

**MINISTERE DE LA SANTE**

-----  
**SECRETARIAT GENERAL**

-----  
**DIRECTION GENERALE DE LA SANTE**

-----  
**DIRECTION DE LA SANTE  
DE LA FAMILLE**



**BURKINA FASO**  
*Unité-Progrès-Justice*

**PLAN STRATEGIQUE  
DE SANTE DES JEUNES  
2004-2008**

**Octobre 2004**

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b>	<b>2</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>4</b>
<b>PRÉFACE</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>1<sup>ère</sup> PARTIE</b>	<b>9</b>
<b>CHAPITRE I. DONNEES GENERALES SUR LE BURKINA FASO</b>	<b>10</b>
1-1 Données géographiques	10
1-2 Données démographiques	10
1-3 Situation économique	10
1-4 Données socio - culturelles	11
1-5 Organisation politique et administrative	11
<b>CHAPITRE II. SITUATION SANITAIRE NATIONALE</b>	<b>12</b>
2-1 La Politique Nationale de santé	12
2-2 L'organisation du système de santé	12
2-3 Les ressources et les performances du secteur de la santé	13
2-4 L'état de santé des populations	14
<b>CHAPITRE III : POLITIQUE DE SANTÉ ET SITUATION SANITAIRE DES JEUNES</b>	<b>15</b>
3-1 Le concept de santé des jeunes	15
3-2 L'état de santé des jeunes	15
3-3 Les principaux déterminants de la santé des jeunes au Burkina	20
3-3-1 Les facteurs endogènes	20
3-3-2 Les facteurs liés à l'environnement	20
3-3-3 Les facteurs liés aux habitudes de vie	21
3-3-4 Les facteurs liés à l'offre de prestations en faveur des jeunes .	21
3-4 Les principales interventions en faveur de la santé des jeunes	22
3.5 Les performances des interventions en faveur des jeunes	22
3-6 Synthèse des problèmes prioritaires de santé des jeunes	24
<b>2<sup>ème</sup> PARTIE</b>	<b>26</b>
<b>CHAPITRE IV. PLAN STRATEGIQUE DE SANTE DES JEUNES</b>	<b>27</b>
4-1 But du plan	27
4.2 Objectif général	26
4.3 Objectifs spécifiques	26
4.4 Les orientations stratégiques prioritaires	26
4-4-1 Promouvoir une prise en charge médico-sociale appropriée des problèmes prioritaires de santé des jeunes	27
4-4-2 Promouvoir les comportements positifs chez les jeunes	28
4-4-3 Assurer le suivi et l'évaluation des interventions en matière de santé des jeunes	28
4-4-4 Promouvoir la recherche sur la santé des jeunes	28
4-4-5 Promouvoir le partenariat en matière de santé des jeunes	28
4-5 Les domaines d'action par axe stratégique	30
4-6 Répartition des domaines d'intervention selon les principaux acteurs	31

<b>V LA MISE EN ŒUVRE DES AXES STRATÉGIQUES</b>	<b>33</b>
5-1 Processus de dissémination.	33
5-1-1 La validation du document	33
5-1-2 La dissémination.	33
5-2 L'appropriation du plan stratégique par les différents acteurs.	33
5-3 Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre	34
5-3-1 Le suivi du processus de mise en œuvre	34
5-3-2 L'évaluation des résultats et des effets	35
5-4 La mobilisation des ressources	34
5-4-1 Les ressources humaines	34
5-4-2 Les ressources matérielles et financières	34
5-5 Suppositions importantes	35
ANNEXES	38

## LISTE DES ABREVIATIONS

ABSP	: Association Burkinabé de Santé Publique
AEMO	: Action Educative en Milieu Ouvert
CAP	: Connaissances, Attitudes, Pratiques
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CM	: Centre Médical
CMA	: Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CAMEG	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CADSS	: Cellule d'Appui à la Décentralisation du Système de Santé
CAMES	: Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieure
CIERRO	: Centre Information Éducation Radio Rurale Ouagadougou
CNLC	: Conseil National de Lutte Contre la Cécité
CNLS/IST	: Conseil National de lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
CTRS	: Comité Technique Régional de la Santé
CSD	: Conseil de Santé de District
DGIEM	: Direction Générale des Infrastructures des Équipements et Maintenance.
DEP	: Direction des Études et de la Planification
DGHSP	: Direction Générale de la Tutelle des Hôpitaux publics et du sous Secteur sanitaire privé
DGS	: Direction Générale de la Santé
DHPES	: Direction de l'hygiène publique et de l'Éducation pour la Santé
DSF	: Direction de la Santé de la Famille
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DS	: District Sanitaire
ECD	: Équipe Cadre de District
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ENSP	: École Nationale de Santé Publique
EPA	: Établissement Public à caractère Administratif
EPS	: Établissement Public de Santé
EVF	: Éducation à la Vie Familiale
FS	: Formation Sanitaire
IB	: Initiative de Bamako
ICC	: Intervention pour le Changement de Comportement
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC	: Information, Éducation, Communication
INSD	: Institut National de la Statistique et de la Démographie
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MCD	: Médecin - Chef de District
MEG	: Médicament Essentiel Générique

MTEJ	: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Jeunesse
MEBA	: Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation
MASSN	: Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale
MESSRS	: Ministère des Enseignements, Supérieur, Secondaire et de la Recherche Scientifique
MPF	: Ministère de la Promotion de la Femme
MS	: Ministère de la Santé
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OOAS	: Organisation Ouest Africaine de la Santé
OST	: Office de Santé des Travailleurs
P.A.S	: Programme d'Ajustement Structurel
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNB	: Produit National Brut
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	: Programme des Nations Unis pour le Développement
PNAN	: Programme National d'Action pour la Nutrition
PSN	: Politique Sanitaire Nationale
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	: Syndrome d'Immuno-Déficiência Acquis
SJ	: Santé des jeunes
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SSP	: Soins de Santé Primaires
SR	: Santé de la Reproduction
SRAJ	: Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
UEMOA	: Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
UERD	: Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie
UFR/SDS	: Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé
UIDH	: Union Internationale des Droits de l'Homme
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: Agence pour le Développement International /Etats Unis
VIH	: Virus de l'Immuno-Déficiência Humaine

## PRÉFACE

La santé des jeunes est de nos jours un sujet d'importance croissante à travers le monde. 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 jeunes se perçoivent à travers la forte fécondité des adolescentes, le taux élevé des grossesses précoces et/ou non désirées, des avortements clandestins, des IST/VIH/SIDA, des maladies sociales, des accidents et 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.

Suite à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire en 1994, le Burkina Faso a entamé une démarche qui a permis de prendre en compte les questions de santé des jeunes dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Le « *plan stratégique de santé des jeunes* » est un document d'orientation stratégique en matière de santé des jeunes et doit contribuer à l'atteinte des objectifs fixés dans le PNDS pour les dix prochaines années.

Son élaboration a été rendue possible grâce à l'action conjuguée des services techniques du département de la santé et de ses partenaires au développement. Il s'adresse à tous les acteurs de la santé des jeunes et vise à leur offrir un cadre général d'inscription de leurs efforts selon des axes stratégiques définis.

Le succès de ce plan nécessite un engagement ferme de tous les acteurs de la santé des jeunes au Burkina.

Nous remercions nos partenaires pour leur franche collaboration lors de l'élaboration de ce document. Je reste convaincu qu'il s'engageront également dans sa mise en œuvre.

J'encourage le personnel de santé à donner le meilleur de lui-même pour contribuer à la résolution des problèmes de santé des jeunes au Burkina Faso.

**Le Ministre de la Santé**

Bédouma Alain YODA ./-  
*Officier de l'Ordre National*

## INTRODUCTION

Au regard du poids statistique de la jeunesse et de son dynamisme, la santé, facteur déterminant du développement au sens large et indicateur de l'Indice du Développement Humain (IDH) ne peut connaître une amélioration si des actions spécifiques ne sont pas menées au profit de ce groupe. En matière de santé, les jeunes vivent certes les mêmes problèmes que les autres groupes d'âges mais leur immaturité biologique et psychologique les expose davantage aux risques de maladies. En plus des problèmes de santé communs à la population entière, les jeunes sont les principales victimes des IST/VIH/SIDA, des grossesses non désirées, des avortements clandestins, des traumatismes, de violences, de problèmes de santé mentale, des conséquences de certaines mauvaises habitudes de vie (consommation d'alcool, de tabac et de drogue) et de malnutrition.

Le plan de nutrition, le programme de lutte contre la cécité, le programme 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 avec une composante jeune.

Suite aux états généraux de la santé (1999), une Politique Sanitaire Nationale (PSN) a été adoptée en 2000 et un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) en 2001, couvrant la période 2001-2010.

Le but de la PSN est de contribuer au bien-être des populations sur la base des principes de la santé pour tous. Pour atteindre ce but, huit objectifs ont été définis dans le cadre du PNDS, à savoir<sup>1</sup> :

1. accroître la couverture sanitaire nationale ;
2. améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé ;
3. renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
4. réduire la transmission du VIH ;
5. développer les ressources humaines ;
6. améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé ;
7. accroître les financements du secteur de la santé ;
8. renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé.

Le PNDS accorde une place importante aux personnes vulnérables dont les femmes et les enfants de même qu'à la santé scolaire et universitaire.

Le présent document d'orientation stratégique en matière de santé des jeunes doit contribuer à l'atteinte des objectifs fixés dans le PNDS pour les dix prochaines années.

Il entre dans le cadre des efforts déployés pour intégrer les axes prioritaires dégagés dans les orientations stratégiques de l'OMS pour la santé de l'enfant et de l'adolescent et dans la CIPD de 1994. Ce document s'adresse à tous les acteurs de la Santé des Jeunes en particulier.

Il s'agit :

- Des services centraux du Ministère de la santé
- Des services déconcentrés et décentralisés du Ministère de la santé (Centres hospitaliers, DRS et Districts)
- Des partenaires de la santé (ONG, Bilatéraux, Multilatéraux, Associations et privés)

---

<sup>1</sup> PNDS 2001-2010

La notion de jeune a été élargie pour prendre en compte les 6-9 ans. Cet élargissement s'explique par le fait que cette tranche d'âge n'est prise en compte par aucun programme de santé.

Le document contient essentiellement :

- Les éléments de justification de la nécessité de promouvoir la santé des jeunes;
- Les axes prioritaires dans lesquels les différents acteurs doivent s'inscrire chacun en fonction de ses ressources et de ses compétences;
- Les stratégies de mise en œuvre.

L'intérêt d'une telle approche est multiple :

- Permettre à chaque acteur de trouver un cadre consensuel à partir duquel il pourra développer ses interventions;
- Faciliter la négociation des appuis en fonction des domaines non couverts;
- Faciliter la coordination et le suivi des interventions par le ministère de la santé à travers la Direction de la Santé de la Famille (DSF).



