents et des jeunes; • Insuffisance de l'assistance qualifiée lors de la demande de soins et de services de santé • Insuffisance d'offre d'information sur les interventions à haut impact en faveur de la santé • Faible couverture des interventions de sensibilisation sur les thèmes porteurs: la surveillance de la grossesse, de l'allaitement maternel exclusif (AME), du lavage des mains, de 	<ul style="list-style-type: none"> • Persistance des cas de morbidités et de mortalité au sein des adolescents et des jeunes, voire au sein de la population en général • Persistance de comportements à risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des activités de stratégies avancées • Promotion de la double protection • Plaidoyer pour la construction des structures de santé • Renforcement de la mise en place des structures spécifiques opérationnelles pour adolescents et jeunes à tous les niveaux (centres jeunes, maisons des jeunes • Intégration des prestations pour adolescents et jeunes dans les structures sanitaires • Renforcement de l'offre de services de santé scolaire et universitaire • Renforcement des compétences des acteurs pour offrir des services de santé de qualité aux adolescents et aux jeunes • Renforcement de l'accessibilité financière aux soins pour adolescents et jeunes • Implication du sous-secteur sanitaire privé, les ONG et Associations dans l'offre de soins aux adolescents et jeunes • Intégration des services de santé dans les centres jeunes des autres intervenants (Ministères, ONG et associations) • Implication des jeunes dans l'offre de services de SRAJ • Mise en place de systèmes alternatifs de paiement des risques en santé (mutuelles, système de partage des coûts, assurance maladie universelle) • IEC/CCC sur les thèmes porteurs: la surveillance de la grossesse, de l'allaitement maternel exclusif (AME), du lavage des mains, de l'utilisation de

Problèmes	Goulot d'étranglement	Causes	Conséquences	Solutions
		<p>l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), de la supplémentation en vitamine A, le VIH/SIDA, la drogue, le tabagisme, l'alcoolisme, les bonnes habitudes de vie et alimentation saine, hygiène publique, la pratique de l'activité physique et sportive;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible intégration des interventions du domaine de la santé des adolescents et des jeunes dans les écoles de formation de base • Faible intégration des interventions du domaine de la santé des adolescents et des jeunes en milieu professionnel • Insuffisance de collaboration entre projets et programmes à même de faciliter la prise en charge des cas (référence aux services et programmes appropriés) • Insuffisance d'infrastructures pour la gestion des déchets biomédicaux à tous les niveaux • Insuffisance de la maintenance préventive et curative du matériel • Insuffisance d'entretien des locaux : hygiène du milieu de travail. • Inexistence ou inadaptation de certains outils de suivi de la santé des adolescents et des jeunes 		<p>moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), de la supplémentation en vitamine A, le VIH/SIDA, la drogue, le tabagisme, l'alcoolisme, les bonnes habitudes de vie et alimentation saine, hygiène publique, la pratique de l'activité physique et sportive;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement la mise en œuvre de la PF clinique • Renforcement de la pratique des CPN recentrées • Renforcement de la pratique des SONUB • Renforcement de la pratique des SONUC • Renforcement de la pratique des Soins après avortements (SAA) • Prise en charge des grossesses extra-utérines • Prise en charge des conséquences des avortements • Renforcement de la pratique de la consultation post natale • Dépistage des IST, du VIH/SIDA et des cancers du col de l'utérus et des seins • Dépistage des cas d'alcoolémie par le taux d'alcoolémie pour les accidentés de la route au niveau des urgences chirurgicales • Formation continue des prestataires au niveau des formations sanitaires • Renforcement de la supervision des prestataires • Extension de la couverture des soins et services de santé pour les adolescents et les jeunes à toutes les formations sanitaires

