

Santé des adolescents et des jeunes au Burkina Faso : état des lieux et priorités

MÉDA Ziemlé Clément^{1,2}, YAOGO Maurice³, SOMBIÉ Issiaka^{2,4}, OUÉDRAOGO Julien⁵, TRAORÉ Augusta¹, SANON OUÉDRAOGO Djénéba¹, SAWADOGO Gueswendé Léon¹, KABORÉ Souleymane¹, HIEN Hervé⁶, SAWADOGO Windsouri Rasmata¹

Résumé

La population des adolescents et jeunes au Burkina Faso (tranche d'âge des 10 à 24 ans) représente 43,6 % et suscite un intérêt particulier pour le Ministère de la Santé. Pour ce faire, il y a la nécessité de regarder leurs besoins afin de leur offrir des soins adaptés. La présente étude avait pour objectif de faire le point de l'état de santé des adolescents et des jeunes et d'en dégager des priorités. Il s'est agi d'une étude évaluative ayant utilisé une revue documentaire associée à une interview des acteurs clés et un atelier de validation et d'identification des interventions pertinentes pour un plan stratégique national.

La situation de la santé des adolescents et des jeunes est caractérisée par des grossesses précoces et non désirées, des avortements provoqués clandestins, des rapports sexuels précoces, non protégés, souvent avec plusieurs partenaires, une prévalence élevée du VIH/Sida et des infections sexuellement transmissibles (IST), les traumatismes, les problèmes de santé mentale et les violences diverses. Le phénomène est aggravé par la faible utilisation des méthodes contraceptives et des services de santé par les jeunes. Mal documentée, la situation relative à la consommation d'alcool, de drogue et de tabac, substances hautement nuisibles pour la santé, reste préoccupante. Il est ressorti également l'insuffisance d'infrastructures et d'équipements pour les loisirs ainsi qu'un faible accompagnement technique des activités en faveur des adolescents et des jeunes.

Le constat général est que l'offre de services s'est améliorée malgré l'insuffisance de la sensibilisation, notamment auprès des jeunes non scolarisés, de même que les disparités entre les zones urbaines et rurales pour l'accès à l'information et aux services. Le plan stratégique de santé des jeunes (PSSAJ) constitue un cadre de référence essentiel dont l'importance a été soulignée par tous les informateurs. La diffusion et l'appropriation prévues pour sa mise en œuvre n'ont pas été effectives comme la mise à disposition en temps réel faute de ressources financières, matérielles et humaines. Aussi, il est nécessaire de mettre en place un cadre de concertation associant toutes les parties prenantes pour l'élaboration du document. En outre, l'importance d'un dispositif de coordination et de suivi-évaluation des interventions multisectorielles a été relevée comme une condition essentielle pour atteindre les objectifs du plan stratégique de la santé des adolescents et jeunes. La santé des adolescents et jeunes reste marquée par la nécessité de l'affirmation d'une gouvernance orientée sur leurs spécificités. Par ailleurs, la double protection est apparue comme une solution idoine, à défaut de l'abstinence, face aux causes majeures tridimensionnelles de leurs problèmes (grossesses, avortements et IST/sida). Une approche systémique prenant en compte des interventions multisectorielles reste essentielle pour la prise en compte des problèmes de santé des adolescents et jeunes.

Mots-clés : équité, adolescents et jeunes, système de santé, Afrique, accès aux soins.

¹ Ministère de la santé, Burkina Faso

² Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA), Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

³ AfricSanté, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

⁴ Organisation ouest africaine de la santé, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

⁵ UNFPA, Ouagadougou, Burkina Faso

⁶ Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

* Contact principal auteur : medacle1@yahoo.fr Tél : (00 226) 70 24 48 27 / 70 52 66 62 BP : 2396 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

Health of adolescents and young people in Burkina Faso : background and priorities

Abstract

Adolescents and young people in Burkina Faso (aged between 10 and 24) represents 43.6% and constitutes a particular interest to the Ministry of Health. There is indicated to look at their needs in order to offer them appropriate care. The objective of this study was to assess the health status of adolescents and youth in order to identify some priorities.

This was an evaluative study that used a literature review associated with an interview of the key stakeholders and a workshop to validate and identify interventions relevant to the future national strategic plan for adolescents and youth.

The health status of adolescents and young people is characterized by early and unwanted pregnancies, illegal abortions, early sexual intercourse, unprotected sex, often with multiple partners, high prevalence of HIV/AIDS and sexually transmitted infections (STIs), trauma, mental health problems, and various forms of violence. The phenomenon is exacerbated by the low use of contraceptive methods and health services by young people. The situation regarding the consumption of alcohol, drugs and tobacco, which is highly harmful to health, is still poorly documented. There was also a lack of infrastructures and facilities for leisure activities and a lack of technical support for activities for adolescents and young people.

The general observation is that the provision of services has improved despite insufficient awareness, particularly among out-of-school youth, as well as disparities between urban and rural areas for access to information and services.

The Youth Health Strategic Plan (YESP) is an essential framework of reference that has been emphasized by all informants. The dissemination and appropriation envisaged for its implementation have not been effective as the availability in real time due to lack of financial, material and human resources. It is therefore necessary to put in place a consultation framework involving all the stakeholders in the preparation of the document. In addition, the importance of a coordination and monitoring-evaluation mechanism for multi-sectoral interventions was identified as an essential condition for achieving the objectives of the health strategic plan for adolescent and youth.

The health of adolescents and young people remains marked by the need to affirm governance based on their specificities. On the other hand, double protection appeared to be an appropriate solution, failing abstinence, to the major three-dimensional causes of their problems (pregnancies, abortions and STI / AIDS). A systemic approach that takes into account multisectoral interventions remains essential for addressing the health problems of adolescents and young people.

Keywords: equity, adolescents and youth, health system, Africa, access to care

Introduction

Au plan mondial, la génération actuelle de jeunes de 10 à 24 ans est d'un peu moins de 1,8 milliard d'individus, sur une population mondiale de 7,3 milliards d'habitants [1]. Il s'agit d'une tranche d'âge de la population pour laquelle les investissements dans les bonnes politiques et institutions sont essentiels pour que les jeunes développent leurs connaissances et leurs compétences, restent en bonne santé et contribuent au développement social et économique de leurs pays [2]. Les jeunes constituent la proportion la plus importante de la population en Afrique subsaharienne, avec plus d'un tiers de la population âgée entre de 10 et 24 ans. Et l'Afrique subsaharienne est la seule région du monde où le nombre de jeunes ne cesse de croître de manière substantielle [3], avec des projections de 436 millions d'ici 2025 et de 605 millions en 2050.

Malheureusement, il est noté que cette période transitoire de la vie peut être objet de tout un ensemble de problèmes, notamment des infections à VIH, d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), des grossesses non désirées, un niveau d'éducation faible ou un abandon de l'école ou de toute autre formation, mais aussi de problèmes psycho-sociaux susceptibles d'influer de façon négative sur le développement et le bien-être des jeunes, en particulier des jeunes femmes [4]. Par exemple pour l'incidence du VIH chez les jeunes d'Afrique orientale et australe, on note 430 000 nouvelles infections chez les jeunes de 15 à 24 ans chaque année avec des chiffres plus élevés chez les femmes [4]. Aussi selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), près de 16 millions de jeunes âgés de 15 à 19 ans et des millions d'adolescentes de moins de 15 ans accouchent chaque année. En plus de cela, les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent la deuxième cause de décès pour elles, avec près de 3 millions de cas d'avortements à risque parmi elles [5]. Cela concerne celles pauvres, moins instruites et rurales. Quant au tabagisme, il est projeté que la moitié des consommateurs actuels mourront d'une maladie liée au tabac [6], ce qui plaide en faveur d'actions préventives à des âges plus précoces pour préparer l'avenir.