## **1<sup>ère</sup> PARTIE**

## **CHAPITRE I. DONNEES GENERALES SUR LE BURKINA FASO**

### **1-1 Données géographiques**

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé situé en Afrique de l'ouest. Il couvre une superficie de 274 200 km<sup>2</sup> et est limité par six pays : le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Son climat tropical est de type soudanien avec une végétation de type soudano sahélien.

### **1-2 Données démographiques**

La population du Burkina Faso était en 1996 de 10 312 609 habitants; elle croît à un rythme de 2,4 % l'an ; en l'an 2010, elle atteindra environ 14 718 647 habitants. Le taux brut de natalité est estimé à 46,1 pour mille ; celui de la mortalité générale est de 15,2 pour mille et l'espérance de vie à la naissance de 53,8 ans en 1996 (RGPH 1996). La population vit à près de 90 % en milieu rural. Les femmes représentent près de 52 % de la population. Cette population est essentiellement jeune avec une tranche d'âge de 0 à 14 ans estimée à 47,92 %.

La densité de la population est de 38 habitants au km<sup>2</sup> ; sa répartition sur le territoire national est hétérogène, variant de 11 à 122 habitants au km<sup>2</sup>.

### **1-3 Situation économique**

Le Burkina Faso est un pays en développement dont 45,3 % de la population vit en dessous du seuil absolu national de pauvreté estimé en 1998 à 72 690 FCFA par adulte et par an. L'Indice de Développement Humain Durable estimé à 0,303 en 2000, se situait en dessous de la moyenne des autres pays d'Afrique au sud du Sahara.

L'économie du Burkina est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage. En effet, les produits primaires constituent les premiers produits d'exportation avec près de 90 % de biens d'origine agricole.

Le PIB à prix constant est passé de 762 milliards de FCFA en 1990 à 1068 milliards en 1999, soit un taux de croissance annuel moyen de 4 %. Pour l'année 1998, le taux de croissance global se situait à 5,7 %. Pour les années 2000-2004, les objectifs en terme de croissance du PIB à prix constant se situent entre 7 et 8 %.

Face aux difficultés financières et structurelles, le pays a conclu des accords d'ajustements depuis mars 1991 avec les institutions de Brettons Woods. Il a bénéficié d'une « dimension sociale de l'ajustement », il est pris actuellement dans le groupe des pays éligibles à l'initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTE).

#### **1-4 Données socio – culturelles**

Le taux brut de scolarisation (TBS) national était de 52,5 % en 2003 ; il est de 42,3 % chez les filles et 53,8 % chez les garçons. Le taux d’alphabétisation des adultes au niveau national reste faible, 28 % en 2001, avec de fortes disparités d’une part entre hommes et femmes, et d’autre part entre zones urbaines et zones rurales.

En 2002, le Burkina Faso comptait 496 établissements d’enseignement secondaire. L’offre privée d’éducation secondaire occupe une place importante dans l’enseignement secondaire burkinabé. Déjà, durant la période 1999-2000, l’enseignement privé contrôlait 48,03% des établissements. Les centres urbains sont les zones les plus favorisées et le taux de scolarisation des garçons est de 47,6% contre 38,6% chez les filles en 2003. Ces établissements ne disposent pas d’aménagement pour la prise en charge des problèmes de santé des élèves du primaire et du secondaire. L’université est dotée d’un service de santé universitaire mais le paquet de soins offert est très limité.

La population du Burkina est caractérisée par une soixantaine de groupes ethnolinguistiques. Les Mossi représentent 48,5 % de la population. Les principales langues parlées sont le Mooré, le Dioula et le Fulfuldé. La langue officielle est le français. Les religions sont dominées par l’islam (52 %), le christianisme (24,3 %) et l’animisme (23,3 %). Malgré son enclavement, la position géographique du Burkina en fait un pays carrefour; il constitue une voie de passage intense en direction du Niger, du Mali, du Togo, du Bénin et de la Côte d’Ivoire.

#### **1-5 Organisation politique et administrative**

Depuis le 02 juin 1991, le contexte politique a été marqué par l’adoption d’une nouvelle constitution qui consacra un an après l’Etat de droit démocratique et la mise en place des institutions de la quatrième République. Le régime politique semi- présidentiel avec un parlement bicaméral qui dirige depuis lors, a été amputé en décembre 2001 par la suppression de la Chambre des Représentants.

De plus un processus de décentralisation est en cours depuis 1993 et une loi d’Orientation de la décentralisation a été adoptée en 1995 visant une redistribution des rôles, des fonctions et des moyens entre l’Etat et les acteurs locaux.

Les Textes d’Orientation de la Décentralisation (TOD) adoptés en 1998 consacrent définitivement les capacités et les possibilités données aux acteurs locaux de gérer eux – mêmes les affaires locales.

## CHAPITRE II. SITUATION SANITAIRE NATIONALE

### 2-1 La Politique Nationale de santé

L'état Burkinabé, conscient de l'importance de la santé dans le processus général de développement du pays, a fait du développement sanitaire, un des domaines prioritaires de l'action gouvernementale. Ainsi, le gouvernement a décidé de reformuler la politique nationale de santé en 2000 en tenant compte des expériences acquises et du contexte des réformes économiques, administratives, politiques et sanitaires en cours dans le pays.

La politique nationale de santé au niveau de son volet Promotion et protection des groupes spécifiques fait état de certains groupes vulnérables de la population que sont entre autres les femmes, les enfants, les jeunes, les personnes âgées, en raison de risques liés à leur âge, à leur sexe ou à leurs activités. De nombreuses activités ont été développées à l'endroit de ces groupes ; cependant leur prise en charge demeure malgré tout insuffisante.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) élaboré pour la période 2001-2010 découle des orientations du document de Politique Sanitaire National du Burkina Faso (PSN) adopté en septembre 2000.

Ce plan est en cohérence avec le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté et les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ; les objectifs visés sont entre autre la protection des groupes vulnérables.

La période avant 2000 a été marquée par de nombreuses réformes du système de santé.

On peut noter au titre de ces réformes :

- La mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako;
- La décentralisation des services de santé avec la mise en place des districts sanitaires
- La mise en place des COGES pour une plus grande implication des communautés dans la gestion des problèmes de santé
- La création de la CAMEG afin de faciliter l'approvisionnement en MEG
- La réforme hospitalière dans le but d'améliorer la performance des hôpitaux nationaux et régionaux. Transformés d'abord en Établissements Publics à caractère Administratif (EPA), les hôpitaux publics sont devenus des Établissements Publics de Santé (EPS) en 2002.
- Les révisions successives de l'organigramme du Ministère de la santé;

### 2-2 L'organisation du système de santé

L'organisation du système public de santé s'articule autour de trois niveaux :

\* **Le niveau central**, organisé autour du cabinet du Ministre de la santé et du Secrétariat Général, est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances.

La Direction de la Santé de la Famille fait partie des directions centrales du Ministère au sein de la Direction Générale de la Santé. Son mandat est de :

- concevoir les programmes de santé relatifs à :
  - la santé de la mère et de l'enfant
  - la santé des adolescents et des personnes âgées
  - la planification familiale
- planifier et coordonner la mise en œuvre de ces programmes;
- suivre l'exécution des programmes relevant de son domaine de compétences
- appuyer les niveaux régional et opérationnel dans la mise en œuvre des programmes relevant de leur domaine de compétences.

\* **Le niveau intermédiaire** comporte 13 régions sanitaires organisées en directions régionales de la santé chargées de la coordination et de l'appui aux districts.

\* **Le niveau périphérique** comporte 55 districts sanitaires dont les équipes cadres gèrent les services de santé de base.

Les structures publiques de soins sont organisées en quatre niveaux : les centres de santé et de promotion sociale ou CSPPS sont le premier niveau de contact entre les services et la population, les centres médicaux avec antenne chirurgicale ou CMA, les centres hospitaliers régionaux (CHR), et les hôpitaux universitaires (CHU).

Le Service de Santé des Forces Armées Nationales, l'Office de Santé des Travailleurs (OST) et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) contribuent à l'offre de soins à travers leurs propres institutions.

A côté du secteur public, il existe un secteur privé. Ce secteur comprend les cliniques privées à but lucratif qui sont en pleine expansion, les institutions de soins relevant d'associations et d'ONG à but non lucratif.

Le secteur pharmaceutique privé connaît également une grande expansion à travers les officines qui se mettent en place aussi bien dans les centres urbains que dans des zones semi urbaines. On note par ailleurs, que la médecine et la pharmacopée traditionnelles sont reconnues depuis 1994 dans le code de la santé publique et jouent un rôle important, notamment en zone rurale.

## **2-3 Les ressources et les performances du secteur de la santé**

Le pays dispose d'un important réseau de formations sanitaires de base (CSPPS) avec un rayon moyen d'action d'environ 10 Kms. Des hôpitaux de districts sont mis en place avec des degrés de fonctionnement variés d'un district à l'autre.

La situation des ressources humaines en santé (RHS) se caractérise par :

- Une insuffisance quantitative et qualitative ;
- Des disparités géographiques notoires ;

Au cours des dernières années, la part du budget annuel de l'État consacrée à la santé s'est élevée à environ 10%. A ces ressources, il convient d'ajouter celles des partenaires, les recettes des collectivités territoriales, des ONG et des Associations ainsi que la participation de la population à travers le recouvrement des coûts et le paiement des médicaments.

Malgré les réformes entreprises, les résultats globaux du système de santé burkinabé demeurent modestes : 159ème dans le classement de l'OMS (tableau 9 du Rapport sur la santé dans le monde, 2000).

La fréquentation des services de santé extrêmement faible est passée de 32% en 1986 à 18,17% en 1995 et est actuellement de 27,11% pour l'année 2002.

## **2-4 L'état de santé des populations**

Plusieurs indicateurs de base se sont améliorés : l'espérance de vie à la naissance est passée de 48,5 ans en 1985 à 53,8 ans en 1996, la mortalité maternelle est passée de 566 à 484 pour 100 000 naissances vivantes entre 1993 et 1999. Toutefois, ces taux restent relativement moins favorables que ceux de nombreux pays de la sous région.

Le taux de mortalité générale estimé à 15,2 pour mille, s'explique essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile, infanto-juvenile et maternelle.

Le taux de mortalité infantile est passé de 105 pour mille en 1998 à 83 pour mille en 2003 tandis que le taux de mortalité infanto-juvenile est passé de 219,1 pour mille à 184 pour mille pour la même période. Cette mortalité est due, entre autres, aux maladies transmissibles que sont le paludisme, les maladies cibles du PEV, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës. La mortalité des jeunes et adultes de 15 à 40 ans sont dus essentiellement au SIDA.

