

République Démocratique du Congo
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
Secrétariat Général



Programme National de la Santé des adolescents

PLAN STRATEGIQUE DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DES ADOLESCENTS ET JEUNES 2021-2025

MAI 2022

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| LISTE DES FIGURES | 4 |
| LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS | 4 |
| PREMIÈRE PARTIE | 6 |
| Définition des concepts | 6 |
| I. Analyse du contexte | 7 |
| 1.1. <i>Situation géographique et administrative</i> | 7 |
| 1.2. <i>Situation démographique</i> | 7 |
| 1.3. <i>Situation socio-économique</i> | 8 |
| 1.4. <i>Organisation du système de santé</i> | 8 |
| II. Analyse de la situation sanitaire des adolescents et jeunes en RDC | 10 |
| 2.1. <i>L'infection à VIH et les IST</i> | 10 |
| 2.2. <i>Comportements sexuels à risque (rapports sexuels précoces, multi partenariat sexuel, non utilisation du préservatif, non utilisation des méthodes contraceptives)</i> | 10 |
| 2.3. <i>Grossesses précoces et ou non désirées</i> | 12 |
| 2.4. <i>Avortements clandestins</i> | 12 |
| 2.5. <i>Violences basées sur le genre</i> | 13 |
| 2.6. <i>Consommation des substances psychoactives</i> | 13 |
| 2.7. <i>Problèmes nutritionnels</i> | 14 |
| 2.8. <i>Problèmes de santé mentale</i> | 14 |
| 2.9. <i>Problèmes de gestion d'hygiène menstruelle</i> | 15 |
| 2.10. <i>Problèmes de santé des adolescents vulnérables</i> | 15 |
| III. Analyse selon les piliers du système de santé | 16 |
| 3.1. <i>Leadership, gouvernance et coordination</i> | 16 |
| 3.2. <i>Prestations des services et des soins</i> | 17 |
| 3.3. <i>Accessibilité géographique, financière et culturelle des adolescents et jeunes aux services et soins de santé</i> | 19 |
| 3.4. <i>Ressources humaines</i> | 19 |
| 3.5. <i>Produits de santé, médicaments et consommables</i> | 19 |
| 3.6. <i>Infrastructures, équipements et maintenance</i> | 19 |
| 3.7. <i>Gestion de l'information et documentation</i> | 20 |
| 3.8. <i>Recherches opérationnelles pour actions</i> | 20 |
| 3.9. <i>Financement</i> | 20 |
| IV. Problèmes prioritaires des adolescents et jeunes en RDC | 21 |
| 4.1. <i>Prévalence de l'infection à VIH et IST</i> | 21 |

| | | |
|---|--|----|
| 4.2. | <i>Prévalence élevée des grossesses précoces et non désirées</i> | 21 |
| 4.3. | <i>Prévalence élevée des avortements provoqués et non sécurisés chez les adolescentes et jeunes.</i> | 21 |
| 4.4. | <i>Prévalence élevée des rapports sexuels précoces et non protégés chez les adolescents et jeunes</i> | 21 |
| 4.5. | <i>Proportion élevée des problèmes nutritionnels chez les adolescentes et jeunes</i> | 21 |
| 4.6. | <i>Prévalence élevée des problèmes de santé mentale parmi les adolescents</i> | 22 |
| 4.7. | <i>Consommation des substances psychoactives par les adolescents et jeunes</i> | 22 |
| 4.8. | <i>Mauvaise gestion de l'hygiène menstruelle</i> | 22 |
| 4.9. | <i>Environnement légal peu favorable pour la santé des adolescents</i> | 22 |
| 4.10. | <i>Faible participation et implication des adolescents et jeunes dans la planification, mise en œuvre et suivi et évaluation des activités du PNSA</i> | 23 |
| 4.11. | <i>Faible utilisation des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes.</i> | 23 |
| 4.12. | <i>Financement insuffisant des interventions en faveur de la santé des adolescents et jeunes</i> | 23 |
| 4.13. | <i>Faible coordination des interventions en faveur de la santé des adolescents et jeunes</i> | 23 |
| 4.14. | <i>Faiblesse dans les mécanismes de suivi et évaluation</i> | 23 |
| DEUXIEME PARTIE | | 25 |
| V. | Cadre du plan stratégique | 25 |
| 5.1. | <i>Vision, objectifs et principes directeurs</i> | 25 |
| 5.2. | <i>Principes directeurs</i> | 25 |
| 5.3. | <i>Axes stratégiques et actions prioritaires</i> | 26 |
| VI. | Cadre des résultats par axe | 32 |
| VII. | Mise en œuvre du PSN 2021-2025 | 54 |
| 7.1. | <i>Cadre institutionnel de mise en œuvre</i> | 54 |
| 7.2. | <i>Parties prenantes dans la mise en œuvre</i> | 55 |
| 7.3. | <i>Rôles des acteurs</i> | 56 |
| VIII. | Plan de suivi et évaluation du PSN PNSA 2022-2026 | 57 |
| 8.2. | <i>suivi</i> | 57 |
| 8.3. | <i>Evaluation</i> | 59 |
| IX. | Cadre de performance | 63 |
| Tableau : Cadre des performances | | 64 |
| REFERENCES | | 74 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1: Evolution du taux de fécondité chez les adolescentes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans de 2007 à 2018 | 12 |
| Figure 2 : Proportion des femmes mariées précocement..... | 13 |