Problèmes	Goulot d'étranglement	Causes	Conséquences	Solutions
	<p>La disponibilité des produits de santé (médicaments, réactifs, consommables médicaux, produits de sanguins) au profit de la santé des adolescents et des jeunes n'est pas satisfaisante dans les centres de santé</p>	<p>Insuffisance de disponibilité des intrants de prise en charge (MEG, consommables médicaux, réactifs et produits sanguins labiles...) et du matériel médicotechnique et outils adaptés à la prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'équipement (tels les kits AMIU, kit la formation en PF clinique) pour une offre de soins et de services de santé appropriés; - Insuffisance de ressources financières pour l'acquisition des produits de santé - Lourdeur administrative dans la passation des commandes - Insuffisance dans la gestion de SIGL (commandes, stockage, distribution) - Insuffisance dans l'application des plans d'approvisionnement - Retard dans l'acquisition du matériel médicotechnique dans le cadre du plan d'acquisition du matériel médicotechnique - Insuffisance de formation - Insuffisance de maintenance préventive et curative du matériel médicotechnique - Absence de CTRS dans 9 régions sanitaires 		<ul style="list-style-type: none"> • Equipement des formations sanitaires en matériel médicotechnique • Dotation les formations sanitaires en logistique roulante pour l'offre de soins • Dotation en produits de SR • Dotation des structures de référence en réactifs et en consommables pour le dépistage des maladies (VIH, Alcool test pour les urgences chirurgicales.....) • Formation des gestionnaires de stocks sur le SIGL • Tenue d'ateliers de révision des tableaux d'acquisition des produits de SR (estimation des besoins et élaboration des plans d'approvisionnement) • Surveillance des stocks des produits SR
	<p>Les ressources humaines sont insuffisantes en quantité et en qualité pour la mise en œuvre des actions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes</p>	<p>Insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible capacité des institutions de formation • Curricula de formation n'intégrant pas les stratégies de prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes • Faible intégration des interventions à haut impact les interventions à haut impact en faveur de la santé dans les écoles de formation de base • Nombre insuffisant d'agents de santé en quantité et en qualité pour la santé des adolescents et des jeunes • Absence d'un plan de formation cohérent basé sur un programme adapté aux besoins 		<ul style="list-style-type: none"> • Dotation les écoles de formation en matériel et équipement d'enseignement (Kit pour PF clinique, allaitement maternel, Kit AMIU.....) • Renforcement des capacités des sites de stages pratiques des élèves et étudiants • Intégration des stratégies de prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes dans les curricula de formation des établissements (public et privé) de formation en santé

Problèmes	Goulot d'étranglement	Causes	Conséquences	Solutions
		<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de formation continue pour les prestataires en général et de ceux des centres jeunes en particulier • Insuffisance de spécialistes dans les centres de santé • Mobilité du personnel • Faible motivation des agents de santé en général et de ceux des centres jeunes en particulier <ul style="list-style-type: none"> ✓ Insuffisance de motivation du personnel de santé surtout dans les zones reculées et difficiles d'accès ✓ Conditions de travail peu attrayantes pour permettre une fidélisation des personnels de santé. • Gouvernance en matière de gestion des ressources humaines en santé peu satisfaisante • Faible application du plan de carrière des agents de santé • Insuffisance et mauvaise répartition du personnel de santé • Faible niveau de recrutement des agents à former 		<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des stratégies de prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes dans les curricula de formation des établissements des premier et second cycles • Renforcement des compétences des professionnels de santé sur les stratégies de prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes
	Insuffisance de la couverture en interventions communautaires en faveur des adolescents des jeunes	<p>L'utilisation et la demande en services à base communautaire sont faibles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de soins orientés vers les populations (stratégies avancées et/ou mobiles, utilisation des ASBC); • Irrégularité des sorties en stratégie avancée • la faible disponibilité des intrants pour la promotion des pratiques familiales (DBC) • insuffisance d'investissement public pour l'eau, l'hygiène et l'assainissement • Faible disponibilité des supports de sensibilisation et de collecte des données • Faible couverture de la contractualisation • Insuffisance dans la mise en œuvre de la contractualisation du paquet d'activités • Faible capacité des promoteurs de santé dans la communauté • Insuffisance de connaissances des populations sur les bonnes pratiques en matière de santé des adolescents et des jeunes • Profil non adapté des agents de santé communautaires(ASC) • Absence de système de motivation des ASBC 		<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des stratégies avancées • Recrutement des ASBC selon des critères définis selon le plan stratégique de la promotion de la santé • Poursuite de la contractualisation avec les ONG et associations • Formation des ASBC sur les pratiques familiales clés • Dotation en équipement des ASBC sur les pratiques familiales clés • Recrutement en quantité suffisante les AIS et réorienter leurs attributions vers la santé communautaire y compris les pratiques familiales clés • Motivation financière et non financière des ASBC • Développement de réseaux et des partenariats communautaires
		<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'un plan de suivi et d'évaluation pour les interventions en faveur de la santé de la mère et de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Non visibilité des problèmes de santé des adolescents et 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration d'un plan de suivi évaluation