## CHAPITRE III : POLITIQUES DE SANTÉ ET SITUATION SANITAIRE DES JEUNES

### 3-1 Le concept de santé des jeunes

Le terme jeune est utilisé pour désigner une tranche d'âge donnée de la population à savoir celle comprise entre 10 et 24 ans (OMS).

En général, cette population est divisée en trois tranches qui sont :

- les 10-14 ans
- les 15-19 ans
- les 20-24 ans

La tranche d'âge de 10 à 19 ans constitue celle des adolescents.

Cette définition des adolescents et des jeunes englobe les personnes scolarisées ou non les chômeurs ou les travailleurs du secteur formel ou informel

La santé doit être comprise conformément à la définition de l'OMS à savoir qu'il s'agit d'un « état complet de bien être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité »

***« 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 ».***

Cette conception de la santé des jeunes impose une vision globale dans l'approche des problèmes de santé des jeunes. Toute approche sélective doit être considérée comme incomplète dans la résolution des problèmes de santé des jeunes. La santé de la reproduction, la santé sexuelle ou tout autre volet de la santé font partie intégrante de la santé des jeunes.

### 3-2 L'état de santé des jeunes

- *Le VIH/SIDA et les autres IST :*

L'infection à VIH et le SIDA constituent la principale maladie émergente de la dernière décennie et constituent un problème de santé publique au Burkina Faso. Les données épidémiologiques de routine sont peu fiables mais des enquêtes réalisées au niveau des sites sentinelles indiquent une séro- prévalence moyenne qui est passée de 7,17 % dans la population générale en 1997 à 6,5% en 2002 (ONU-SIDA), ce qui place toujours le Burkina Faso parmi les trois pays les plus touchés de l'Afrique de l'Ouest. Le VIH touche 3,9% des jeunes de la tranche d'âge de 15 – 24 ans. Parmi les pays sahéliens, le Burkina Faso se place au premier rang avec 25,4 % des cas déclarés dans la sous-région.

- *Les grossesses précoces chez les adolescentes :*

Du fait des bouleversements socioculturels introduits par l'urbanisation et l'économie moderne, les grossesses chez les adolescentes, qu'elles soient désirées ou non, sont devenues un phénomène fréquent tant dans le secteur informel que dans le secteur formel.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé de 1998, 14,4% des adolescentes du milieu urbain et 28,4% du milieu rural sont en grossesse ou sont mères pour la première fois soit une adolescente sur quatre; les adolescentes contribuent à la fécondité générale des femmes pour 11%. Les conséquences médicales (risques obstétricaux pour la mère et de prématurité pour l'enfant) font considérer les grossesses chez les adolescentes comme des grossesses à haut risque.

Dans le cas des grossesses non désirées, les plus fréquentes malheureusement, les conséquences sociales sont souvent telles que la situation devient dramatique pour l'adolescente et pour sa famille. Les cas assez fréquents de suicide, d'avortement provoqué, d'abandon d'enfants ou d'infanticide sont des conduites pour échapper au poids de ces conséquences.

La non utilisation des méthodes contraceptives est à la base de cette situation et il y a lieu de consentir encore des efforts pour améliorer l'information des adolescentes et des jeunes et leur accès aux services de planification familiale.

- *Les avortements clandestins :*

Nombreuses sont les adolescentes ayant une grossesse non désirée qui cherchent à avorter, mais il est difficile de connaître l'ampleur réelle de cette pratique ; l'avortement étant illégal au Burkina Faso.

Les cas notifiés officiellement correspondent à des cas compliqués vus dans les formations sanitaires et sont donc nettement en dessous de la réalité.

En 2002, les statistiques de la DEP ont dénombré 17,38 cas d'avortement sur mille naissances attendues.

Les données de quelques recherches révèlent que le phénomène est répandu et semble même en progression.

Une étude réalisée par l'UERD en 2001 a montré qu'il y a 40 avortements provoqués pour mille femmes par an à Ouagadougou, soit environ 01 avortement par femme et par vie. Dans ces conditions on estime à 7 800 le nombre d'avortements clandestins par an dans cette même ville et les adolescentes occupent une place importante.

Les conséquences médicales de l'avortement clandestin notamment le décès et la stérilité, confèrent à cette pratique toute sa gravité et son impact sur la santé des adolescentes. Au CHN-Souro SANOU, 37 % des décès maternels sont dus à des avortements clandestins et plus de la moitié concernent des adolescentes. Au CHU- YO, 28% des décès maternels sont dus à des avortements provoqués.



- *La toxicomanie :*

La consommation de la drogue est un phénomène qui n'épargne pas le Burkina Faso et la frange jeune de la population est particulièrement exposée.

L'ampleur du problème est difficile à évaluer mais l'intensité du trafic illicite des stupéfiants et des psychotropes en dit long sur les risques encourus par le pays.

En 1996, 2967 kg de cannabis ont été saisis au Burkina Faso. Une étude faite en milieu étudiant à l'université est venue confirmer certains faits. C'est le cannabis qui est le plus consommé puis viennent les amphétamines ; l'inhalation de colles, de solvants ou de diluants est une nouvelle forme de toxicomanie rencontrée chez les jeunes de 7 à 18 ans des villes et des campagnes.

Les drogues sont souvent associées à l'alcool et au tabac sous forme de polytoxicomanie. L'usage de drogue a été retrouvé dans 8,8 % des causes de troubles mentaux à l'Université de Ouagadougou (SOME M. H, 1992).

- *Le tabagisme et l'Alcoolisme :*

La consommation de tabac chez les jeunes est une réalité préoccupante au Burkina Faso et commence de plus en plus tôt. Selon SOURA Y. (1994), dans les établissements secondaires du Burkina Faso, 13,6% des élèves fument dont 4,2% régulièrement.

Selon une enquête à l'université de Ouagadougou (SOME F, 1991), 74 % des étudiants enquêtés déclarent avoir consommé de l'alcool.

L'âge moyen de la première consommation d'alcool se situe à 14 ans. Les jeunes du milieu urbain sont les plus touchés. L'alcoolisme se manifeste souvent sous forme aiguë.

Selon l'enquête réalisée par l'Association Burkinabé de Santé Publique (ABSP) sur « tabac auprès des adolescents du milieu scolaire de Ouaga et Bobo (13-15 ans) », 20,4% déclarent avoir fumé une ou plusieurs fois par jour dans les 30 jours qui ont précédé l'enquête.

Les trois principaux déterminants associés au tabagisme chez les jeunes sont : la pression exercée par les autres jeunes, le fait de suivre l'exemple des frères, des sœurs et des parents, et le travail à l'extérieur.

- *Les traumatismes :*

- les traumatismes involontaires :

Dans les grands centres urbains, la pathologie accidentelle, notamment celle relative à la circulation, est de plus en plus préoccupante. Une étude sur les aspects épidémiologiques des accidents de la circulation routière à OUAGA en 1993 a notifié que sur 934 cas d'accidents de la circulation routière enregistrés en 25 semaines, 24,5% des accidents étaient constitués d'élèves et d'étudiants ( NARE .N,1993).

La grande concentration des engins à deux roues dans la circulation, l'état des voies et surtout le goût du risque des jeunes, aggravé parfois par la consommation d'alcool ou de drogue, l'impulsivité, le mépris des mesures de sécurité sont des facteurs déterminants.

On peut imputer aux accidents et traumatismes un nombre non négligeable de décès et surtout de handicaps parfois définitifs chez les jeunes.

- les traumatismes volontaires :

Les suicides ou tentatives de suicide, parfois déguisés en accidents, constituent actuellement l'un des principaux problèmes de santé et l'une des causes majeures de décès des jeunes. La plupart des suicides sont d'ordre social, et plus précisément familial. Les grossesses non désirées et les déceptions sentimentales tiennent une bonne place chez les adolescentes.

- *L'excision*

En raison de ses conséquences néfastes sur la santé de la reproduction, l'excision figure en bonne place parmi les problèmes de santé des jeunes ; Malgré les efforts déployés depuis près de vingt ans, la pratique de l'excision est encore loin d'être abandonnée au Burkina Faso en raison de son enracinement dans les habitudes sociales et culturelles, surtout en milieu rural. Selon l'EDS 2003, 75% des femmes enquêtées ont déclaré avoir été excisée.

De plus parmi les femmes enquêtées, 25% avaient déjà fait exciser leur fille aînée et 22% ont déclaré par contre qu'elles n'avaient pas l'intention de le faire.

Selon la religion, la proportion la plus élevée de femmes excisées est observée chez les musulmanes (81%) et la plus faible (62%) chez les protestantes (EDS 2003).

- *Les carences alimentaires et nutritionnelles*

Dans un pays où le déficit céréalier tend à devenir chronique et où la pauvreté et l'ignorance touchent la majorité de la population, les problèmes liés à l'alimentation et à la nutrition tiennent une place de choix dans la santé des jeunes. Le niveau des indicateurs de nutrition traduit bien l'état nutritionnel des groupes vulnérables : 15 % de taux de malnutrition parmi les femmes de 16 à 45 ans et 29 % de taux de malnutrition protéino-calorique chez les enfants de 0 – 5 ans (PNAN 1995).

Les carences en micro nutriments (vitamine A, iode, fer) touchent une grande partie de la population particulièrement la tranche des 6-9 ans de notre public cible. En 1995, l'insécurité alimentaire chronique touchait 19 % de la population du pays et l'avitaminose A entre 4 à 18 % des enfants de 2 à 10 ans (PNAN 1995).

Même si les données sur les carences en micro nutriments sont rares, leurs effets tels que l'insuffisance pondérale, les difficultés d'ordre cognitif et mental sont vécus par les enfants.

La cécité nocturne, l'ulcération de la cornée et la tâche de Bitôt sont les principales manifestations de l'avitaminose A. En 1989 une enquête du projet MS/UNICEF/HKI dans ses provinces d'intervention a donné une prévalence de 1,77% chez les enfants de 6 à 10 ans.

Il convient de noter la situation alimentaire précaire de nombreux élèves notamment du secondaire qui, pour des raisons d'études, vivent hors de leur cadre familial, souvent sans un soutien efficace de la part de leur tuteur et parfois en location. Ce même problème se pose au primaire mais le plus souvent une cantine scolaire permet de pallier à cette difficulté.

- *Les problèmes de santé mentale*

Au Burkina Faso, les statistiques sanitaires disponibles montrent que les troubles mentaux ont constitué 13,1 % des motifs de consultations dans les formations sanitaires en 1997. Les urgences psychiatriques constituent 10 % des urgences médicales.

Selon les données disponibles, les principaux motifs de consultation sont constitués par les affections délirantes aiguës et chroniques, les troubles liés à l'usage de drogues, les épilepsies, les troubles mentaux et troubles du comportement liés à des affections somatiques et les états dépressifs.