Sur les 16,5 millions d'habitants que comptait le Burkina Faso en 2010, il ressortait que 33 pour cent de la population était constituée de jeunes âgés de 10 à 24 ans en 2010, avec des projections de 8,2 millions en 2025 et 14,2 millions en 2050 [2]. Pourtant, peu d'actions sont orientées efficacement sur leur santé et leurs préoccupations. La mise en œuvre d'actions pour prendre en compte la problématique de la santé des jeunes et des adolescents recommande d'avoir un regard particulier sur ledit groupe. Les besoins et aspirations des adolescents et des jeunes, l'expérience de réseautage des acteurs intervenant dans le domaine de la Santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ) et d'autres études spécifiques dignes d'intérêt [7], donnent un éclairage actualisé à la fois sur les attentes exprimées mais aussi les défis et les enjeux pour y faire face. Pour ce faire, le Burkina Faso, à travers le Ministère de la Santé, a élaboré depuis juin 2004 un Plan stratégique de santé des jeunes (PSSJ) avec l'implication active des services techniques du département de la santé et l'appui des partenaires au développement. Après la fin de l'échéance de mise en œuvre de ce plan stratégique en décembre 2008, son évaluation préalable constituait une étape nécessaire pour le développement du prochain plan stratégique afin de prendre en compte la spécificité des adolescents et des jeunes. La présente étude rend compte des principaux résultats de l'évaluation du Plan stratégique santé des Jeunes 2004-2008 et en dégage des priorités.

Matériel et méthodes

Présentation succincte du pays : Burkina Faso

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso est un pays continental avec un taux d'accroissement annuel de la population estimé à 3,1% pour une population totale estimée à 17 880 386 habitants en 2014 [8]. La population des adolescents et jeunes dont la tranche d'âge des 10 à 24 ans représente 43,55% et suscite un intérêt particulier pour le ministère de la santé.

Le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés dont le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 43,9% [9]. Selon le rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD, 2013), le pays occupe le 183^{ème} rang sur 186 pays avec un Indice de développement humain (IDH) de 0,343 [10]. 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. 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 [10].

Type et méthodes d'étude, collecte et analyse des données

Une étude transversale, de type évaluatif, a été menée en ciblant cinq des huit sites où sont implantées des structures de prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes (centres jeunes) par le Ministère de la santé. L'évaluation a couvert la période et a permis de dégager les forces et faiblesses de la mise en œuvre du plan stratégique (2004-2008).

Trois approches méthodologiques ont été utilisées : 1. une revue documentaire à partir d'une grille thématique des écrits disponibles sur le sujet (recueil des données de mise en œuvre et d'indicateurs) ; 2. une enquête dans les sites sélectionnés pour la collecte et l'analyse de données qualitatives et quantitatives, complétée par des observations des conditions de travail et du fonctionnement des institutions partenaires menant des activités en santé sexuelle et reproductive (recueil des avis des acteurs et d'indicateurs) ; 3. un atelier de validation du rapport d'évaluation et de définition des grands axes du nouveau plan stratégique (atelier de consensus). Pour la revue documentaire, un état des lieux a été fait des principaux problèmes de santé des adolescents et des jeunes au Burkina Faso, mais aussi des politiques et stratégies d'intervention mises en œuvre et leurs impacts potentiels. Quant à l'enquête formelle, des entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés auprès de 69 personnes relevant de trois profils socio-professionnels (décideurs institutionnels, acteurs opérationnels et prestataires de soins). L'intégralité des données des entretiens approfondis a été transcrite (logiciel f4) avant l'analyse de contenu thématique. La sélection des sites d'enquête a été faite en deux étapes : la sélection des sites d'enquête sur la base de districts sanitaires disposant d'un centre jeune (huit régions sanitaires concernées) ; et le tirage aléatoire des cinq régions suivantes a été effectué sur les huit régions disposant d'au moins un Centre jeunes parmi l'ensemble des 13 régions du pays : Centre Sud, Hauts bassins, Centre, Sud-Ouest et Centre Nord. La sélection des districts sanitaires (DS) de ces 5 régions éligibles ayant au moins un centre jeune a été faite en retenant d'office les régions n'ayant qu'un seul centre jeune (DS de Boulsa et de Pô) et par tirage aléatoire pour les régions où sont implantés plusieurs centres jeunes (DS de Bogodogo, de Batié et de Orodara). Enfin, durant la phase de collecte des données, les activités étaient focalisées sur l'aire des districts sélectionnés mais une partie de l'information a

été recherchée auprès des responsables régionaux (Directions régionales de la santé (DRS), membres des Equipes cadres de district (ECD) des DS et des organisations partenaires. Les données ont été enregistrées, transcrites intégralement et analysées manuellement. Une synthèse descriptive effectuée à partir d'une triangulation des différentes sources de données a permis de documenter les principaux centres d'intérêt explorés (connaissance des priorités et des orientations stratégiques nationales / PSSJ 2004-2008, connaissance du contenu du PSSJ 2004-2008, prise en compte des orientations stratégiques du PSSJ dans les activités/interventions, leçons apprises du PSSJ 2004-2008, amendements pour l'élaboration du PSSJ 2011-2015 et son plan d'action).

Enfin, il a été tenu la réunion bilan de validation du rapport d'évaluation qui a réuni l'ensemble des structures intervenant dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes. Il s'est agi d'un atelier de concertation sur la définition des fondamentaux pour l'élaboration du Plan stratégique santé des jeunes (2015-2020) dont l'objectif de cette plénière était d'arriver à un consensus sur l'état des lieux et d'identifier les problèmes réels et les stratégies adaptées de lutte.

Considérations éthiques

Une autorisation d'enquête auprès du Ministère de la santé a été obtenue avant le début du travail. Une demande préalable de consentement orale a été faite aux différents informateurs après avoir expliqué les objectifs de l'étude et comment les informations recueillies seront utilisées. Les interlocuteurs ont été également informés que l'anonymat et la confidentialité sont garantis dans le traitement et l'exploitation des données.

Résultats

Concept de santé des adolescents et des jeunes

Le terme jeune est utilisé ici pour désigner la tranche d'âge de la population comprise entre 15 et 24 ans [11]. La tranche d'âge de 10 à 19 ans constitue celle des adolescents [11]. « *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* » [12].

Etat de santé des adolescents et des jeunes

La question de l'état de la santé des adolescents et des jeunes, est abordée en référence aux thématiques relatives à la situation de la santé des adolescents et des jeunes suivie d'une analyse de la situation par une mise en contexte selon les piliers du système de santé.

a. Thématiques relatives à la situation de la santé des adolescents et des jeunes

La situation de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes est marquée par une proportion élevée de grossesses précoces et non désirées (statistiques), des avortements provoqués clandestins (estimation), des rapports sexuels précoces, non protégés, et souvent avec des partenaires multiples, une prévalence élevée du VIH/Sida et IST (statistique), et de violences diverses. En témoigne les propos suivants : « *... les problèmes auxquels nous sommes confrontés ce sont les grossesses non désirées qui affectent les filles surtout, mais aussi les élèves garçons parce que*

parfois ils sont les auteurs..... Donc nous avons une certaine idée des problèmes auxquels les jeunes étaient confrontés mais c'était essentiellement, en plus des problèmes de santé de tout le monde, les grossesses non-désirées, les IST, VIH, etc. » (acteur opérationnel, Ministère des enseignements secondaire et supérieur).

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.