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

APA : Autorités Politico-Administratives

AS : Aires de Santé

ASS : Afrique subsaharienne

ASSP : Appui aux Soins de Santé Primaires

ATR : Accidents de Trafic Routier

CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques

CS : Centre de santé

DGOGS : Direction Générale Organisation et Gestion de Services de Soins de Santé

DHIS II : District Health Information System II

DPS : Division Provinciale de la Santé

DSFGS : Direction de la Santé de la Famille et des Groupes Spécifiques

ECZS : Equipe Cadre de la Zone de Santé

EDS : Enquête Démographique et Sanitaire

ESC : Education Sexuelle Complète

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

GEAS : Global Early Adolescents Study

IEC/CCC : Information Education et Communication/ Communication pour le Changement de Comportement

FOSA : Formation Sanitaire

HGR : Hôpital Général de Référence

INS : Institut National de la Statistique

IPS : Inspection Provinciale de la Santé

MEPST : Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Technique

MICS : Multiple Indicators Cluster Survey

NTIC : Nouvelles Technologies d'Information et de Communication

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PCA : Paquet Complémentaire d'Activités
PEC : Prise En Charge
PF : Planification Familiale
PIB : Produit Intérieur Brut
PMA : Paquet Minimum d'Activités
PDDS : Plan Directeur de Développement Sanitaire
PNCPS : Programme National de Communication et de Promotion de la Santé
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNS : Politique Nationale de la Santé
PNSA : Programme National de la Santé de l'Adolescent
PNSR : Programme National de la Santé de Reproduction
PNSS : Programme National de la Santé Scolaire
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PPS : Points de Prestations des Services
PSN : Plan Stratégique National
PTF : Partenaire Technique et Financier
RACOJ : Réseau des Associations Congolaises des Jeunes
RAJECOPOD : Réseau des Adolescents et Jeunes Congolais en Population et Développement
RDC : République Démocratique du Congo
REEJER : Réseau des Educateurs et Enfants de la Rue
RSP : Recensement Scientifique de la Population
SRMNEA-NUT : Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, Adolescents et Nutrition
SRSS : Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSAAJ : Services de Santé Adaptés aux Adolescents et Jeunes
SSR : Santé Sexuelle et Reproductive
VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine /Syndrome de l'Immunodéficience acquise
FNUAP: Fonds des Nations Unies pour les Activités de la Population
UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund
VBG : Violences Basées sur le Genre
ZS : Zones de Santé

PREMIÈRE PARTIE

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Selon l'OMS, les « adolescents » sont des personnes qui appartiennent au groupe d'âge de 10-19 ans et les « jeunes gens » ceux qui appartiennent au groupe d'âge de 15-24 ans. Ces deux groupes d'âges qui se recoupent forment le groupe des « jeunes », qui rassemble les personnes appartenant à la tranche d'âge de 10-24 ans.

En République Démocratique du Congo (RDC), les adolescents et jeunes âgés de 10 à 24 ans représentent près du tiers de la population soit 32,8%. La politique sanitaire en faveur de la santé et du bien-être des adolescents est assurée par le Programme National de la Santé de l'Adolescent (PNSA), créé par l'arrêté ministériel N° 1250/CAB/MIN/S/CJ/001/2003 du 13/01/2003 du ministre de la santé et dont la mission principale est d'assurer la promotion de la santé de l'adolescent par la prise en charge des problèmes de santé et de développement de l'adolescent. S'appuyant sur le Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020, le PNSA a élaboré et implémenté le plan stratégique sous-sectoriel de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes couvrant la période 2016-2020. A la lumière des résultats obtenus de la mise en œuvre de ce plan stratégique, le PNSA a décidé de procéder à l'élaboration du plan stratégique national de la santé et du bien-être des adolescents couvrant la période allant de 2021 à 2025.