Pour le cas spécifique des enfants, des adolescents et des jeunes, les difficultés scolaires, les déficiences mentales, les épilepsies et les psychoses infantiles sont les affections qui amènent les parents à consulter. En ce qui concerne le sous-groupe des adolescentes, des études montrent que les grossesses précoces et/ou non désirées constituent un terrain favorable au développement des troubles mentaux. Selon les mêmes études, 27,1% des adolescentes en grossesse souffrent d'angoisse, 20,6 % d'état dépressif et 11,1 % de crises hystériques.

- *Les endémo-épidémies*

- Le paludisme est la première cause de morbidité et de mortalité au Burkina Faso du fait des conditions climatiques, de l'insalubrité, de la virulence du germe le plus répandu au Burkina Faso (*Plasmodium falciparum* dans 90% des cas), de l'insuffisance de la prise en charge et enfin des connaissances attitudes et pratiques des populations (peu favorables à la lutte contre le paludisme). Selon le plan stratégique 2002-2005 du PNLP/1999, 43% des motifs de consultations sont dus au paludisme.
- Certaines endémies majeures (onchocercoses, trypanosomiase, dracunculose, schistosomiase), sont sous contrôle mais avec des risques de recrudescence. Par contre la tuberculose connaît une expansion à la faveur de l'épidémie du SIDA.
- Les maladies à potentiel épidémique continuent de poser de sérieux problèmes de santé, malgré les mesures préventives mises en œuvre. Les épidémies de méningite et de rougeole sont particulièrement meurtrières chez les enfants et les jeunes. Les taux de létalité au cours des différentes vagues épidémiques sont en général au-dessus des seuils tolérés par l'OMS. Cela traduit une couverture vaccinale insuffisante et une mauvaise préparation du pays aux épidémies.
- On observe une forte prévalence de la maladie trachomateuse : (Enquête de prévalence réalisée en 1997 par le PNLC et IOTA). Le trachome folliculaire touche 26,9 % des enfants de moins de 10 ans au Burkina Faso ce qui reflète l'importance de l'endémie trachomateuse car elle dépasse le seuil de 20 % qui témoigne selon l'O.M.S. d'un problème de santé publique. Le trachome actif touche 4 % des mères de plus de 14 ans au Burkina Faso, Celles de 15 à 19 sont les plus touchées avec une prévalence de 7,4%.

### **3-3 Les principaux déterminants de la santé des jeunes au Burkina**

A l'instar des autres membres de la communauté, la santé des jeunes peut être considérée comme une variable qui dépend de plusieurs facteurs qui sont :

#### **3-3-1 Les facteurs endogènes**

Le développement de l'enfant se fait selon des stades évolutifs dont les appellations sont variables mais qui regroupent des problématiques de développement dont la prise en compte est essentielle pour une bonne santé de l'enfant.

Les besoins de croissance physique de nombreux organes sensibles nécessitent une bonne prise en compte des aspects nutritionnels et d'hygiène de vie.

De même, les phases de transition entre stade (passage de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte) sont généralement sujettes à de nombreuses mutations sur le plan psychique et comportemental. Cette situation n'est pas toujours bien perçue par les adolescents eux mêmes et par les parents.

Au niveau des jeunes filles, l'âge de la puberté constitue toujours une phase critique en terme de recherche d'une nouvelle identité mais aussi en terme d'intégration sociale. De nombreux problèmes de santé de la reproduction se situent à ce stade de développement de la jeune fille (grossesses précoces, gestion du cycle, etc.).

#### **3-3-2 Les facteurs liés à l'environnement**

##### **- L'environnement physique**

L'insuffisance des conditions d'hygiène favorise la transmission des maladies infectieuses notamment parasitaires.

Selon les statistiques de 1996, seulement 33,9 % des Burkinabé consommaient de l'eau potable et 36,8 % utilisaient des latrines hygiéniques.

Les jeunes et les enfants sont les plus touchés par cette insalubrité causant de nombreux motifs de consultation, des retards de croissance du fait des poly parasitismes.

##### **- L'environnement social, économique et culturel**

Au plan social, la situation marquée par la transition d'une société traditionnelle à une société moderne sans une bonne préparation, a transformé la structure familiale. En conséquence, des individus, particulièrement les jeunes ont été soustraits aux systèmes traditionnels de surveillance et de contrôle fondés sur la parenté et la communauté. L'effritement de la cellule familiale expose alors les jeunes à une influence plus grande des pairs; cet effet accompagné de l'action des média contribuent à l'éveil précoce de leurs pulsions sexuelles.

Du fait du faible revenu des ménages, de la montée du chômage et du sous-emploi, les jeunes adoptent de plus en plus de mauvaises habitudes de vie telles la consommation d'alcool, de tabac et de drogues et les relations sexuelles marchandes d'où des risques plus importants pour leur santé.

Le faible niveau de scolarisation des jeunes et particulièrement des jeunes filles entrave beaucoup l'accès à l'information avec toutes les conséquences qui en découlent.

L'appartenance à certaines religions ou sectes apparaît comme un frein à l'utilisation des services de santé des jeunes et particulièrement certaines méthodes contraceptives modernes.

### **3-3-3 Les facteurs liés aux habitudes de vie**

Le jeune se caractérise par sa facilité à adopter de nouveaux comportements souvent par imitation de ses modèles qu'il crée où qui s'imposent à lui. Ces comportements peuvent être positifs ou négatifs pour la santé

Chez les jeunes, les modes de vie impliquent généralement des comportements plus téméraires que dans d'autres groupes. Un comportement téméraire implique certes un risque pour la santé, mais il donne souvent au jeune le sentiment « d'être adulte ». Il peut être aussi pour les jeunes un moyen d'échapper à des conflits personnels. Il peut donc présenter des avantages à court terme, même si le dommage causé peut être durable.

L'influence sur les comportements des jeunes nécessite des actions multi - sectorielles impliquant aussi bien la cellule familiale , les médias , les éducateurs, la communauté que les jeunes eux mêmes.

### **3-3-4 Les facteurs liés à l'offre de soins en faveur des jeunes**

La situation nationale est caractérisée par :

- Une faible accessibilité géographique à des services de santé qui intègrent la dimension jeune dans leur PMA. En effet, au regard de la faible existence des services spécifiques pour jeunes, les problèmes de santé des jeunes sont pris en charge par les services classiques de santé à travers le territoire national. Cependant ces services ne disposent pas d'un PMA et d'un paquet de ressources en rapport avec des questions spécifiques pour les jeunes. Les secteurs formels tel que les établissements scolaires connaissent cette même difficulté du fait de l'abandon de la promotion de la santé scolaire et universitaire.
- Les élèves sont reçus dans les formations sanitaires communes dans les mêmes conditions que les autres patients et souvent avec un accueil peu enthousiaste. Ils y passent beaucoup de temps au détriment des cours. Certains établissements d'enseignement, à partir de fonds propres ou d'autres sources, dispensent des soins élémentaires gratuits à leurs élèves. Ces initiatives sont peu nombreuses et se heurtent à un problème de pérennisation.
- Une faible accessibilité financière aux soins de santé. En effet la mise en place d'un processus de tarification des actes médicaux et l'absence de politique de subvention des soins aux jeunes aussi bien du secteur formel que du secteur informel rendent les soins difficilement accessibles pour cette tranche de la population.
- La qualité des services de santé pour jeune reste insuffisante. Cette situation est liée à l'insuffisance de la mise en œuvre du PMA pour jeunes, à l'insuffisance de ressources humaines compétentes pour la gestion des problèmes de santé des jeunes.

- Une approche souvent sélective des problèmes de santé des jeunes. La santé de reproduction apparaît comme étant l'axe principal des préoccupations en matière de santé des jeunes laissant de côté les autres problèmes qui prennent de l'ampleur ;
- Une absence d'approche multisectorielle au regard de la diversité et de la complexité des problèmes de santé des jeunes.

### **3-4 Les principales interventions en faveur de la santé des jeunes**

Sur le plan juridique, le Burkina Faso, à l'instar d'autres pays membres d'organisations internationales, a souscrit à bon nombre de conventions issues des grandes conférences internationales dont la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Caire 1994). Il a également ratifié des traités et instruments juridiques internationaux dont la convention relative aux droits de l'enfant, la Convention sur le tabac (56ème Assemblée mondiale de la santé, Genève mai 2003) et les différentes conventions sur les autres formes de discrimination.

Aussi, la politique de population adoptée en 1991 et révisée en décembre 2000, fait une large place à la santé de la reproduction et à la santé sexuelle. Plus récemment le PNDS tout en indiquant les priorités pour les groupes vulnérables, précise que l'organisation de la santé scolaire et universitaire doit être prioritaire pour les dix prochaines années

L'importance accordée à la santé des jeunes a suscité la création en 1995, d'un service de santé des jeunes à la Direction de la Santé de la Famille (DSF) du Ministère de la santé. L'éducation en matière de population (EMP) est adoptée en 1997 par le gouvernement dans le cadre du programme d'enseignement secondaire. Son introduction effective a débuté en 1980. Les résultats concluants ont conduit d'abord à l'élargissement de l'EMP à l'enseignement primaire et à sa généralisation depuis 1992.

En juillet 1996, deux centres jeunes ont été ouverts à Ouaga et Bobo. Le 20 Décembre 1997, le chef de l'état lançait à la maison du peuple de Ouagadougou la campagne multimédia avec pour thème « jeunesse et santé de la reproduction ».

Un draft de programme de santé des jeunes a été élaboré pour la période de 1998 à 2002. Enfin un engagement politique est observé au plus haut niveau en faveur de la santé des jeunes. Certains groupes de jeunes, handicapés ou en situation difficile, bénéficient de soins gratuits grâce au soutien étatique et de donateurs à travers des structures telles que :

- l'Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) : structure du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale qui accueille des jeunes dans la rue âgés de 7 à 20 ans en vue de leur réinsertion sociale.
- L'Institut National d'Éducation et de Production (INEPRO) : centre psychopédagogique qui a pour groupe cible les enfants en difficulté, les délinquants, les caractériels et les enfants en danger âgés de 13 à 16 ans pour un séjour de 4 ans maximum à l'internat.

- L'Association Burkinabé pour la promotion des Aveugles et Malvoyants (ABPAM) : institution privée bénéficiant de l'appui d'un personnel étatique.
- L'Institut des Jeunes Sourds du Faso (IJSF) : accueille de jeunes sourds de 6 à 17 ans. Les consultations sont toujours accompagnées de conseils relatifs aux problèmes du patient

A la faveur de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, de nombreuses associations de jeunes se sont constituées aussi bien au plan national que dans les localités les plus reculées.