Infection à VIH et les IST

La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-19 ans et chez les jeunes de 20-24 ans était respectivement de 0,3 % (0,3 %-1,3 %) et de 0,8 % (0,5 %-1,3 %) en en 2014 [7, 13] ; sans écart réel entre les femmes et les hommes (0,3 % contre 0,5 %) [13]. Aussi, les jeunes étaient suffisamment sensibilisés sur le VIH/sida et, de ce fait, connaissent son existence mais n'avaient pas encore suffisamment de connaissance sur les modes de transmission, les moyens de prévention, les manifestations et les signes cliniques du VIH/SIDA pourtant considérés comme des connaissances prioritaires [14]. En outre, il ressort que certains adolescents ont des partenaires multiples, ce qui les expose au risque d'infection au VIH et aux IST [15]. En dépit d'un recul notable pour s'établir à 0,89 % en 2015 [13], l'épidémie de VIH continue de mobiliser les efforts du gouvernement et de ses partenaires techniques et financiers. 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 [16] : 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 psycho-actives et la présence de pairs dont les valeurs sont anti-sociales.

Grossesses précoces et/ou non désirées et les avortements

Au Burkina Faso, au manque d'information sur la santé sexuelle et de la reproduction, vient s'ajouter le faible niveau d'utilisation de la contraception. Pour des taux de 65,7 % en milieu urbain et de 88,7 % en milieu rural, les taux de non utilisation actuelle de la contraception selon les tranches d'âge de 15-19 ans et de 20-24 ans étaient respectivement de 93,4 % et de 84,1 % [17]. 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 étaient respectivement de 2,8 % et de 2,4 %. Parmi les jeunes qui ont déjà eu des rapports sexuels, seulement 42 % des filles avaient déjà utilisé une méthode contraceptive au cours de leur vie [7]. Aussi, les méthodes modernes (34 % des filles et 48 % des garçons) étaient 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 mentionnaient cette méthode. Le niveau d'utilisation de la pilule était négligeable (3 % parmi les filles et 2 % parmi les garçons). Concernant les autres méthodes traditionnelles, la continence périodique a été la plus utilisée (14 % des filles et 5 % des garçons).

Ainsi au Burkina Faso, la situation est préoccupante, surtout en milieu scolaire, à tous les échelons du système éducatif. Par exemple, 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 dans une classe de CM2 à Bobo-Dioulasso [18]. À ce sujet, les données disponibles indiquaient que 9,3 % des adolescentes de 15-19 ans en milieu urbain et 23,5 % en milieu rural ont eu un enfant [7].

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 avaient confié à une amie proche ou un membre de la famille avoir eu recours à l'avortement [20].

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

Au Burkina Faso, les consommations d'alcool, du tabac et de la drogue par les jeunes constituent une réalité préoccupante. Au sujet de la consommation d'alcool 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) [7]. La prévalence de personnes consommant au moins 60 grammes d'alcool par jour était de 46,6 % en 2010 au Burkina Faso tandis que 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 [21].

Concernant la consommation de tabac, 17,3 % des élèves âgés de 13-15 ans consommaient du tabac et 12,2 % d'entre eux fumaient la cigarette [7]. Aussi, les couches jeunes de la population étaient les plus affectées. En effet, en 2006, dans la population des élèves de 13 à 15 ans, 17,3 % étaient des consommateurs de produits de tabac et 12,2 % des fumeurs de cigarettes. En 2012, le pourcentage de jeunes filles et garçons dont l'âge était compris entre 13 et 15 ans, ayant couramment usé du tabac était respectivement de 11,5 % et 22,6 %. Pour les garçons et les filles du même intervalle d'âge ayant usé de la cigarette, leur pourcentage était respectivement de 11,9 % et 2,0 %.

Concernant la consommation de tabac, 17,3 % des élèves âgés de 13-15 ans consommaient du tabac et 12,2 % d'entre eux fumaient la cigarette [7]. Aussi, les couches jeunes de la population étaient les plus affectées. En effet, en 2006, dans la population des élèves de 13 à 15 ans, 17,3 % étaient des consommateurs de produits de tabac et 12,2 % des fumeurs de cigarettes. En 2012, le pourcentage de jeunes filles et garçons dont l'âge était compris entre 13 et 15 ans, ayant couramment usé du tabac était respectivement de 11,5 % et 22,6 %. Pour les garçons et les filles du même intervalle d'âge ayant usé de la cigarette, leur pourcentage était respectivement de 11,9 % et 2,0 %.

Au Burkina Faso [22], 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 d'un moyen de déplacement (74,8 %) ; les difficultés d'études (57,2 % des élèves fumeurs avaient redoublé au moins une classe et la moitié avait une moyenne de classe inférieure à 10/20) ; l'environnement des fumeurs (72 % des fumeurs vivaient éloignés de leurs parents géniteurs, 46 % des élèves avaient fumé par imitation de l'entourage et l'école était le lieu de prédilection pour la consommation de la cigarette (67,9 %)) ; enfin 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 [7]. 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 [23].

Excision

Elle concerne presque toutes les ethnies et est pratiquée sur l'ensemble du territoire : soit 76 % des femmes ont déclaré avoir subi la pratique de l'excision en 2010 [17]. Elle était plus fréquente dans certains groupes linguistiques et culturels (cas des Sénoufo à 87,2 %, des Peuls à 83,9 %, des Lobi à 83,2 % et des Bissa à 83,1 % [17]. En fonction des régions, on constate que c'est dans le Sahel (27 %) et dans les Hauts Bassins (22 %) que la proportion de filles excisées est la plus élevée. Il est constaté aussi que la pratique de l'excision restait plus fréquente en milieu rural qu'en milieu urbain (15 % contre 7 %) [17]. De même, la proportion des femmes excisées diminuait de manière importante des générations les plus anciennes (89 % à 45-49 ans) aux générations les plus récentes (58 % à 15-19 ans).

Adolescents, jeunes et accidents de la route

Il existe des thèses sur les accidents à Ouagadougou et à Bobo Dioulasso. Les différentes enquêtes en population n'ont pas ressorti les données relatives aux accidents de la route concernant les adolescents et jeunes: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs (EDS) 2010 [17], enquête STEPS 2013 pour les 25 à 64 ans portant sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso [24].

Adolescents, jeunes et maladies non transmissibles

Relatif aux troubles anxieux et les troubles de l'humeur chez l'adolescent, 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 [25]. Aussi, les hospitalisations dans les CMA étaient de 772 et de 718 dans les Centres hospitaliers régionaux (CHR) et universitaires (CHU) à la même période. Par contre, il n'existe pas de données spécifiques et exhaustives en ce qui concerne les adolescents et les jeunes.

Aussi, l'enquête démographique et Santé en 2010 [17] et l'enquête STEP en 2013 portant sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso [24] n'ont pas ressorti les données relatives aux troubles anxieux et les troubles de l'humeur chez les adolescents et les jeunes.

b. Analyse du système de santé

Le Burkina Faso a adopté et a souscrit à des engagements internationaux. Ainsi, il a 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 [14]. 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 [11].

Relatif au leadership, à la gouvernance et à la coordination/partenariat, il est noté l'importance de s'occuper des adolescents et des jeunes, en témoigne les propos suivants recueillis : « ... c'est vraiment fondamental parce qu'aujourd'hui quand on parle de la santé de la population c'est de façon plus globale mais il y a des groupes spécifiques sur lesquels on doit beaucoup plus agir. Donc je parlerai ici peut-être des femmes, je parlerai plus des jeunes parce que aujourd'hui la question de la santé des jeunes est vraiment une préoccupation majeure à tous les niveaux » (acteur opérationnel, Ministère de l'économie et des finances). Et pourtant, il est noté l'insuffisance de collaboration et de coordination des interventions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes, l'insuffisance d'une orientation stratégique pour la SSAJ par les différents départements ministériels, l'insuffisance de diffusion des textes réglementaires, des politiques et des plans stratégiques surtout ceux relatifs à la SSAJ, l'insuffisance dans la redevabilité à tous les niveaux, l'insuffisance d'implication des parents, des adolescents et jeunes eux-mêmes et des leaders communautaires dans les actions de SSAJ (tableaux I et II, Box 1).