Problèmes	Goulot d'étranglement	Causes	Conséquences	Solutions
<p>5. Le suivi et l'évaluation des interventions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes ne sont pas satisfaisant</p>	<p>Le suivi et l'évaluation des interventions en faveur de la santé des enfants est insuffisant</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recherche du domaine de la santé des adolescents et des jeunes est insuffisamment réalisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de supports de collecte de données en routine • Faible analyse et exploitation des données • les résultats issus des recherches ne sont pas exploités et diffusés ; • Insuffisance de suivi de l'utilisation des données • Insuffisance des capacités d'analyse • Non validation des données collectées avant transmission à la hiérarchie • Le système de collecte et de transmission des données ne prend pas suffisamment en compte les TIC • Insuffisance de documentation des bonnes pratiques dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes • Insuffisance de sanction des agents de santé • Insuffisance de reconnaissance du mérite • In suffisance de compétences en recherche en santé 	<p>des jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persistance des problèmes de santé des adolescents et des jeunes • Utilisation non efficiente des ressources en faveur de la santé des adolescents et des jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la recherche sur la santé des adolescents et des jeunes • Promotion de l'utilisation des stratégies innovantes dans le système d'information sanitaire (ENDOS, ...) • Production et utilisation des données spécifiques de santé des adolescents et jeunes • Révision des outils de collecte de données afin de les simplifier • Renforcement de la capacité des prestataires de premier échelon sur le SNIS • Supervision du le personnel de santé à tous les niveaux sur la thématique de la santé des adolescents et des jeunes • Renforcement du système de suivi et d'évaluation des interventions en matière de santé des adolescents et des jeunes • Réalisation d'enquêtes rapides se rapportant à la santé des adolescents et des jeunes (tous les deux ans) • Renforcement de la capacité des prestataires en recherche en santé • Réalisation d'une évaluation à mi-parcours du plan stratégique de santé des adolescents et des jeunes • Réalisation de l'évaluation finale de l'état de santé des adolescents et des jeunes dans le cadre des enquêtes démographiques et de santé • Capitalisation des meilleures pratiques • Mise en place d'un système de diffusion des résultats des travaux de recherche en santé.