D'autres départements collaborent dans d'autres domaines tels que la lutte contre la drogue, la lutte contre les Mutilations génitales féminines (MGF) ; l'intégration des services santé des jeunes dans les MJC du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la jeunesse ; la promotion de la santé des adolescentes mariées et des jeunes filles (Projet UNF, Ministère de l'Action Sociale, Projet mille jeunes filles); l'élaboration de programmes d'enseignement et d'alphabétisation (EVF, EMP, alphabétisation fonctionnelle) etc....

Il existe un comité de coordination de la santé des jeunes non fonctionnel au niveau national qui comprend outre le Ministère de la Santé, le Ministère de la promotion de la Femme, le Ministère de l'Enseignement Secondaire et Supérieur et de la Recherche Scientifique, le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale ; le Ministère de l'Emploi du Travail et de la Jeunesse , le Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation et le Ministère de l'économie et du Développement; les partenaires multilatéraux : OMS, UNFPA ; UNICEF ; ONUSIDA ; la Banque Mondiale ;les partenaires bilatéraux : Ambassade Pays-Bas et GTZ ; ABBEF ; Mwangaza- Action et un représentant des associations et mouvements de jeunesse.

### **3-5 Les performances des interventions en faveur des jeunes**

L'abandon de la promotion de la santé scolaire au cours des dernières années, les difficultés liées au fonctionnement des centres pour jeunes, le manque de définition et d'intégration d'un PMA pour jeunes dans les formations sanitaires fonctionnelles rendent l'offre de soins très faible en direction des jeunes.

Les différentes études CAP sur la santé des jeunes au Burkina Faso montrent que leur niveau de connaissances s'est amélioré mais varie selon le sexe, l'âge, le lieu de résidence, le niveau d'instruction et le problème de santé considéré : A titre d'exemple, ces études ont montré que les garçons sont plus informés que les filles, les scolarisés sont mieux informés que ceux qui ne le sont pas, les jeunes des villes sont mieux informés que ceux du milieu rural, les adolescents sont moins informés que les jeunes et enfin les jeunes sont mieux informés sur les IST/SIDA que sur les autres problèmes de santé.

Il importe donc de tenir compte de ces aspects dans les stratégies d'Interventions pour le changement de comportement (ICC).

La sexualité responsable est l'un des sujets sur lequel les jeunes (scolaires ou non) ont le moins de connaissances. Chez les filles scolaires de moins de 18 ans, 64,2 % ont reçu des informations sur l'alcoolisme, 73% sur l'excision, 51,1% sur les avortements clandestins, 54,7%

sur les méthodes contraceptives contre seulement 19,7 % sur la sexualité responsable (B.SONDO et I. OUEDRAOGO 1997).

On constate une amélioration du niveau de connaissances mais des erreurs sur des aspects comme les symptômes, les traitements et les moyens de prévention des maladies demeurent et résultent de la persistance des rumeurs, des préjugés et de la mauvaise compréhension des messages. Selon TRAORE H. (1996), seulement 12 % des jeunes célibataires de Kaya pensent que tout le monde peut transmettre le SIDA.

A Gaoua, Desmarthon et al (1992) ont noté que 66 % des jeunes analphabètes ayant entendu parler du SIDA croient réellement à son existence.

A titre d'exemple, une étude CAP réalisée en 2002 sur la Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes (SRAJ) a montré que 55% des adolescents et des jeunes à Tenkodogo, 41% à Koupèla, 40% à Zabré et 60% à Ouargaye reconnaissent l'existence du VIH dans leur localité. Les principaux modes de transmissions ont été identifiés par trois quarts des jeunes. Le préservatif apparaît comme moyen de protection du SIDA pour plus de 65% de la région sanitaire du Centre Est (Tenkodogo). Selon cette même étude dans les régions sanitaires de l'Est, du Centre Est et du Sahel, l'âge au premier rapport sexuel est de 15 - 19 ans chez la majorité des enquêtés. Le préservatif est parfois associé à la sexualité vénale ou réservé à des groupes comme les prostituées et les vagabonds sexuels. Les obstacles socioculturels et religieux figurent en bonne place dans la persistance des comportements à risque. La radio, la télé, les amis et les agents de santé sont les principales sources d'information des jeunes sur le VIH.

En 1995, BONZI a noté 1,3 partenaires contre 2,5 respectivement pour les filles et les garçons des classes de troisième et du second cycle. Les rapports sexuels sans préservatifs sont un autre risque que les jeunes justifient par la non perception de son utilité, la diminution du plaisir, le refus du partenaire et le manque de confiance en ses capacités de protection.

### **3-6 Synthèse des problèmes prioritaires de santé des jeunes**

L'appréciation de l'état de santé des jeunes est difficile du fait de l'inexistence dans la plupart des cas d'indicateurs spécifiques à ce groupe. Les indicateurs existants sont peu performants et les données sont parfois difficiles à généraliser. Ils permettent tout de même de comprendre que l'état de santé des jeunes reste précaire du fait essentiellement de :

- la faible accessibilité géographique à des services de santé qui intègrent la dimension jeune dans leur PMA du fait de l'insuffisance quantitative et qualitative des structures capables de prendre en charge efficacement les problèmes de santé des jeunes,
- la faible accessibilité financière aux soins de santé liée à l'insuffisance de politique de protection sociale pour les jeunes aussi bien dans le secteur formel que non formel,
- l'insuffisance de l'organisation de la santé scolaire et universitaire,
- l'absence d'une approche globale, multisectorielle des problèmes de santé des jeunes,
- l'insuffisance des stratégies efficaces pouvant influencer sur le comportement des jeunes dans la perspective de les faire adopter des comportements sains,



- l'insuffisance de coordination et de développement du partenariat pour la santé des jeunes,
- l'insuffisance de la supervision, de l'appui technique en matière de santé des jeunes,
- la faible implication des familles, de la communauté dans la prise en charge des problèmes de santé des jeunes,
- problèmes liés au comportement notamment l'insuffisance d'information, l'influence négative des pairs, des parents, des médias et les obstacles socioculturels, religieux, traditionnels.
- l'existence de problèmes liés à l'environnement physique exposant aux traumatismes non intentionnels, au manque d'hygiène en général et alimentaire en particulier, à la pollution de l'air dans les habitations et à la mauvaise élimination des déchets.
- l'insuffisance d'information scientifique sur les problèmes de santé des jeunes pour améliorer la prise de décision.

## **2<sup>ère</sup> PARTIE**

## **CHAPITRE IV. PLAN STRATEGIQUE DE SANTE DES JEUNES**

### **4.1 BUT DU PLAN**

*Contribuer à améliorer l'état de santé de la population du Burkina Faso*

### **4.2 OBJECTIF GENERAL**

*Améliorer l'état de santé des jeunes (6 à 24 ans) du Burkina Faso d'ici décembre 2008*

### **4.3 OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Réduire l'incidence des IST de 30% et du VIH 20% chez les jeunes,
- Réduire le nombre de grossesses précoces et non désirées chez les jeunes de 30%,
- Réduire le taux des avortements clandestins de 25% chez les jeunes,
- Réduire la prévalence des maladies sociales (alcoolisme, Tabagisme, Toxicomanie...) chez les jeunes de 25%,
- Réduire la mortalité et la morbidité liées aux endémo-épidémies et aux carences nutritionnelles chez les jeunes de 40%,
- Réduire l'incidence des traumatismes chez les jeunes de 20%.

### **4-4 LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES PRIORITAIRES**

S'appuyant sur l'analyse situationnelle qui a permis de dégager les principaux problèmes des jeunes dans le domaine de la santé, de la nutrition et des différents domaines d'intervention, les orientations stratégiques prioritaires ci après sont susceptibles d'apporter une réponse aux problèmes identifiés

#### **4-4-1 La promotion de la prise en charge médico-sociale appropriée pour répondre aux problèmes prioritaires de santé des jeunes**

Il s'agit de permettre à l'ensemble des jeunes d'avoir accès à des services de santé de qualité pour jeunes ; la mise en place de nouvelles structures et l'aménagement de celles qui existent déjà seront favorisés.

Comme le montre l'analyse de la situation, l'offre de service médico-social en faveur des jeunes reste fortement limitée aussi dans l'espace que dans le contenu.

Il sera assuré dans les établissements d'enseignement scolaire et universitaire des soins pour les élèves et étudiants. La médecine scolaire ayant une vocation préventive, elle devra mettre l'accent sur les activités préventives notamment la vaccination, les visites systématiques et les campagnes de dépistage de certaines pathologies (affections oculaires, bucco – dentaires, parasitoses...) la prévention des violences, accidents et traumatismes non intentionnels.

Les structures privées seront encouragées à s'impliquer dans l'offre de soins.

Pour assurer des soins de qualité, le renforcement des compétences des acteurs et le renforcement du plateau technique en équipement devront être réalisés pour satisfaire les besoins des jeunes. Il importe aussi d'intégrer des services pour jeunes dans le PMA des formations sanitaires.

Cette approche devra permettre aux jeunes, quelque soit leur profil social, culturel et économique, de bénéficier d'une prise en charge en fonction de leurs besoins. Il s'agira enfin à travers cet axe de promouvoir une approche fondée sur une prise en charge globale des problèmes de santé des jeunes (problèmes médicaux, problèmes psychologiques et problèmes sociaux).

#### **4-4-2 La promotion des comportements positifs chez les jeunes**

De nombreux problèmes de santé chez les jeunes restent liés à l'adoption de comportements à risque. Cet axe devra permettre d'amener les jeunes à adopter des comportements favorables à leur santé. Pour cela il faudra développer des activités de communication pour le changement de comportement (CCC) à l'intention des jeunes en utilisant tous les canaux et méthodes de communication.

#### **4-4-3 Le suivi et l'évaluation des interventions en matière de santé des jeunes**

Une connaissance réelle de l'état de santé des jeunes et son évolution dans le temps est essentielle pour l'orientation des décisions à prendre. Il s'agira de permettre aux acteurs à tous les niveaux de disposer d'informations utiles pour l'action. Cette disponibilité de l'information permettra également de renforcer les actions de plaidoyer en faveur de la santé des jeunes.

#### **4-4-4 La promotion de la recherche sur la santé des jeunes**

Au stade actuel, on dispose de peu d'éléments pour apprécier l'efficacité des stratégies utilisées pour l'amélioration de la santé des jeunes. Il s'agira d'améliorer les connaissances en matière d'organisation des services en faveur des jeunes. Par ailleurs au niveau comportemental et clinique, le niveau de connaissance est à améliorer pour permettre une meilleure adaptation des stratégies de communication et de prise en charge médicale.

#### **4-4-5 La promotion du partenariat en matière de santé des jeunes**

La participation communautaire est un moyen de renforcement de la couverture sanitaire. Pour ce plan, l'implication des jeunes à la résolution de leurs problèmes sera encouragée. La mise en place d'un cadre de coordination facilitera une meilleure utilisation des moyens, un partage de responsabilité entre tous les partenaires de la santé des jeunes, une harmonisation et une coordination des interventions.