Définition des concepts

Adolescence et jeunesse

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, c'est également une période de vie pendant laquelle une personne n'est plus un enfant, mais n'est pas encore un adulte. Les décisions qui sont prises au cours de cette période de leur vie affectent non seulement le bien-être individuel des jeunes, mais également le bien-être de la société.

Santé sexuelle

Le terme « santé sexuelle » désigne un état d'épanouissement sexuel et non seulement l'absence de maladies et de blessures associées à une activité sexuelle. Ou encore une association positive des aspects physiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de la sexualité. La sexualité influence les pensées, les sentiments, les rapports et les actions des individus ; elle incite également les personnes à rechercher l'amour, le contact, la chaleur et l'intimité. Elle s'exprime sous des formes nombreuses et variées et dépend étroitement de l'environnement dans lequel vivent les personnes.

Santé de la reproduction

L'OMS définit la santé de la reproduction comme un état de bien-être physique, mental et social, et non seulement la simple absence de maladies ou d'handicaps, pour tout ce qui a trait au système de la reproduction, à ses fonctions et à ses mécanismes. La santé de la reproduction suppose par conséquent que les individus aient une vie sexuelle satisfaisante et sûre, ainsi que la capacité de se reproduire et la liberté de décider quand et à quelle fréquence le faire. Cette dernière condition repose implicitement sur les droits des hommes et des femmes à être informés et à accéder à des méthodes de planification familiale sûres, efficaces, abordables et acceptables qu'ils auront choisies eux-mêmes, ainsi qu'à d'autres méthodes de leur choix de régulation de la fécondité qui soient conformes à la législation ; elle se fonde également sur le droit à l'accès à des services de soins de santé appropriés qui garantiront aux femmes une grossesse désirée et un accouchement à moindre risque, et qui offriront aux couples la meilleure chance d'avoir un enfant en bonne santé.

Points de prestation de service

C'est toute structure ou endroit où l'on offre des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes suivant leurs besoins et problèmes spécifiques en matière de santé.

I. Analyse du contexte

1.1. Situation géographique et administrative

La RDC est située en Afrique centrale et à cheval sur l'équateur. Elle constitue le second pays le plus vaste d'Afrique qui s'étend sur une superficie de 2.345.410 Km². Elle partage 9.165 kilomètres de frontière avec 9 pays : la Zambie et l'Angola au Sud, la République du Congo et l'Enclave angolaise de Cabinda à l'Ouest, l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie à l'Est et le Soudan du Sud et la République Centrafricaine au nord. La RDC est un pays semi-enclavé avec moins de 100 km de littoral sur l'Atlantique. Situé à cheval sur l'Equateur, la RDC bénéficie d'un climat équatorial chaud et humide au centre, et tropical au Sud et au Nord. Sa végétation est constituée par la moitié de forêts ; l'autre moitié proche des tropiques, est dominée par la savane. La pluviométrie est abondante avec une alternance entre le Nord et le Sud (800-1.800 mm). La saison des pluies dure en moyenne 8 mois sur l'année contre 4 mois en moyenne de saison sèche. Le pays dispose d'un important réseau hydrographique dont le fleuve Congo, long de 4.700 km avec un débit de 30.000 m³ par seconde à l'embouchure (deuxième débit le plus important du monde). Il y a lieu de mentionner l'existence de quinze lacs qui totalisent plus de 180.000 km².

Le relief de la RDC est très diversifié avec une large cuvette au centre et à l'Ouest, bordée à l'Est et au sud par de hauts plateaux. L'Est du pays est dominé par une chaîne volcanique entrecoupée des lacs (Rapport OMD 2010). Le pays a des potentialités hydroélectriques estimées à environ 100 000 MW, soit 13 % du potentiel Hydroélectrique mondial. La RDC a un sous-sol riche en produits miniers, tels que le cuivre, le coltan, le diamant, le cobalt, l'or, le manganèse, le zinc, la cassitérite, l'uranium, le niobium, etc. Par ailleurs, outre les produits pétroliers quasi inexploités, on trouve d'énormes réserves de gaz méthane dans le lac Kivu et le schiste bitumeux dans la Province Orientale. Mais il reste la transformation de toutes ces potentialités en richesses. La RDC dispose d'une vaste étendue de sol arable très fertile de 80.000.000 d'hectares, dont environ 12.000.000 seulement exploités (1).