Problèmes	Goulot d'étranglement	Causes	Conséquences	Solutions
6. Le financement (ressources financières) des interventions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes demeure insuffisant	<p>Faible allocation du budget national au secteur de la santé</p> <p>Insuffisance de financement de la santé communautaire</p> <p>Faible développement des systèmes alternatifs de financement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'un plan de financement au niveau étatique • Volet santé des jeunes non prioritaires dans les financements Budget de l'Etat • Absence d'une vision holistique de la santé des adolescents et des jeunes au niveau étatique • Insuffisance de coordination • Faible allocation budgétaire à la santé par le budget de l'Etat • Faible allocation budgétaire du ministère de la santé aux interventions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes • Insuffisance de mobilisation des ressources extérieures (appui des partenaires) • Absence de critères d'orientation des ressources au profit de la santé des adolescents et des jeunes. • Faible coordination des appuis financiers en faveur de la santé des adolescents et des jeunes • Insuffisance dans la priorisation des interventions • Méconnaissance des approches relatives aux systèmes alternatifs de financement par les acteurs de santé et les populations • Absence de culture de prévoyance du risque • Faible préparation des acteurs lors de la mise en place des systèmes alternatifs de financement • Faible appropriation des systèmes alternatifs de financement par les populations • Absence ou insuffisance d'engagement des communes aux actions de santé des adolescents et des jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> • Non mise en œuvre des activités • Faible accès des jeunes aux services santé des jeunes • Absence de résultats • Persistance des problèmes de santé des adolescents et des jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration d'une norme pour l'orientation des ressources du ministère à la santé des adolescents et des jeunes • Plaidoyer pour le financement des activités de la santé des adolescents et jeunes • Plaidoyer pour une augmentation du budget de l'Etat dans le financement des interventions pour la santé des adolescents et des jeunes • Développer les mécanismes de financement alternatif (exemption de paiement des soins, assurance maladie universelle, assurance mutuelle) • Plaidoyer pour un engagement des communes aux actions de santé des adolescents et des jeunes
7. La coordination intra sectorielle et la collaboration inter sectorielle des interventions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes ne sont pas satisfaisantes.	<p>Faiblesse de la coordination intra sectorielle</p> <p>Faiblesse de la collaboration inter sectorielle</p> <p>Le principe de redevabilité dans la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de mise en œuvre des décisions prises • Insuffisance de fonctionnalité des cadres de concertation • faible prise en compte des questions de survie de l'enfant dans les cadres de concertation existants • Insuffisance d'orientation des intervenants sur la base de critères prédéfinis • chevauchement des attributions des DC • Insuffisance de leadership • manque/insuffisance d'implication des autres secteurs dans la mise en œuvre des interventions de santé 	<p>Persistance des problèmes de santé des adolescents et des jeunes</p> <p>Utilisation non efficiente des ressources en faveur de la santé des adolescents et des jeunes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actualisation de la cartographie des intervenants en précisant leur domaine et zones d'intervention • Renforcement de la collaboration inter et intra sectorielle à tous les niveaux • Renforcement du partenariat avec les structures privées, les ONG et les associations intervenant dans la santé des adolescents et jeunes • Harmoniser les paquets d'intervention

Problèmes	Goulot d'étranglement	Causes	Conséquences	Solutions
	mise en œuvre des interventions de santé n'est pas suffisamment promu.	<ul style="list-style-type: none"> • insuffisance de sanctions • insuffisance d'implication du sous-secteur privé, des sociétés savantes et des ordres professionnels • Méconnaissance du concept de redevabilité par les acteurs 		<p>à haut impact en santé à tous les niveaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un cadre national de concertation pour le suivi du plan stratégique de santé des adolescents et des jeunes • Traitement des questions relatives à la santé des adolescents et des jeunes à tous les niveaux, à chaque session des cadres de concertation • Intégration des questions relatives à la santé des adolescents et des jeunes dans les cadres et directives de planification • Plaidoyer pour l'implication effective des premiers responsables des collectivités dans les interventions de santé • Suivre la mise en œuvre des recommandations issues des cadres de concertation

Définitions de termes ou concepts clés

Le concept de santé des adolescents et des jeunes

Le terme jeune est utilisé pour désigner la tranche d'âge de la population comprise entre 10 et 24 ans¹⁴. La tranche d'âge de 10 à 19 ans constitue celle des adolescents¹³.