Tableau I : Actions mises en œuvre dans le cadre du Plan stratégique santé des jeunes (PSSJ) 2004-2008 selon les informations disponibles

Plan stratégique santé des jeunes (PSSJ) 2004-2008	Mise en œuvre		
	Niveau central	Niveau opérationnel	Partenaires (public et privé)
Processus dissémination			
Validation du document (atelier)	Oui	Oui	Oui
Dissémination (atelier)	Non	Non	Non
Appropriation PSSJ			
Elaboration de plans d'action	Non	Oui	Oui
Elaborations directives annuelles	Non	Non applicable	Non applicable
Exécution directives annuelles	Non applicable	Non	Non
Interventions ciblant les axes	Oui	Oui	Oui
Suivi et évaluation PSSJ			
Suivi processus de mise en œuvre	Non	Non	Oui
Evaluation résultats et effets	Non	Non	Oui
Mobilisation ressources pour PSSJ			
Ressources humaines	Faible	Faible (Centres jeunes)	Oui
Ressources matérielles et financières	Faible	Faible	Oui

Tableau II : Forces et faiblesses dans le cadre du Plan stratégique santé des jeunes (PSSJ) 2004-2008 selon les groupes d'acteurs (au niveau de l'État et des organisations partenaires)

Type de structures	Forces	Faiblesses
État	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Emergence du PSSJ à un moment opportun pour servir de cadre de référence pour des interventions prioritaires au faveur des jeunes ✓ Mise en place d'un comité de pilotage pour le suivi de la préparation et de l'élaboration du Plan ✓ Atelier de validation de la version amendée du Plan ✓ Prise en compte des orientations du PNDS et de documents standards (OMS, politique et normes en matière de santé de la reproduction) comme références pour les axes stratégiques définis ✓ Place accordée au suivi-évaluation, à la recherche et aux partenariats pour la mise en œuvre des interventions ✓ Allusion faite aux autres secteurs ministériels comme parties prenantes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Volonté politique affichée en principe pour conduire le processus d'élaboration du Plan mais non confirmée à l'étape de la diffusion et de la mise en œuvre non aboutie ✓ Implication insuffisante des acteurs opérationnels dans l'élaboration et la validation du Plan ✓ Non application des dispositions et mécanismes prévus pour la diffusion et la mise en œuvre ✓ Absence de ressources (financières, humaines et matérielles) pour la mise en œuvre effective ✓ Effets des changements structurels successifs sur l'organisation et la mise en œuvre de programmes ✓ Insuffisance de ressources financières ✓ Faible coordination des interventions et de suivi-évaluation ✓ Insuffisance et mobilité du personnel ✓ Faible fonctionnalité des centres jeunes ✓ Insuffisance d'intervention pour les 6-9 ans et les 10-14 ans ✓ Faible implication des jeunes à l'élaboration et la mise en œuvre des projets et programmes ✓ Insuffisance de services de santé scolaire et universitaire ✓ Faible accès des adolescents et jeunes aux services de santé adaptés ✓ Faible implication des parties prenantes (parents, leaders religieux/coutumiers, éducateurs, etc.) ✓ Insuffisance de compétence des acteurs en SSRAJ (enseignants, AS, etc.) ✓ Faiblesse dans l'application des programmes du primaire en matière de santé ✓ Faible niveau des connaissances et pratiques des adolescents et jeunes en matière de santé et développement ✓ Faible prise en compte des groupes spécifiques (personnes vivant avec un handicap,
Partenaires techniques et financiers (PTF) et Organisations partenaires	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Engagement dans des actions antérieures qui ont légitimé la pertinence de l'élaboration du PSSJ ✓ Parties prenantes indispensables dont certaines ont participé aux concertations pour la préparation du Plan ✓ Planification et mise en œuvre d'interventions dont plusieurs répondent aux axes stratégiques du Plan ✓ Etudes commanditées pour actualiser les préoccupations en matière de santé des jeunes, notamment leurs besoins et aspirations ✓ Partenariat formel de plusieurs ONG et OBC avec le Ministère de la santé pour la mise en œuvre de leurs interventions ✓ Mise en place de réseaux pour une meilleure efficacité des interventions dont celles liées à la santé des jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participation insuffisante à la préparation et l'élaboration du Plan ✓ Faible connaissance du contenu du Plan non formellement pris en compte dans la plupart des interventions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes ✓ Interventions dispersées dans l'espace et le temps sans une coordination et un mécanisme de suivi de l'État pour la capitalisation des acquis et des expériences ✓ Insuffisances de ressources (financières, humaines et matérielles) pour un passage à l'échelle de certaines interventions en faveur des jeunes pour assurer une meilleure efficacité

Concernant le financement de la santé pour la santé des jeunes et adolescents, il est relevé l'insuffisance dans la coordination des appuis financiers en faveur de la santé des adolescents et jeunes et la faible planification budgétaire en matière de santé par le budget de l'Etat pour les soins, les produits et les services SSAJ (Box 1). Du reste, les acteurs opérationnels ont relevé subir les directives des partenaires lors de l'élaboration de leurs plans d'actions annuels, ce qui restreint parfois la marge de manœuvre comme l'indique cet informateur : « ... *les objectifs spécifiques (des plans d'actions de l'ONG) ne sont pas forcément définis pas l'ONG parce que les partenaires techniques ont souvent des canevas où il y a des objectifs qu'ils attendent déjà par rapport à ce qu'ils veulent* » (acteur opérationnel – Organisation Non Gouvernementale). Aussi, cela est confirmé par un autre intervenant : « *On a le partenaire technique et financier... les partenaires locaux aussi c'est les Hauts-commissariats et puis les mairies, et puis l'enseignement général secondaire... les partenaires sont venus, on a échangé, ils ont dit de monter un plan d'action concernant le volet santé sexuel, on a monté le plan d'action. C'est dans le plan d'action qu'on a énuméré les activités. Et arrivé à leur niveau, ils ont choisi ce qu'il faut choisir : les activités qui sont vraiment éligibles et puis réalisables...* » (acteur opérationnel - Organisation à base communautaire).

Relatif à la prévention, le constat est l'absence d'actions de prévention pour les 6 à 10 ans et l'absence ou insuffisance de 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, les hépatites virales B et C, etc. Aussi, on peut noter l'absence ou insuffisance du dépistage des IST, de l'anémie et du VIH/SIDA surtout de la gestante, et des cancers du col de l'utérus et des seins (Box 1).

Quant à la promotion de la santé, il est relevé l'insuffisance d'information sur les programmes de santé, le niveau élevé des besoins non satisfaits en PF, le faible accès à des services de SRAJ de qualité, l'insuffisance de bonnes pratiques de vie et d'hygiène (Box 2). Il est ressorti que l'information reste insuffisante au sein même des services de santé tant au niveau prestataire : « *Pour être sincère, je ne suis pas au courant de l'existence d'un tel plan parce que, même en périphérie, je ne pense pas qu'on avait vu ce plan là de par le district ou ailleurs... j'ai une notion là-dessus parce qu'il y a une mission qui est venue de Ouaga dans le mois de Juillet dernier.* » (Prestataire de soins - Centre Jeunes) ; qu'au niveau de la coordination de mise en œuvre : « *...j'ai entendu parler mais je n'ai pas vu le document...* » (responsable opérationnel, Direction Régionale de la Santé).