#### 4-5 Les domaines d'intervention par axe stratégique

<b>Axes stratégiques</b>	<b>Domaines d'intervention</b>
1 Promotion de la prise en charge médico-sociale des problèmes prioritaires de santé des jeunes	1-1 Renforcement de la mise en place des structures spécifiques opérationnelles pour jeunes à tous les niveaux (centres jeunes, maisons des jeunes .....)
	1-2 Intégration des prestations pour jeunes dans les structures sanitaires fonctionnelles
	1-3 Renforcement des structures de prise en charge au niveau scolaire et universitaire
	1-4 Amélioration des compétences techniques du personnel de santé dans la prise en charge médico-sociale chez les jeunes
	1-5 Promotion de l'utilisation des normes et des protocoles pour la prise en charge médico-sociale des jeunes
	1-6 renforcement de l'accessibilité financière aux soins pour jeunes
	1.7 Impliquer le secteur privé dans l'offre de soins aux jeunes
2 Promotion des comportements positifs chez les jeunes	2-1 Promouvoir l'intégration de la CCC au niveau des secteurs formels comme l'école, l'université et les secteurs d'activités pour jeunes
	2-2 Renforcement de l'éducation de masse pour jeunes
	2.3 Impliquer les jeunes dans l'éducation par les pairs
3 Promotion de la recherche sur la santé des jeunes	3-1 Promotion de la recherche sur les systèmes de santé pour jeunes
	3-2 Développement de la recherche au niveau comportemental chez les jeunes dans les domaines prioritaires (tabagisme, alcoolisme, grossesses non désirées ...)
4 Promotion du Suivi et de l'évaluation de la santé des jeunes	4-1 Élaboration et diffusion d'indicateurs pour le suivi de l'état de santé des jeunes
	4-2 Promotion de la mise en place d'un observatoire national sur la santé des jeunes
5 Promotion du partenariat en faveur de la santé des jeunes	5.1. Renforcement de la collaboration intersectorielle
	5.2. Renforcement de la collaboration intra sectorielle
	5.3. Promotion d'un cadre institutionnel propice pour la gestion des problèmes de santé des jeunes
	5.4 Renforcement du partenariat avec les structures privées, les ONG et les associations intervenant dans la santé des jeunes

#### 4-6 Répartition des domaines d'intervention selon les principaux acteurs

Domaines	DSF	DRH	DRS	ECD	ENSP	UFR/SDS	CHR/CHN	Partenaires*
1-1 Renforcement de la mise en place des structures spécifiques opérationnelles pour jeunes à tous les niveaux (centres jeunes, maison des jeunes .....)	+++	+++	++	++	+++	+++	++	++
1-2 Intégration des prestations pour jeunes dans les structures sanitaires fonctionnelles	+++	+	++	++	++	+	++	+
1-3 Renforcement des structures de prise en charge au niveau scolaire et universitaire	+++	+++	++	++	+	++	+	++
1-4 Amélioration des compétences techniques du personnel de santé dans la prise en charge médico-sociale chez les jeunes	+++	+++	++	++	+++	+++	++	++
1-5 Promotion de l'utilisation des normes et des protocoles pour la prise en charge médico-sociale des jeunes	+++	+	++	++	+	+	++	+
1-6 Renforcement de l'accessibilité financière aux soins pour jeunes	+++		++	++			++	+
1.7 Impliquer le secteur privé dans l'offre de soins aux jeunes	+++		++	++				++
2-1 Promouvoir l'intégration de la CCC au niveau des secteurs formels comme l'école, l'université et les secteurs d'activités pour jeunes	+++		++	++	++	++		+++
2-2 Renforcement de l'éducation de masse pour jeunes	+++		++	++				+++
3-1 Promotion de la recherche sur les systèmes de santé pour jeunes	+++		++	++	++	+++	++	++
3-2 Développement de la recherche au niveau comportemental chez les jeunes dans les domaines prioritaires (tabagisme, grossesses non désirées)	+++		++	++	++	+++	++	++
2.3 Impliquer les jeunes dans l'éducation par les pairs	+++		++	++				+++

\* y compris les autres départements ministériels

<b>Domaines</b>	<b>DSF</b>	<b>DEP</b>	<b>DRH</b>	<b>DRS</b>	<b>ECD</b>	<b>ENSP</b>	<b>UFR/SDS</b>	<b>CHN/CHR</b>	<b>Partenaires</b>
4-1 Élaboration et diffusion d'indicateurs pour le suivi de l'état de santé des jeunes	+++	++		+++	+++			+++	+
4-2 Promotion de la mise en place d'un observatoire national sur la santé des jeunes	+++	+++		+++	+++		++	+	++
5.1. Renforcement de la collaboration intersectorielle	+++	++		+++	+++	+	+	+	+++
5.2. Renforcement de la collaboration intra sectorielle	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
5.3. Promotion d'un cadre institutionnel propice pour la gestion des problèmes de santé des jeunes	+++	++		+++	+++	+	+		++
5.4 Renforcement du partenariat avec les structures privées, les ONG et les associations intervenant dans la santé des jeunes	+++	++		+++	+++				+++

NB : Les + désignent le degré d'importance accordée à la structure



## **V. LA MISE EN ŒUVRE DES AXES STRATEGIQUES**

### **5-1. Processus de dissémination.**

Le document de stratégie étant un outil de travail pour les différents acteurs du système de santé, un accent doit être mis pour assurer son appropriation par ces différents acteurs.

#### **5-1-1 La validation du document**

Le plan stratégique est validé par le ministère de la santé et constitue donc un document officiel de référence en matière de santé des jeunes.

#### **5-1-2 La dissémination.**

Chaque acteur est tenu de faire connaître le contenu du document aux différents échelons du système dont il a la charge et s'assurer que le contenu du plan est utilisé pour la planification opérationnelle. Il s'agira donc de procéder à une dissémination active du document afin de s'assurer que les acteurs ont compris non seulement la pertinence du document mais également que des stratégies de prise en compte des axes sont clairement identifiées. Cette dissémination devra se faire sous forme d'ateliers avant l'élaboration des différents plans opérationnels 2005.

### **5-2 L'appropriation du plan stratégique par les différents acteurs.**

Outre la participation aux différents ateliers, chaque acteur devra définir une stratégie d'intégration des axes stratégiques dans son plan d'action ou dans son programme d'intervention

La DSF pourra ainsi élaborer chaque année un plan d'action qui s'inspire essentiellement des domaines d'intervention portant sur la production des normes et protocoles, leur application au plan national, leur révision, leur évaluation ...

Les DRS et les Districts sanitaires s'orienteront davantage vers la mise en œuvre des directives en fonction des spécificités de chaque localité.

Quant aux partenaires de la santé, la formulation de leurs projets ou programmes se fondera sur les axes prioritaires définis par le plan stratégique. L'organisation des ateliers de dissémination peut offrir un cadre pour de telles réflexions.

La DSF devra formuler des directives chaque année en guise de rappels au moment de l'élaboration des plans d'action opérationnels.

### 5-3 Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre doit être envisagé à deux niveaux :

- Le suivi du processus de mise en œuvre
- L'évaluation des résultats et des effets

#### 5-3-1 Le suivi du processus de mise en œuvre

Il s'agit de s'assurer d'une prise en compte effective des différents axes stratégiques par les différents niveaux du système de santé

Les rapports des ateliers de dissémination, les directives de même que le contenu des plans et programmes devront attester de la mise en œuvre du plan stratégique.

Les activités ci dessous seront développées par niveaux

- *Au niveau central*

ACTIVITE	RESPONSABLE	MECANISME	PERIODE
Adopter officiellement le plan stratégique	SG, DGS, DSF, partenaires	Une journée	Première année
Diffuser le document du plan stratégique aux DRS et aux partenaires	DSF, partenaires	Ateliers régionaux	Première année
Organiser des missions d'appui au niveau régional pour les activités de santé des jeunes	DSF	Missions d'appui	Durant les 05 années à venir
Suivre les activités de terrain en matière de santé des jeunes	DSF	Sorties de terrain	Tous les six mois
Coordonner la mise en œuvre du plan stratégique	DSF	Rencontres périodiques	A la fin de chaque année
Évaluer la mise en oeuvre	DSF, DEP, Consultant	Sorties de terrain recueil/exploitation de données	En 2008

- *Niveau régional*

ACTIVITE	RESPONSABLE	MECANISME	PERIODE
Organiser une rencontre d'information sur le plan stratégique avec les partenaires locaux	DRS, partenaires	Une journée	Première année
Rendre disponible le document au niveau des districts sanitaires	DSF, DRS	Ventilation	Première année
Intégrer la problématique de la santé des jeunes y compris la santé scolaire et universitaire parmi les thèmes débattus	DRS, DSF, partenaires	Rencontre périodique	Durant les 05 années à venir

lors des CTRS.			
Intégrer les activités de santé des jeunes dans les plans d'action des régions	DRS, DSF,	Atelier annuel	Chaque année
Suivre et superviser les ECD dans la mise en œuvre des activités de santé pour jeunes.	DRS	Sorties sur le terrain	Tous les trois mois
Coordonner les activités de santé des jeunes de la région	DRS, Cadre régional de concertation	Rencontre périodique	Deux fois par ans

- *Niveau district*

ACTIVITE	RESPONSABLE	MECANISME	PERIODE
Organiser une rencontre d'information sur le plan stratégique avec les partenaires locaux	ECD, partenaires	Une journée	Première année
Intégrer les activités de santé des jeunes y compris la santé scolaire et universitaire dans les activités des CSD.	ECD, partenaires	Rencontre périodique	Tous les trois mois
Intégrer les activités de santé des jeunes dans les plans d'action des districts	ECD	Atelier annuel	Chaque année
Mettre en œuvre les activités de santé des jeunes au sein des FS et de la communauté	ECD, COGES	Vérification des indicateurs de mise en œuvre.	Durant les 05 années à venir
Superviser les prestataires et les relais communautaires	ECD	Sorties de terrain, recueil et exploitation de données	Tous les trois mois

### 5-3-2 L'évaluation des résultats et des effets

Il s'agit de s'assurer à long terme, que la mise en œuvre des axes stratégiques produit des effets en terme 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.

## **5.4 La mobilisation des ressources**

La capacité de mobilisation des ressources conditionne en grande partie le succès du plan. Le niveau central joue le rôle essentiel mais les niveaux intermédiaire et périphérique doivent développer des initiatives pour mobiliser des ressources locales additionnelles. L'Etat contribuera à travers les budgets annuels. Les partenaires au développement et le secteur privé sont appelés à contribuer au financement de ce plan. Il s'agira d'assurer prioritairement le financement aux interventions pour la santé des jeunes entrant dans le cadre de ce plan.