« La santé des jeunes au Burkina Faso concerne les jeunes de 10 à 24 ans (SRAJ et santé globale) des deux sexes, sexuellement actifs ou non, mais aussi la tranche d'âge de 6-9 ans dont les besoins ne sont couverts par aucun programme de santé en cours ; la cible primaire du plan stratégique de santé des jeunes au Burkina est constituée alors des tranches d'âge de 6 à 24 ans tant du milieu scolaire et universitaire que du secteur informel, des travailleurs ou chômeurs »¹⁵.

Cette conception de la santé des jeunes impose une vision globale nécessitant une approche systémique des problèmes de santé des jeunes.

Santé et du développement des adolescents^{16,17}

L'adolescence est une époque de la vie riche en possibilités, mais aussi pleine de risques. C'est l'occasion de réunir les conditions pour une vie adulte productive et en bonne santé et pour réduire la probabilité de problèmes pouvant survenir des années plus tard. Dans le même temps, les risques sont nombreux et, à cette période de la vie, des problèmes de santé ayant de graves conséquences immédiates peuvent survenir, tandis que certains commencent à s'adonner à des comportements problématiques susceptibles d'avoir des effets indésirables sévères pour la santé à un stade ultérieur.

Ainsi, ce qui se passe au cours des premières années de la vie a un effet sur la santé et le développement des adolescents et, inversement, la santé et le développement pendant l'adolescence ont une incidence sur la santé des adultes et, au bout du compte, sur la santé et le développement de la génération suivante. De ce pas, des interventions efficaces menées durant l'adolescence sauvegardent les investissements de santé publique pour la survie et le développement précoce de l'enfant. En même temps, l'adolescence offre une occasion de rectifier les problèmes survenus au cours des dix premières années de vie.

Pour des considérations de santé publique ainsi que des motivations économiques et de droits humains tout à fait valables, il faut investir dans la santé des adolescents pour prévenir 1,4 million de décès dans le monde qui, chaque année, sont provoqués par des accidents de la route, des violences, des suicides, le VIH ou les conséquences d'une grossesse. Cette démarche peut aussi améliorer la santé et le bien-être de millions d'adolescents qui connaissent des problèmes de santé tels que la dépression, l'anémie ou l'infection à VIH ; et promouvoir l'adoption de comportements sains, de nature à prévenir des problèmes de santé qui surviennent ultérieurement comme maladies cardiovasculaire et le cancer du poumon

¹⁴ Ministère de la santé du Burkina Faso. Politique et normes en matière de santé de la reproduction. Ministère de la santé du Burkina Faso, 2010. 1-87: 36

¹⁵ Ministère de la santé du Burkina Faso. Plan stratégique de santé des jeunes 2004-2008. Ministère de la santé du Burkina Faso, 2004. 1-48 : 15.

¹⁶ OMS. Renforcer l'action du secteur sanitaire en faveur de la santé et du développement des adolescents. Organisation mondiale de la santé, WHO/FCH/CAH/10.01 (E,F,R). Consulté le 29 septembre 2014. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cah_adh_flyer_2010_12_fr.pdf?ua=1

¹⁷ OMS. La santé pour les adolescents du monde: une deuxième chance pour la deuxième décennie. Organisation mondiale de la Santé, Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, Genève 2014. 1-20: 3.

liés respectivement à l'inactivité physique et à la consommation de tabac dès l'adolescence. Elle peut enfin empêcher que des problèmes n'apparaissent à la génération suivante – prématurité et faible poids de naissance chez les nouveau-nés de mères très jeunes.

Définition de comportements à risque

Il s'agit d'un comportement dont on a constaté qu'il est lié à une vulnérabilité accrue à l'égard d'une maladie déterminée ou de certains problèmes de santé. Définition modifiée utilisée comme de référence selon le *Glossaire de la promotion de la santé* édité par l'Organisation mondiale de la santé 1999, on définit généralement les *comportements à risque* sur la base de données épidémiologiques ou d'autres données sociales. La modification des comportements à risque représente un but important de la prévention de la maladie et, traditionnellement, on utilise l'éducation pour la santé à cette fin. Dans le cadre plus large de la promotion de la santé, on peut considérer que le comportement à risque est une réaction à de mauvaises conditions de vie ou un mécanisme visant à faire face à ces dernières. Les stratégies permettant de contrer cette réaction comprennent la transmission d'aptitudes utiles dans la vie et la création d'environnements plus favorables à la santé¹⁸.