Concernant le traitement curatif des maladies, à côté de l'insuffisance d'infrastructures et d'équipement (tels les kits d'Aspiration manuelle intra-utérine - AMIU), il est ressorti l'insuffisance d'offre de soins et de services de santé complets, intégrés et appropriés, l'insuffisance de compétences du personnel pour des soins adaptés aux adolescents et aux jeunes, le mauvais accueil et le non-respect de la confidentialité, et les ruptures en produits de santé (Box 2).

Il est noté la faible accessibilité financière, géographique et culturelle des adolescents et des jeunes aux soins, marquée par la faible utilisation des services probablement dû entre autres à l'insuffisance et la faible fonctionnalité des centres jeunes et la répartition géographique inégale des sites et des intervenants (Box 3). En témoigne les propos suivants : « *... Nous voyons aussi dans les établissements, des cas d'élèves démunis et quand ils ont des problèmes de santé c'est difficile de faire face à cela. Nous avions dans les années antérieures des dispensaires dans les établissements qui permettaient de prendre en charge certaines pathologies, mais de nos jours ces dispensaires sont très rares dans les établissements...* » (acteur opérationnel, Ministère des enseignements secondaire et supérieur).

Box 1. Insuffisances constatées suite à l'analyse de la santé des adolescents et des jeunes selon le modèle des piliers de l'OMS et prenant en compte l'accessibilité financière, géographique et culturelle et celle de la recherche

Leadership, la gouvernance et la coordination/partenariat

- Insuffisance de collaboration et de coordination des interventions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes (les organisations de la société civile et les ministères en charge: de la santé, 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, de la justice, etc)
- Insuffisance d'une orientation stratégique pour la SSAJ (centres jeunes)
- SSAJ insuffisamment prise en compte dans les directives de planification sanitaire
- Insuffisance de prise en compte des priorités du domaine de la santé des adolescents et des jeunes dans les différents départements ministériels (Exemple : adapter les enseignements sur l'Education en matière de population (EMP) et de l'Economie sociale et familiale (ECOSOFA)
- Insuffisance de diffusion des textes réglementaires, des politiques et des plans stratégiques surtout ceux relatifs à la SSAJ
- Insuffisance d'opérationnalisation des politiques et des documents de référence
- Très insuffisante mise en œuvre des politiques et des programmes efficaces par les municipalités, les collectivités locales et la société civile dans l'environnement des adolescents et des jeunes (exemple : alcool débits de boisson, kiosques, etc...) et de l'obligation de s'assurer du respect des clauses d'ouverture des dits établissements.
- Insuffisance dans la gestion des ressources humaines (capacitation pour la SSAJ et redéploiement)
- Insuffisance dans la redevabilité à tous les niveaux, spécifiquement en rapport avec la SSAJ dans les différents cadres de concertation
- Insuffisance d'implication des parents, des adolescents et jeunes eux-mêmes et des leaders communautaires dans les actions de SSAJ

Financement de la santé

- Insuffisance dans la coordination des appuis financiers en faveur de la santé des adolescents et jeunes
- Contribution directe des ménages aux dépenses de santé élevée (38%) en défaveur de l'investissement dans la SSAJ
- Faible allocation budgétaire à la santé par le budget de l'Etat (12%) pour les soins, les produits et les services SSAJ
- Utilisation et orientation parfois irrationnelles des ressources financières au détriment de la SSAJ

Prévention

- Absence d'actions de prévention pour les 6 à 10 ans
- Persistance des épidémies de rougeole
- Absence ou insuffisance de 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, les hépatites virales B et C, etc.
- Absence ou insuffisance du dépistage des IST, du VIH/SIDA et des cancers du col de l'utérus et des seins.
- 49% des femmes enceintes anémiées
- Taux de transmission mère enfant du VIH reste élevé (5,7%)

Box 2. Insuffisances constatées suite à l'analyse de la santé des adolescents et des jeunes selon le modèle des piliers de l'OMS et prenant en compte l'accessibilité financière, géographique et culturelle et celle de la recherche (suite 1)

Promotion de la santé	Traitement curatif des maladies
<ul style="list-style-type: none"> • 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, et le déparasitage systématique, 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 et prévalence contraceptive variant selon le niveau d'éducation, la région ou le milieu de résidence des femmes • Faible accès à des 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 adolescents 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 et 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Insuffisance d'offre de soins et services de santé pour les jeunes et adolescents <ul style="list-style-type: none"> ✓ pour la prise en charge des cas: d'IST/VIH, le dépistage et traitement, d'addiction aux substances nocives, des mutilations génitales (réparation de séquelettes de mutilations génitales féminines, des fistules obstétricales, chirurgie réparatrice et prise en charge psychosociale), d'avortement: offre de soins après avortement (SAA), des soins psychologiques et psychiatriques aux adolescents et aux jeunes et mise en œuvre du plan anti-tabac. • Offre de soins et services de santé de moindre qualité • Offre de soins et services de santé incomplets • Ruptures en produits de santé • Insuffisance de formation / supervision des prestataires sur les soins après avortements

Relatif aux ressources humaines en santé pour la santé des adolescents et des jeunes, on note l'existence de curricula de formation n'intégrant pas suffisamment les stratégies de prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes, le nombre insuffisant d'agents de santé en effectif et en qualité et la faible motivation des agents de santé en général et de ceux des centres jeunes (Box 3).

Quant aux produits de santé, médicaments et consommables médicaux, il est ressorti leur rupture, mais aussi, l'insuffisance de ressources financières pour l'acquisition des produits de santé surtout de la santé de la reproduction (Box 3).

Au niveau des infrastructures, des équipements et de la maintenance des formations sanitaires et des centres jeunes, on a relevé l'insuffisance d'infrastructures et d'équipements, l'insuffisance de matériel médicotechnique, l'inadaptation des locaux pour la santé des adolescents et des jeunes dans certaines formations sanitaires et l'insuffisance d'infrastructures pour la gestion des déchets biomédicaux et l'insuffisance de maintenance (Box 3).

Le système d'information sanitaire pour le domaine de la santé des adolescents et des jeunes, est marqué par l'insuffisance dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données à chaque niveau des services de santé et au niveau communautaire (Box 3).

Enfin, relatif à la recherche dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes, on note la faiblesse des capacités des structures centrales et déconcentrées du Ministère de la santé (régions et districts sanitaires) dans la formulation de protocoles de recherche et l'insuffisance de financement consacrée à la recherche (Box 3). De même, il n'est pas pris en compte les travaux des centres de recherche ni leur orientation sur la santé des adolescents et des jeunes.

Au compte de la mise en œuvre du plan stratégique de la santé des adolescents et jeunes 2004-2008, le constat général est que l'offre de services s'est améliorée malgré l'insuffisance de la sensibilisation, notamment auprès des jeunes non scolarisés, les disparités entre les zones urbaines et rurales pour l'accès à l'information et aux services.

Des suggestions pour l'amélioration de la santé des adolescents et des jeunes ont été proposées par les enquêtés rencontrés. Il s'agit: de réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour réduire sensiblement les grossesses non désirées ; de se pencher urgemment 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 ; le fonctionnement de ces centres jeunes ; le 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 ; et l'implication des parents, des jeunes eux-mêmes et des leaders communautaires est nécessaire.