La Direction de la Santé de la Famille (DSF) assurera un plaidoyer continu en faveur du financement de ce plan.

### **5.4.1 Les ressources humaines**

Une bonne combinaison des stratégies permettra de disposer d'un minimum de personnel pour les prestataires de santé des jeunes y compris la santé scolaire et universitaire et nécessitera :

- Une bonne répartition et utilisation rationnelle du personnel existant,
- Une implication des différents partenaires (structures étatiques, ONG, associations notamment de jeunes, communautés) dans un cadre de concertation et de collaboration intersectorielle et une utilisation de personnes relais.
- Une formation et une motivation de tous les prestataires potentiels dans le cadre de la santé des jeunes y compris la santé scolaire et universitaire.
- Un respect des normes en personnel des formations sanitaires pour une réussite du plan.

### **5.4.2 Les ressources matérielles et financières**

Il est important que la mobilisation des ressources matérielles et financières auprès des sources habituelles de financement (Etat, collectivités, partenaires financiers, communauté) se fasse de façon coordonnée et concertée, de préférence au cours des rencontres entre partenaires financiers et responsables des niveaux central, intermédiaire et périphérique pour éviter les gaspillages de ressources.

Par souci de pérennisation des activités du Plan, un accent sera mis sur les efforts de financement local par le recouvrement des coûts.

La micro- assurance santé (pré- paiement, mutuelle de santé) sera encouragée au sein des communautés qui en expriment les besoins.

## 5.5 Suppositions importantes

Le présent plan est une contribution du secteur de la santé à l'amélioration de la santé des jeunes du Burkina Faso. Sa réussite est conditionnée par une implication effective des autres départements ministériels tels que :

*Le Ministère de l'Emploi du Travail et de la Jeunesse* : Poursuivre la politique de l'emploi des jeunes et renforcer la promotion du sport chez les jeunes

*Le Ministère de l'Enseignement Secondaire et Supérieur et de la Recherche Scientifique* : Poursuivre la politique d'enseignement secondaire, supérieure et la recherche. Qu'un accent particulier soit mis dans l'organisation de la santé scolaire et universitaire, de même que le renforcement de la recherche en matière de santé.

*Le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale (MASSN)* : Pour la mobilisation sociale, 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.

*Le Ministère de la promotion de la Femme* pour 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.

*Le Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation* : Poursuivre la mise en œuvre du plan décennal et qu'un accent particulier soit mis sur la santé des scolaires.

*Le Ministère des Droits Humains* chargé de l'adaptation et de l'application des textes législatifs et réglementaires en matière de droit de 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.

*Le Ministère de l'Économie et celui des Finances* chargés de la lutte contre la pauvreté en général pourront susciter des activités génératrices de revenus pour la femme et rechercher d'autres alternatives de financement des prestations de santé.

*Le Ministère de l'Éducation* poursuivra l'amélioration de l'alphabétisation et la scolarisation de la jeune fille et de la femme.

*Le Ministère de l'information* : 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.

## **ANNEXES**

1. Orientations stratégiques selon l’OMS
2. Indicateurs de suivi
3. Paquet minimum d’activités en santé de la reproduction des adolescents et jeunes de 10 à 24 ans
4. Organigramme du Ministère de la santé
5. Organigramme de la Direction de la Santé de la Famille (DSF)

**ANNEXE 1 : Orientations stratégiques pour améliorer la santé et le développement des enfants et des adolescents, selon OMS**

Stade et résultats recherchés	Axes d'intervention prioritaires
Période prénatale et périnatale : naissance d'un bébé en bonne santé	<p><b>Avant et durant la grossesse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention des grossesses précoces</li> <li>• Grossesses survenant en temps opportun, bien échelonnées et désirées</li> <li>• Mère bien nourrie et en bonne santé</li> <li>• Grossesses sans abus de drogues, sans tabac et sans alcool</li> <li>• Vaccination contre le tétanos et la rubéole</li> <li>• Conseil génétique, prévention des anomalies congénitales (avant ou à l'époque de la conception)</li> <li>• Prévention de la transmission mère - enfant du VIH</li> </ul> <p><b>Au cours de la grossesse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage précoce et prise en charge des complications maternelles</li> <li>• Surveillance du bien-être fœtal et intervention rapide en cas de complications fœtales</li> <li>• Préparation à l'accouchement et aux situations d'urgences ;</li> <li>• Vaccination antitétanique</li> <li>• Prévention et traitement de l'anémie</li> <li>• Prévention et traitement des infections (paludisme, ankylostome, syphilis et autres IST)</li> <li>• Prévention de la transmission mère - enfant du VIH à la naissance et immédiatement après l'accouchement</li> <li>• Accouchement sécurisé avec l'assistance de personnel qualifié</li> <li>• Dépistage précoce et prise en charge des complications de l'accouchement et des complications fœtales</li> <li>• Prise en charge obstétricale des complications</li> <li>• Réanimation du nouveau-né</li> <li>• Soins au nouveau-né : chaleur et propreté</li> <li>• Début précoce de l'allaitement au sein exclusif</li> <li>• Dépistage précoce et prise en charge rapide des complications chez le nouveau-né</li> <li>• Soins spéciaux aux nouveau-nés de trop petit poids et/ou présentant des complications.</li> </ul> <p><b>Au cours du premier mois de vie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccination</li> <li>• Allaitement exclusif au sein</li> <li>• Dépistage précoce et prise en charge rapide des maladies du nouveau-né</li> <li>• Instauration de liens affectifs avec la personne qui s'occupe le plus de l'enfant</li> <li>• Dépistage et prise en charge des mères souffrantes d'une dépression du post partum.</li> </ul>
Première année de vie : survie au-delà de la période la plus vulnérable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allaitement au sein exclusif pendant six mois</li> <li>• Alimentation complémentaire appropriée après six mois et poursuite de l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà</li> <li>• Installation de la relation affective avec la personne qui s'occupe le plus de l'enfant</li> <li>• Stimulation par la parole et le jeu</li> <li>• Vaccination complète</li> <li>• Prévention, dépistage précoce et prise en charge des infections respiratoires aiguës, de la diarrhée, du paludisme, de la rougeole, du VIH/SIDA</li> <li>• Prévention et traitement de la malnutrition, y compris les carences en micro-nutriments</li> <li>• Dépistage et traitement des déficiences visuelles et auditives</li> <li>• Dépistage et prise en charge des mères souffrant d'une dépression du post partum.</li> </ul>

<p>Petite enfance (jusqu'à 5 ans) : l'enfant est prêt à entrer à l'école</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentation complémentaire adaptée et poursuite de l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà, pour arriver à un régime suffisant et varié comportant les micronutriments nécessaires</li> <li>• Stimulation par la parole et le jeu</li> <li>• Vaccination complète</li> <li>• Prévention, dépistage précoce et prise en charge rapide des principales maladies transmissibles et notamment des infections respiratoires aiguës, de la diarrhée, du paludisme, de la rougeole, du VIH/SIDA</li> <li>• Traitement vermifuge régulier</li> <li>• Prévention et prise en charge de la malnutrition y compris les carences en micronutriments</li> <li>• Dépistage et prise en charge des déficiences visuelles et auditives</li> <li>• Dépistage et prise en charge des retards de développement et des difficultés d'apprentissage</li> <li>• Protection contre les risques présents dans l'environnement</li> </ul>
<p>Enfance (jusqu'à 10 ans) : l'approche de la puberté</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régime alimentaire suffisant et varié, comportant les micro - nutriments nécessaires</li> <li>• Promotion de modes de vie sains</li> <li>• Prévention, dépistage précoce et prise en charge des infections, infestations et traumatisme</li> <li>• Traitement vermifuge régulier</li> <li>• Prévention, dépistage précoce et prise en charge des problèmes de santé mentale</li> <li>• Dépistage et prise en charge des déficiences visuelles et auditives</li> <li>• Dépistage et prise en charge des difficultés d'apprentissage</li> <li>• Scolarisation universelle</li> <li>• Possibilité d'apprentissage et de jouer dans un environnement adapté aux enfants</li> <li>• Possibilité de nouer des relations saines avec les enfants du même âge</li> <li>• Protection contre les conduites à risque telles que la consommation de tabac, d'alcool et de drogues</li> <li>• Protection contre le travail des enfants</li> <li>• Promotion de milieux scolaires sains propice à l'épanouissement physique et psychosocial des enfants</li> </ul>
<p>Adolescence : un adolescent sain, prêt à entrer dans l'âge adulte (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité de nouer des relations saines avec d'autres adolescents</li> <li>• Possibilité de participer et de contribuer aux activités sociales de la communauté</li> <li>• Possibilité de poursuivre des études ou une formation professionnelle dans un cadre (scolaire) favorable à la santé</li> <li>• Protection contre le travail des enfants d'il présente des dangers</li> <li>• Protection contre des pratiques culturelles dangereuses telles que les mutilations sexuelles féminines et la mariage avant la maturité sociale et biologique.</li> </ul>
<p>A toutes les étapes : vivre dans un environnement sûr et structurant</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Environnement sûr au foyer et dans la communauté : air non pollué à l'intérieur des locaux, accès à de l'eau salubre et à des services d'assainissement, gestion des déchets efficace, maison et autres espaces exempts de fumée de tabac.</li> <li>• Prévention de l'exposition aux dangers physiques et chimiques présents dans l'environnement</li> <li>• Protection contre les mauvais traitements, le défaut de soins, l'exploitation et la violence</li> <li>• Prévention des traumatismes dus à des causes non intentionnelles – tels qu'empoisonnement, brûlures, chutes, noyades et accidents de la circulation – et à des actes de violence</li> <li>• Prévention de pratiques dangereuses pour la santé ayant pour origine la discrimination entre les sexes.</li> </ul>



## ANNEXE 2 : Indicateurs de suivi de l'état de santé des jeunes

DETERMINANTS	INDICATEURS	DEFINITION	MECANISMES DE RECUEIL
<b>Indicateurs de couverture et d'utilisation</b>	Ratio Population/personne l qualifié	Nombre de personnel qualifié par rapport à la population	Routine
	Ratio CSPS/Population	Nombre de CSPS par rapport à la population	Routine
	% de formations qui offrent des services selon les normes	Nbre FS offrant service selon norme / Nbre de FS	Statistique district
	Proportion des formations sanitaires disposant des structures pour jeunes.	Nbre FS disposant de structures pour jeunes/ Nbre de FS total	Statistique district
	% des districts avec au moins 1 CDVA	Nbre de district avec au moins 1 CDVA / Nbre de district	Statistique district
	% de FS offrant des soins post abortum	Nbre de FS offrant les soins post abortum/ Nbre de FS	Statistique district
	Taux d'utilisation des services par les 06 – 24 ans	Nbre des 10 – 24 ans utilisant service / Pop 10 – 24 ans	Enquête
	Nbre de structures / associations intervenant dans la PEC des handicapés des 06 – 24 ans	Nbre de structure pour handicapés	District
	Nbre de couple année protection	Nbre de contraceptifs fournis aux accepteurs (10 – 24 ans) x facteur de conversion pour chaque contraceptif	District
	% des 10-24 ans utilisant le condom à chaque rapport sexuel	Nbre 10-24 ans utilisant condom à chaque rapport sexuel / Nbre des 10 – 24 ans sexuellement actif	Enquête
	Prévalence contraceptive chez les 10 – 24 ans	Nbre de filles 10 – 24 ans utilisant une méthode moderne / pop des Filles de 10 -24 ans	Enquête