*Les prises de risques*¹⁹ sont des comportements qui se caractérisent par la mise en danger (de soi, de sa santé, de sa vie, etc.) au cours de l'adolescence. Elles sont fréquentes chez certains adolescents qui vont rechercher le sens de leur vie à travers de nouvelles sensations plutôt que de trouver ce sens dans des activités symboliques ou créatrices. Les comportements d'essai ou d'expérimentation de substances psychoactives font partie des prises de risque. Elles surviennent souvent dans des temps de loisir à caractère festif ou amical, quand se produisent des relâchements du contrôle social des conduites et que de nouveaux rites individuels apparaissent. *Les conduites à risques* sont des comportements répétés de prise de risques qui correspondent à une recherche de plaisir et au soulagement d'un malaise intérieur.

Pour certains auteurs, on parle de comportements ou de conduites à risques.²⁰

Les conduites à risque désignent un répertoire de comportements très différents les uns des autres avec une mise en danger plus ou moins volontaire de soi : consommation de substances psycho-actives, licites ou illicites, fugues (et toutes leurs errances), délinquance, violences, anorexie, boulimie, atteintes au corps par certaines marques corporelles (scarifications), pratique des sports extrêmes, comportements dangereux sur la route (pratiques du roller accroché à des voitures...), rapports sexuels non protégés, conduites ordaliques (vers lien vers définition) et suicidaires,...²¹

Offre des soins et services de santé de qualité

Ce groupe nominal regroupe deux concepts à savoir l'offre des soins et services de santé et la notion de qualité.

¹⁸ OMS. *Glossaire de la promotion de la santé*. Organisation mondiale de la santé, Genève 1999. 1-25: 20.

WHO/HPR/HEP/98.1. http://www.quebecenforme.org/media/1449/ho_glossary_fr.pdf

¹⁹ TABABOX. Information: Des prises de risques aux conduites à risques. Consulté le 7 octobre 2014.

http://education-sante-ra.org/publications/2006/tababox/PDF/Fiches-info/info_risques.pdf

²⁰ Réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité.

Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire. Référentiel de bonnes pratiques. Editions INPES, 2008.

1-134: 38. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf>

²¹ Site Jeunes Violence Ecoute. Définition: conduites à risques. Consulté le 8 octobre 2014.

<http://www.jeunesviolencesecoute.fr/espace-professionnels/dossiers-thematiques/la-prise-de-risques-a-ladolescence/definition-conduites-a-risques.html>

La qualité des soins de santé signifie la prestation des meilleurs soins qui soient et l'atteinte des meilleurs résultats possibles chaque fois qu'une personne a recours au système de soins de santé ou utilise ses services²². Il s'agit essentiellement de faire le meilleur travail possible en fonction des ressources disponibles.

L'offre de soins peut être définie comme un ensemble des infrastructures, des *ressources et des activités mobilisées pour assurer des prestations de soins et de services* en vue de répondre aux besoins de la population.²³

L'Offre des soins et services de santé de qualité est l'ensemble tel que la satisfaction du patient l'amène à juger les soins et les services de santé comme étant de qualité, accessibles (géographiques, financiers et culturels), efficaces avec une participation éclairée du patient, avec un temps d'attente acceptable dans un contexte de respect de la personne humaine.