Box 3. Insuffisances constatées suite à l'analyse de la santé des adolescents et des jeunes selon le modèle des piliers de l'OMS et prenant en compte l'accessibilité financière, géographique et culturelle et celle de la recherche (suite 2)

<p>Accessibilité financière, géographique et culturelle des adolescents et des jeunes aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible accessibilité financière • Faible accessibilité géographique • Faible utilisation des services de santé • Insuffisance de soins et services orientés vers les populations (stratégies avancées et/ou mobiles, utilisation des ASBC) et en particuliers les SSAJ • Insuffisance et faible fonctionnalité des centres jeunes • Absence de statut clair et de document de collaboration entre centres jeunes et les équipes cadres de district (ECD) • Insuffisance de définition de paquets d'activités définis pour les centres jeunes • Persistance de certaines pesanteurs socioculturelles néfastes • Insuffisance de coordination entre les différents intervenants • Répartition géographique inégale des intervenants • Insuffisance dans le respect de la carte sanitaire 	<p>Produits de santé, médicaments et consommables</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
	<p>Infrastructures, équipements et maintenance des formations sanitaires et des centres jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de matériel médico-technique • 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
<p>Ressources humaines en santé des adolescents et des jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 • Gouvernance en matière de gestion des ressources humaines en santé peu satisfaisante • Conditions de travail peu attrayantes pour permettre une fidélisation des personnels de santé. 	<p>insuffisance de personnels compétents pour la maintenance curative, insuffisance d'entretien du matériel de travail et équipements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance d'entretien des locaux : hygiène du milieu de travail <p>Système d'information sanitaire pour le domaine de la santé des adolescents et des jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données au niveau des services de santé • Insuffisance de collecte des données du niveau communautaire <p>Recherche dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 réalisés • Insuffisance de financement consacré à la recherche

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 par les enquêtés: d'organiser des réunions en famille pour permettre à chaque membre de s'exprimer librement ; d'instaurer le dialogue parent/enfant dans leur famille pour mettre en confiance les enfants ; de sensibiliser les parents et la communauté sur les droits des enfants, les potentialités des jeunes et l'importance de leur participation aux activités communautaires ; de créer des cadres de concertation entre les jeunes et les leaders communautaires ; d'inculquer aux jeunes les valeurs telles que le travail bien fait, l'obéissance, l'honnêteté, le respect des parents ; de construire des maisons de jeunes ou centre d'écoute pour les jeunes ; de plaider auprès des autorités politiques et administratives sur l'implication des jeunes dans les actions communautaires ; d'organiser des campagnes de sensibilisation à la télé et à la radio sur la participation et le droit à la parole des jeunes ; et de former les jeunes au patriotisme et à la citoyenneté et leadership.

Les enquêtés ont suggéré, que pour l'élaboration du nouveau PSSJ, de mettre l'accent 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 adapté pour la prise en charge des problèmes de santé des adolescents et des jeunes dans les formations sanitaires ; et 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.

A partir du bilan de l'évaluation du PSSJ 2004-2008, l'atelier de validation de ladite évaluation et de consensus a permis de parcourir l'analyse de la situation (Box 1 à 3) et d'identifier sept (07) problèmes prioritaires dont la reformulation a pris en compte les causes et les conséquences (Box 4).

Box 4. Reformulation des problèmes prioritaires relatifs à la situation de la santé des adolescents et des jeunes

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 est 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, voire 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 et très peu de recherche sur la santé des adolescents et des jeunes. 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.

Discussions

La présente étude était évaluative et a permis de porter un regard sur la mise en œuvre du plan stratégique de santé des adolescents et des jeunes 2004-2008. Ses limites sont relatives à ces approches méthodologiques. En effet, il a été conduit une revue documentaire dont les limites majeures se résument à la non-exhaustivité des données. Aussi, l'enquête a été conduite que dans des sites sélectionnés (5 districts sanitaires sur les 70 que comptent le pays). Mais, l'atelier de validation du rapport d'évaluation et de définition des grands axes du nouveau plan stratégique (atelier de consensus) a réuni les différents acteurs s'occupant de la santé des adolescents et des jeunes et a été une opportunité pour recueillir les avis et réduire certaines insuffisances.

Néanmoins, nos résultats ont montré des besoins non couverts pour les adolescents et les jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive tels la planification familiale et la promotion de bonnes pratiques de vie et d'hygiène. Aussi, de nombreuses données relatives à eux sont manquantes dans le système sanitaire routinier de rapportage car non perçus comme une cible prioritaire. Enfin, l'analyse du système de santé montre une inadéquation de l'offre à la vue des besoins des adolescents.

État de la santé des adolescents au Burkina Faso

De notre revue de la littérature, il est ressorti qu'il y a très peu de données désagrégées sur la cible des adolescents et jeunes Burkina Faso. Néanmoins, 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 [26], après celle sur la population, le développement et la planification familiale tenue à Ouagadougou en février 2011 [27]. Lors de la conférence de Dakar, 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, est une stratégie permettant de se concentrer sur les questions liées aux adolescents et aux jeunes selon une vision holistique.

La définition de la santé des jeunes au Burkina Faso, prenant en compte les 6 à 24 ans, est une approche intéressante car permettant de couvrir la tranche d'âge de 6 à 9 ans car les futurs adolescents et jeunes. De ce pas, cette conception de la santé des adolescents et des jeunes impose une vision globale nécessitant une approche systémique des problèmes de santé des jeunes.

Pourtant, la mise en œuvre de la planification sanitaire montre l'insuffisance de prise en compte de la santé des adolescents et des jeunes. Alors que selon l'Organisation mondiale de la santé (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 maladies cardiovasculaires 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 » [28].

Comme au Burkina Faso, près de 16 millions de jeunes âgés de 15 à 19 ans et de millions de jeunes filles de moins de 15 ans accouchent chaque année, alors les complications de la grossesse et de

l'accouchement sont la deuxième cause de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde, surtout dans les pays à revenu faible ou moyen, particulièrement parmi les populations pauvres, moins instruites et rurales [5].

Le trio menaçant la santé des adolescents et des jeunes est constitué des grossesses, des avortements et des IST/SIDA [29]. Malheureusement, ce trio se retrouve faire partie des problèmes prioritaires à travers la présente analyse de la situation. En effet selon Tantchou *et al.* [29], les taux de fécondité d'adolescentes sont les plus élevés dans les pays d'Afrique subsaharienne au niveau mondial et pouvant s'expliquer par : les mariages précoces, le besoin de prouver sa fertilité, l'ignorance, l'acceptation réduite des méthodes contraceptives « modernes », la rareté des services de planning familial, l'évolution de l'âge au mariage. Ainsi, cela les expose aux IST/SIDA, aux grossesses à risque ou précoce avec des répercussions sur la santé de la mère et de l'enfant, des conséquences sociales (interruption de la scolarité et réduction des perspectives d'avenir, à l'origine de déception et de conflits familiaux et/ou matrimoniaux. Toujours pour Tantchou *et al.*, perçue comme une source de honte, la jeune mère s'expose à l'opprobre, sa réputation est ternie, elle court le risque de rester célibataire, ou d'être obligée d'épouser l'auteur de sa grossesse, ne pas avoir l'opportunité de développer sa propre identité, dépendre de la société et de sa famille.

Au vu de la situation de la santé des adolescents et des jeunes, des études, surtout en population, doivent être menées pour étoffer les connaissances y relatives principalement sur les substances psychotropes et les maladies non transmissibles et les accidents afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble des problèmes des adolescents et jeunes.

Forces et faiblesses de l'offre en soins promotionnels, préventifs et curatifs, santé des adolescents

L'analyse des forces et des faiblesses a permis de relever la faible collaboration intersectorielle, la faible offre des soins et des services de qualité pour les adolescents et jeunes surtout en milieu rural et l'existence de grands besoins d'information.