<b>Indicateurs de qualité de service</b>	Proportion des formations sanitaires appliquant des tarifs réduit pour les jeunes.	Nbre FS appliquant des tarifs réduits/Nbre de FS total	Statistique district
	Nbre de leaders engagés dans la promotion de la santé des jeunes	Nbre	Enquête/ District
<b>Indicateurs d'impact</b>	Taux d'avortements clandestins chez les jeunes filles de 10 à 24 ans	Nbre d'avortements clandestins chez les jeunes filles enregistrées au niveau des structures sanitaires/Nbre de grossesses attendues chez les filles de 10 à 24 ans	Registre des structures de santé, Enquête, EDS
	% des 10 – 24 ans utilisant des drogues et substances illicites	Nbre des 10 –24 ans utilisant drogues et Substances illicites / Population des 10 – 24 ans	Enquête
	Proportion de jeunes garçons de 10 à 24 ans qui fument le tabac	Nbre de jeunes garçons de 10 –24 ans qui fument le tabac /Nbre de jeunes garçon de 10 à 24 ans	enquête
	Proportion des jeunes de 10 à 24 ans consommant de l'alcool	Nbre de jeunes de 10 –24 ans qui consomment de l'alcool/Nbre total de jeunes de 10 à 24 ans	enquête
	% des 10 – 24 ans ayant eu une tentative de suicide	Nbre de 10 – 24 ans tentative suicide / pop 10 – 24 ans	Enquête
	% de suicide chez les 10 – 24 ans	Nbre suicide / Pop 10 – 24 ans	District
	% des 10 – 24 ans ayant subi un accident de la voie publique	Nbre 10 – 24 ans accidentés / Pop des 10 – 24 ans	District/ Enquête statistique district
	Prévalence de l'excision chez les jeunes filles de 6-9ans	Nbre de jeune fille de 6 à 9ans nouvellement excisée/population totale des filles de 6 à 9 ans	Enquêtes
	% des 10-24 ans ayant une IST	Nbre de 10-24 ans avec IST / population des 10-24 ans	Routine
	% des 10-24 ans HIV+	Nbre 10-24 ans HIV+ / Nbre de 10-24 ans testés	CDVA

<b>Indicateurs d'impact (suite)</b>	% de grossesses survenues chez les 10 – 24 ans	Nbre grossesse 10 – 24 ans / population 10 – 24 ans Filles	Enquête
	% de grossesse non désirées	Nbre de grossesse non désirées / Nbre de grossesses survenue	Enquête / statistique
	Taux de Mortalité Maternelle chez les 10 – 24 ans	Nbre de décès Maternel / Naissances vivantes chez les 10 – 24 ans	Enquête/ District
	% des mariés par groupes d'âge chez les 10 – 24 ans	Nbre mariés par groupe d'âge / pop par groupe d'âge	Enquête/ District
	Taux des caries dentaires chez les enfants de 6-9 ans	Nbre d'enfants souffrant de carie/Nbre total d'enfant de 6 à 9 ans	Exploitation des données statistiques, enquête
	Taux de malnutrition proteino calorique chez les enfants de 6-9 ans	Nbre de cas de malnutrition de 6 à 9 ans/Nbre total d'enfants	Exploitation données statistiques (registre enquêtes)
	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-9 ans reçus en consultation	Nbre d'enfant présentant une pâleur des muqueuses/Nbre totaux d'enfants	Registre de consultation

**ANNEXE 3 : Paquet minimum d'activités en santé de la reproduction des adolescents et jeunes de 10 à 24 ans (PMA/SRAJ) à partir du document de « Politique et Normes de Services de Santé de la Reproduction » (2000)**

Services/activités	Communautaire (y compris le milieu scolaire)	MJC/SSJ	CSPS	CMA
1. Consultation prénatale			+	+
2. Prise en charge des grossesses compliquées et pathologiques				+
3. Surveillance du travail			+	+
4. Accouchement normal			+	+
5. Prise en charge des accouchements dystociques				+
6. Surveillance post-partum			+	+
7. Consultation post-natale			+	+
8. Soins obstétricaux d'urgence de base			+	+
9. Soins obstétricaux d'urgence complets				+
10. Prise en charge des conséquences des avortements	+	+	+	+
11. Prise en charge des grossesses extra-utérines				+
12. Réanimation du nouveau-né			+	+
13. Examen du nouveau-né			+	+
14. Soins du nouveau-né	+		+	+
15. Dépistage des lésions du col			+	+
16. Dépistage des tumeurs du sein			+	+
17. Consultation PF			+	+
18. Prescription/administration des contraceptifs	+	+	+	+
19. Gestion des effets secondaires des contraceptifs			+	+
20. Consultation de suivi de PF			+	+
21. IEC/EVF en santé de la reproduction <sup>2</sup> (counselling, causerie, etc.)	+	+	+	+

22. Dépistage IST		+	+	+
23. Traitement IST			+	+
24. Prise en charge des complications des IST				+
25. Counselling pré et post test en VIH/SIDA		+	+	+
26. Dépistage du VIH				+
27. Traitement des infections opportunistes SIDA			+	+
28. Prise en charge psychosociale PVVIH/SIDA	+	+	+	+
29. Prévention des infections	+	+	+	+
30. Plaidoyer sur les pratiques traditionnelles néfastes (violences faites aux femmes, mutilations génitales féminines, mariage précoce et forcé)	+	+	+	+
31. IEC/EVF sur Prévention des pratiques traditionnelles néfastes (violences faites aux femmes, mutilations génitales féminines, mariage précoce et forcé, interdit alimentaire):	+	+	+	+
32. Prise en charge des conséquences des pratiques traditionnelles néfastes (violences faites aux femmes, mutilations génitales féminines, mariage précoce et forcé, interdit alimentaire)			+	+

H : hommes ; F : femmes ; J : jeunes

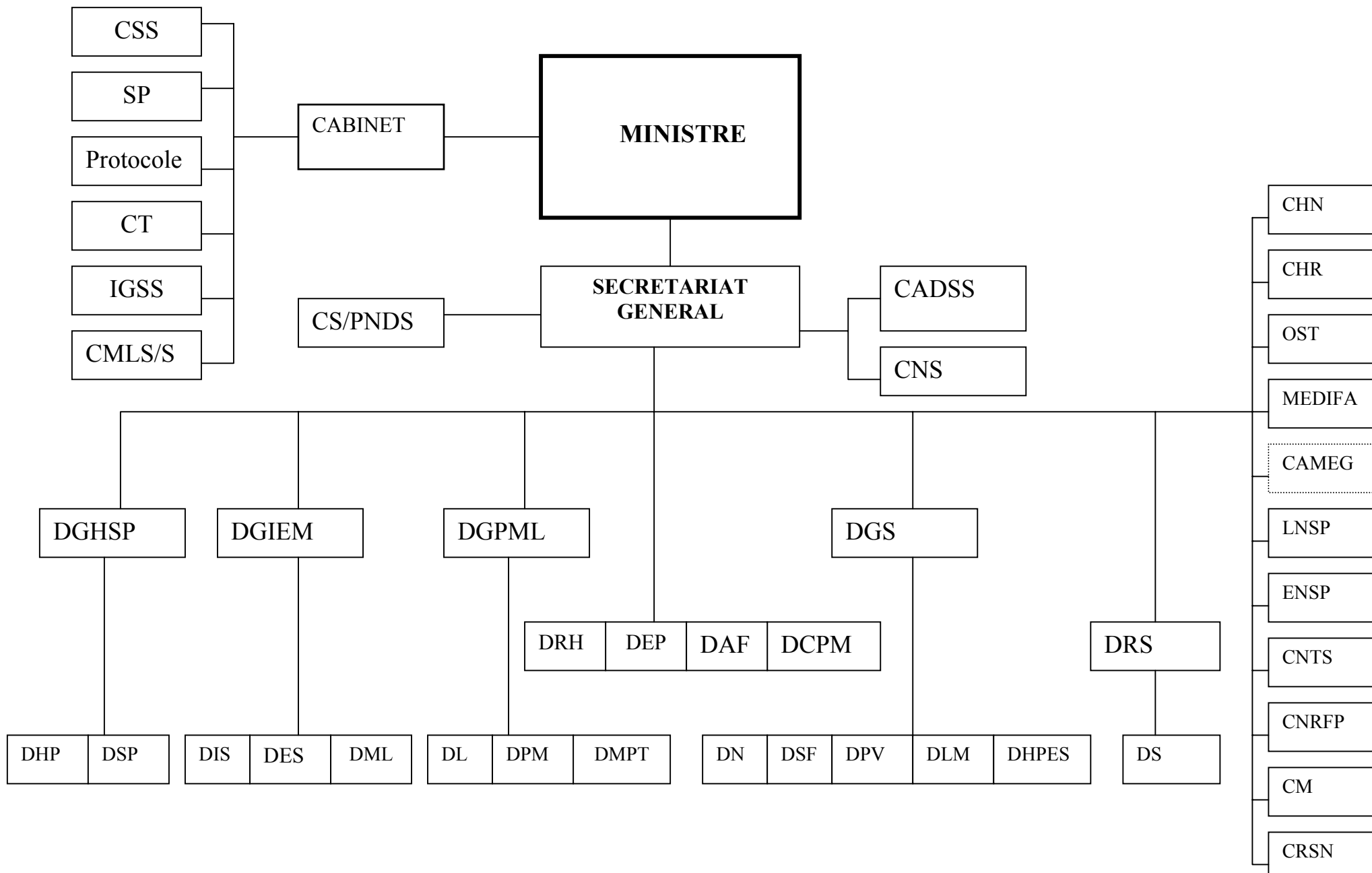
**Activités par niveau d'intervention :**

Niveau communautaire :

Niveau MJC/SSJ :

**Niveau CSPS : Niveau CMA/CHR :**

**ANNEXE 4 : Organigramme du Ministère de la santé**



**ANNEXE 5 : Organigramme de la DSF**