Santé mentale

On définit la santé mentale comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté²⁴. La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. Pour les autorités politiques sanitaires françaises reconnaissent une triple dimension à la santé mentale: la santé mentale positive (épanouissement personnel), la détresse psychologique réactionnelle (induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles), les troubles psychiatriques de durée variable et plus ou moins sévères et/ou handicapants²⁵. Ces troubles renvoient à des classifications diagnostiques s'appuyant sur des critères, et à des actions thérapeutiques ciblées.

Violences

La violence est l'utilisation de force physique ou psychologique pour contraindre, dominer, causer des dommages ou la mort²⁶. Elle implique des coups, des blessures et de la souffrance.

Les catégories les plus exposées en situation de crise sont les suivantes²⁷:

- les adolescents séparés de leurs familles (parents ou époux) privés de la protection et la sécurité des moyens de subsistance qu'offre en temps normal la structure familiale, se voir obligés de quitter l'école, de se marier ou de se prostituer pour satisfaire leurs besoins en matière de nourriture, d'abri ou de protection.
- Les survivants/victimes de violence sexuelle et d'autres formes de violence basée sur le genre (VBG) sont exposés à des risques de grossesse non désirée, d'avortement pratiqué

²² Site Santé Canada. Qualité des soins. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/qual/index-fra.php>

²³ http://www.memoireonline.com/04/12/5697/m_Organisation-de-loffre-de-soins-dune-region-sanitaire-Republique-de-Djibouti7.html

²⁴ OMS. 10 faits sur la santé mentale. Mis en ligne en Août 2014. Consulté le 5 octobre 2014. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/

²⁵ Wikipédia. Santé mentale. Consulté le 5 octobre 2014. http://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9_mentale

²⁶ Wikipédia. Violence. Consulté le 5 octobre 2014. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Violence>

²⁷ UNFPA et Save the Children USA. Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes en situations de crise humanitaire. Document accompagnant le Manuel de terrain inter-organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. UNFPA et Save the Children USA, Septembre 2009. 1-92: 7-8. Consulté le 16 septembre 2014.

http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/UNFPA_ASRHtoolkit_french.pdf

dans de mauvaises conditions de sécurité, à des IST dont le VIH, à des problèmes psychosociaux et de santé mentale ainsi qu'à une stigmatisation sociale.

- Les adolescentes se prostituant sont exposées à des risques de grossesse non désirée, d'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, à des IST dont le VIH. Elles sont exposées à des risques de toxicomanie et d'alcoolisme ainsi que d'EAS. Tout acte de prostitution impliquant un adolescent âgé de moins de 18 ans est, au regard de la loi internationale, considéré comme une exploitation sexuelle et commerciale des enfants.
- Les enfants associés aux forces et groupes armés, garçons comme filles, ont souvent des rapports sexuels à un très jeune âge et se retrouvent très exposés au VIH, exposés fréquemment aux abus et aux violences sexuelles, exposés à des risques de grossesse non désirée, exposés à des problèmes psychosociaux et de santé mentale dans la mesure où elles peuvent avoir commis ou être témoins d'actes d'extrême violence physique ou sexuelle ou peuvent être elles-mêmes victimes de violence sexuelle.

Traumatismes

Un traumatisme désigne un dommage, ou choc, provoqué par une blessure physique soudaine

Accidents de la route

Un accident corporel (mortel et non mortel) de la circulation routière est un accident qui provoque au moins une victime, c'est-à-dire un usager ayant nécessité des soins médicaux, survient sur une voie ouverte à la circulation publique et implique au moins un véhicule.^{28,29}

Les accidents de la route entraînent des pertes économiques considérables pour ceux qui en sont victimes, leur famille et les pays dans leur ensemble. En effet, ils nécessitent des traitements coûteux (y compris pour la réadaptation) et des enquêtes, et entraînent une perte de productivité (et de revenu) pour la victime et les membres sa famille qui doivent interrompre leur travail (ou s'absenter de l'école) pour la prendre en charge.

²⁸ http://fr.wikipedia.org/wiki/Accident_de_la_route_en_France

²⁹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/fr/>