Pour ce faire, il faut redonner de l'élan au préservatif comme moyen de prévention efficace et rentable contre le VIH surtout, mais aussi, contre la chlamydie, la gonorrhée, la syphilis ou la trichomonase [30]. Pour cela, il doit être amélioré l'offre de toutes les méthodes contraceptives surtout les méthodes de la double protection puisque seule l'utilisation constante et correcte des préservatifs masculins, féminins et l'abstinence sexuelle permettent de prévenir efficacement tous ces problèmes. Cette vision s'impose car les données disponibles indiquaient que 9,3 % des adolescentes de 15-19 ans en milieu urbain et 23,5 % en milieu rural ont eu un enfant [7]. Cette situation dénote clairement la précocité des relations sexuelles associée à des rapports sexuels non protégés dans cette frange de la population, et donc de la nécessité de la double protection.

Parmi les adolescents et les jeunes, il est estimé qu'il existe des catégories à risques ayant des besoins spécifiques, souvent non considérées ou insuffisamment prises en compte dans les différentes planifications. 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 exposés aux exploitations et les abus sexuels (EAS), les adolescentes enceintes (tout particulièrement celles âgées de moins 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 »), les adolescents marginalisés dont les séropositifs, les handicapés, les non-hétérosexuels,

les indigènes et les migrants qui 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.

Dans la présente étude, il est également ressorti l'intérêt de considérer les autres problèmes de santé des adolescents et des jeunes. Par exemple, la consommation de « substance psychoactive » se fait de plus en plus jeune avec en moyenne le premier verre d'alcool bu à 11 ans, la 1^{ère} cigarette fumée à 12 ans et le 1^{er} joint à 18 ans [31]. Pour le cas de l'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) [6]. Par exemple, on a noté une surmortalité en rapport avec l'alcool (tumeurs, psychoses alcooliques, suicides) chez l'homme [32]. Quant au tabagisme, il est l'une des principales causes de décès, de maladie et d'appauvrissement [21]. La moitié des consommateurs actuels mourront d'une maladie liée au tabac [6], interpellant à des actions à des âges plus précoces. Cela est d'autant plus préoccupant que l'âge d'initiation au tabagisme est précoce dans la plupart des pays. Dans les pays industrialisés, des enquêtes ont montré que l'initiation au tabac commence dès l'âge de 11 ans (15 % des garçons et 9 % des filles) pour devenir importante à partir de 13 ans (30 % des garçons et 32 % des filles) à 15 ans (55 % des garçons et 54 % des filles) [33]. A partir de 15 ans, la consommation devient quotidienne pour 14 % des adolescents tout sexe confondu. 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. Au Burkina Faso [24], la consommation du tabac et l'alcool restent un réel problème de santé publique pour les 25 à 64 ans, avec des prévalences plus élevées chez les hommes que les femmes. Cela invite à la réflexion qu'il faut des actions de santé aux âges précoces afin d'éviter leurs conséquences physiques, sanitaires et économiques dans le futur. Du reste 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 [16]. 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.

La présente étude a également montré que l'excision reste une pratique encore très répandue au Burkina Faso. Et pourtant, les conséquences négatives de l'excision génitale féminine sont multiples allant des complications médicales à court et à long terme tout comme les effets psychologiques. Selon l'OMS, les femmes ayant subi une mutilation génitale féminine (MGF) ont sensiblement plus de risques d'éprouver des difficultés lors de l'accouchement et que leurs bébés sont davantage exposés au risque de complications et de mourir ; la gravité des complications augmentait avec l'étendue et la sévérité de la mutilation [34].

Relatif aux accidents de la circulation, peu de données sont rapportées en routine au Burkina Faso. Alors qu'il est signalé que plus de 90 % des décès sur les routes surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et, parmi ces pays, c'est dans la Région africaine et dans la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS que les taux de mortalité sont les plus élevés [35]. En effet, les accidents de la route sont la première cause de décès chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans. Seuls 28 pays (sans le nôtre), comptant 416 millions d'habitants au total (soit 7 % de la population mon-

diale), 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). Et pourtant, les données sont rares au Burkina Faso collectées partiellement surtout par les sapeurs-pompiers. Cela est d'autant plus urgent et pertinent à prendre en compte, car en 2001 en Normandie (France) par exemple, on estimait que plus d'un tiers des décès par accident de la route (soit près de 3 500 personnes/14 000) est imputable à l'alcool, qui intervient également dans d'autres causes de mort violente (suicides, homicides, accidents de travail, accidents domestiques) [32]. C'est pourquoi, les contrôles aléatoires d'alcoolémie sur la route, qui peuvent faire baisser d'environ 20 % le nombre d'accidents liés à l'alcool, se sont avérés très rentables [32].

L'adolescence est une période relativement difficile pour le jeune, comme pour les parents. Ils prennent conscience de leurs droits et de leurs besoins sexuels et reproductifs, et dépendent de leurs familles, pairs, écoles et prestataires de services de santé pour obtenir des réponses, des conseils et des informations qui leur permettront d'acquérir les compétences nécessaires pour passer à l'âge adulte – ce qui n'est pas toujours facile [4]. Les adolescents peuvent être sujets à des troubles anxieux et de l'humeur (voir la dépression et la schizophrénie) et à des troubles alimentaires tels l'anorexie. Il s'agit d'éléments très peu documentés au Burkina Faso à l'échelle nationale, souvent fragmentaires et non spécifiques aux adolescents et aux jeunes. Mais, il est observé 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. Et pourtant pour les jeunes et adolescents, les risques d'excès et de dérives ne sont parfois pas loin, mais le sujet reste délicat à aborder pour les parents qui n'y assistent pas directement. Il est suggéré que les parents et les proches (en faisant attention à l'attitude moralisante vis-à-vis d'eux) 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.

Au vu des besoins des adolescents et des jeunes, l'United Nations Population Fund (UNFPA) suggère le renforcement de capacités qui se déroule à travers trois stratégies que sont [15]: 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 ; et 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. Quant à l'OMS, elle met l'accent sur des actions portant sur l'amélioration de la santé maternelle et néonatale, infantile et des adolescents [10], en insistant sur le repositionnement de la planification familiale dans les services de santé de la reproduction. Ces projections d'actions venant de l'UNFPA et de l'OMS montrent l'intérêt d'une bonne gouvernance du domaine de la SSAJ.

Points de convergence pour les activités du plan futur

Un renforcement de l'éducation et des mesures de santé publique permet d'améliorer considérablement leur santé et leur développement [36]. Pour ce faire, il faut un lien fort entre la santé, l'éducation et un environnement favorable [4]. En effet, il faut une éducation sexuelle complète fondée sur les droits (en milieu scolaire et hors de celui-ci) avec une santé en milieu scolaire, en lien avec les services avec la prise en compte de l'égalité des genres. Cela est tributaire d'une bonne éducation (accès et qualité), de la disponibilité d'une offre de services et biens de santé sexuelle

et reproductive et communauté, parents, lois et environnement favorables fondé sur des normes culturelles, religieuses et sociales.

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 » [37].

Pour ce faire, l'OMS a mis en place la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) qui vise à protéger les femmes, les enfants et les adolescents dans les situations d'urgence humanitaire ou de fragilité et à préserver leur droit fondamental à la santé. De ce pas, des normes mondiales pour des services de soins de qualité pour les adolescents ont été élaborées par l'OMS et l'ONUSIDA visant à aider les responsables des services de santé à améliorer la qualité des services de soins afin que les adolescents et jeunes puissent accéder plus aisément aux services dont ils ont besoin pour protéger leur santé et leur bien-être.

Ainsi, l'approche multisectorielle des problèmes de santé des adolescents et des jeunes s'impose à tout responsable et leader agissant dans leur environnement. Cela 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. De nombreux autres facteurs sont signalés contribuant également à ces décès [16]: 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 en agissant par des actions bien coordonnées. Par exemple, la réduction des accidents de la route, impose l'intervention de différents secteurs tels le secteur de l'éducation, ceux des transports et de la santé. 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, les parqueurs et portiers des structures de santé (en contact avec les jeunes désirant les services), les associations communautaires, les membres de la communauté y compris les adolescents/jeunes eux-mêmes, etc. Il est important d'insister sur la responsabilité, 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 [6]. 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. Enfin au niveau de l'organisation et de la coordination, il y a la nécessité de décrire et de formaliser un cadre organisationnel et institutionnel (évaluable) de la santé des adolescents et des jeunes à tous les niveaux et de définir les rôles et les responsabilités des différents acteurs.

Enfin, un plaidoyer aide à garantir que les programmes pour les jeunes sont adoptés, financés, exécutés et maintenus grâce au soutien du public et des dirigeants d'opinion [38]. Cette approche participative et holistique reste une condition essentielle pour réussir les objectifs du domaine de la santé des adolescents et des jeunes.

Ainsi, des axes d'intervention peuvent être retenus pour les actions futures. Pour chaque axe, des actions prioritaires seront identifiées. Sept (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.

Conclusion

La santé des adolescents et des jeunes, reste marquée par la nécessité de l'affirmation d'une gouvernance orientée sur leurs spécificités. Aussi, est-il nécessaire que la double protection soit entrevue comme une alternative, à défaut de l'abstinence, face aux causes majeures de leurs problèmes à travers le trio : grossesses, des avortements et des IST/SIDA. Aussi, une approche systémique prenant en compte la multi-sectorialité reste essentielle pour la prise en compte des problèmes de santé des adolescents et des jeunes.

Références bibliographiques

1. **UNFPA**, L'État de la population mondiale 2014: Le pouvoir de 1,8 milliards d'adolescents et jeunes et la transformation de l'avenir. UNFPA, 2014: p. 1-136. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP%202014%20FRENCH_Report_WEB.pdf.
2. **HERVISH Alexandra et CLIFTON Donna**, Rapport sur le statut des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne : possibilités et enjeux. Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Population Reference Bureau (PRB), 2012: p. 1-78. http://www.prb.org/pdf13/youth-country-profiles_fr.pdf.
3. **UNICEF**, Progrès pour les enfants : un bilan sur les adolescents. UNICEF (New York), 2012. 10: p. consulté à l'adresse 27 septembre 2012: www.unicef.org/french/publications/files/unc331769_FR.pdf, .
4. **UNESCO**, Young People Today. Time to Act Now - Why adolescents and young people need comprehensive sexuality education and sexual and reproductive health services in Eastern and Southern Africa. UNESCO, 2013: p. 1-117. <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002234/223447F.pdf>.
5. **OMS**, Centre médias : La grossesse chez les adolescents. Organisation Mondiale de la santé. Aide-mémoire No 364, 2012: p. Mis en ligne en Mai 2012. Consulté le 15 septembre 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>.
6. **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.
7. **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.
8. **INDS**, 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.

- 9. INDS**, Enquête intégrale Burkinabé sur les conditions de vie des ménages (EICVM): Volet Questionnaire Unifié sur les Indicateurs de Bien-être de Base, section ménages. 2010, Institut National de Statistiques et de la Démographie (INSD), Burkina Faso. . p. 1-40. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/pr9/pr9.pdf>.
- 10. 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.
- 11. MS**, Politique et normes en matière de santé de la reproduction Ministère de la santé, Burkina Faso, 2010: p. 1-87: 36.
- 12. MS**, Plan stratégique de santé des jeunes 2004-2008. Ministère de la santé, Burkina Faso, 2004: p. 1-48 : 15.
- 13. BF-ONUSIDA**, Rapport d'activité sur la riposte qu SIDA au Burkina Faso (GARP 2014). Burkina Faso et ONU-SIDA, 2014: p. 1-72: 33. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BFA_narrative_report_2014.pdf.
- 14. MS**, Evaluation du Plan stratégique de santé des jeunes (2004-2008): processus de préparation, de mise en œuvre et recommandations (rapport final). Direction de la Santé et de la famille (DSF) du Ministère de la santé (MS), Burkina Faso. Financement UNFPA, évaluation réalisée par AfricSanté., 2014: p. 1-76.
- 15. 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/burkina-faso/2014/01/23/8957/sante_sexuelle_et_reproductive_des_adolescents_et_le_vih_sida/.
- 16. 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.
- 17. 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.
- 18. RAJS**, Quelques exemples éloquentes présentés en ligne par un responsable du RAJS 2013: p. Consulté le 25 novembre 2014. Site: www.bayiri.com/societe/sciences-sante/grossesses-non-desirees-et-paternites-precoces-le-rajs-bf-lance-sa-campagne-talents-de-jeunes-2013.html .
- 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. OMS**, Burkina Faso. Alcohol consumption: Levels et patterns OMS, 2014: p. Consulté le 19 septmbre 2014. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/bfa.pdf?ua=1.
- 22. KOUETA F. et al.**, Facteurs favorisant le tabagisme des élèves à Ouagadougou (Burkina Faso). Revue des maladies respiratoires, 2009. 26 (3): p. 291-297.
- 23. Santé médecine**, Drogue chez les jeunes. Site Santé médecine, 2014: p. Consulté le 22 septembre 2014. <http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/948-drogue-chez-les-jeunes>.
- 24. MS**, Enquêtes STEPS 2013: Note synthèse. Direction de la lutte contre la Maladie (DLM), Ministère de la santé, Burkina Faso, 2013.; p. 1-3. http://www.who.int/chp/steps/BurkinaFaso_2013_STEPS_FactSheet.pdf.
- 25. 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%20A9gigue%20int%20C3%A9gr%20de%20lutte%20contre%20les%20maladies%20non%20transmissibles%202014-2018.pdf>.
- 26. Conférence de Dakar, Rapport final**: Conférence Régionale Ouest Africaine sur la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes Conférence de Dakar, 2014: p. 1-64. <http://www.e2aproject.org/publications-tools/pdfs/rapport-final-confrence-ssraj.pdf>.
- 27. Conférence de Ouagadougou, Note conceptuelle**: population, le développement et la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone, tenue à Ouagadougou du 8 au 10 février 2011. Conférence de Ouagadougou, 2011: p. 1-4.

<http://www.afd.fr/webdav/shared/PORTAILS/PUBLICATIONS/COMMUNIQUES/Note%20conceptuelle%20conf%C3%A9rence%20Ouagadougou.pdf>.

28. 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.

29. 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>.

30. UNAIDS, Feature story: Putting condoms on the fçst-trqck qs qn efficient qnd cost-effective HIV prevention method. UNAIDS, 2016: p. Consulté le 10 octobre 2016. http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/october/20161003_condoms?utm_source=IHP+Newsletter&utm_campaign=ac28bdd487-EMAIL_CAMPAIGN_2016_11_04&utm_medium=email&utm_term=0_14504ce43d-ac28bdd487-248193213.

31. 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>;

32. 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.

33. MS, Plan stratégique national de lutte antitabac 2009-2013. Ministère de la santé, Burkina Faso, 2009: p. 1-33: 7.

34. OMS, Centre des médias: Une nouvelle étude montre que la mutilation génitale féminine expose les mères et les bébés à des risques majeurs à l'accouchement. Organisation mondiale de la santé, Genève, 2006: p. Consulté le 25 septembre 2014. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr30/fr/>.

35. 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/>.

36. Lancet, A manifesto for the world we want. Lancet, 2012. 380(9857): p. 1881.

37. 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.

38. Adam SHANNON, Guide de plaidoyer sur la santé reproductive des adolescents en Afrique sub-saharienne. Adapté de The Advocacy Kit par Susan K. Flinn. Advocates for Youth. Financement Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), 1998: p. 1-61: 6. http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/advocate_fr.pdf.