Sur le plan administratif et politique, La RDC est un Etat unitaire fortement décentralisé, subdivisés en 26 provinces (2). Elle compte 33 villes, 145 territoires, 471 secteurs, 264 chefferies, 137 communes urbaines, 174 communes rurales et 5908 groupements selon la réforme territoriale de 2015 (3).

1.2. Situation démographique

De 13,5 millions en 1958, la population congolaise a augmenté rapidement, passant de 21,6 millions en 1970, à 30,7 millions en 1984, date du premier Recensement Scientifique de la Population (RSP) réalisé dans le pays. Depuis lors, pendant près de 30 ans, les chiffres de population utilisés proviennent des projections établies par l'Institut National de la Statistique (INS) à partir des données de ce recensement scientifique. Ainsi en 2019, la RDC était le troisième pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne avec une population estimée à 85.026.000 habitants selon les projections de l'Institut National de la Statistique (Annuaire statistique 2015) (1), avec un sex-ratio de 0,97 homme pour une femme (4), un taux de croissance annuel de 3,3% et une densité de 36 habitants au km (1). Il est à noter que la ville province de Kinshasa a une très forte densité démographique, avec 577 habitants au kilomètre carré (5). La population de la RDC se caractérise par son extrême jeunesse. En effet, la proportion de personnes de moins de 20 ans est estimée à 61 % de la population totale du pays dont 52 % ont moins de 15 ans. La tranche d'âge économiquement active (20-64 ans) représente 37 % de la population totale. Les enfants de moins de 5 ans représentent 18,5 % de la population, et les femmes de 15-49 ans en âge de procréer 21% (1). La population de la RDC se caractérise par une fécondité élevée, un taux brut de natalité (TBN)

de 44,1‰, (5) et un indice synthétique de fécondité (ISF) de 6,7 enfants par femme (4). Ainsi, cette croissance démographique rapide menace à moyen terme les gains de développement durable passés et futurs du pays (6). Cette augmentation rapide de la population devient problématique dans un contexte où la sécurité alimentaire des populations urbaines comme rurale dépend d'une agriculture extensive peu productive.

Du point de vue de la répartition de la population par milieu de résidence, les résultats du RSP de 1984 indiquaient qu'environ 70 % de la population congolaise vivaient en milieu rural contre près de 30 % en milieu urbain. Mais avec les multiples mouvements de population occasionnés par les conflits armés de ces dernières années, la proportion de la population vivant en milieu urbain devrait avoir augmenté (5).

La RDC se caractérise par une grande diversité culturelle et linguistique. En termes de composition ethnique, elle compte quelques 40 ethnies et plus de 400 tribus qu'on peut catégoriser en quatre principaux groupes ethniques, à savoir les Bantous (majoritaires), les Nilotiques, les Soudanais et les peuples autochtones. Le français est la langue officielle en RDC. De plus, 4 langues nationales sont parlées : le kikongo, le Lingala, le Swahili et le Tshiluba. Le français est la langue officielle de l'administration et de l'enseignement. Le statut social de la femme demeure préoccupant à cause, entre autres, de pesanteurs socioculturelles qui la relèguent au second plan.

1.3. Situation socio-économique

La RDC a accompli des progrès considérables sur le plan de la croissance économique et de la stabilité macroéconomique de 2011 à 2014 avec un taux de croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) moyen de 8% par an, le pic étant de 9,5% en 2014. Cette forte croissance n'a pas entraîné un développement des capacités productives ni une transformation structurelle de l'économie. Ce taux a décliné de 6.9% en 2015 à 4,1% en 2018 et le PIB par habitant (en USD courants) est passé de 487,1 en 2014 à 568,9 en 2018 (6-11). Les dépenses publiques et privées pour la santé s'élèvent à 4,5 % du PIB (12). Le rapport sur le Développement Humain 2016 du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) classait la RDC au 176ème rang sur 188 pays avec un IDH de 0,464 (13). L'enquête 1-2-3 a estimé la proportion de la population en dessous du seuil de la pauvreté à 63,4% (14). Le pays est aussi potentiellement riche en minerais (le cuivre, le cobalt, le zinc, le diamant, l'or, l'uranium, le fer, le coltan, ...), en produits agricoles (le café, le coton, le cacao, le bois, la banane, les arachides, le riz, ...) et en pétrole. Selon le Rapport OMD 2000-2015, après un repli considérable entre 1990 et 2001, les taux bruts et net de scolarisation dans le primaire, ont repris et atteint respectivement 118,3 % et 80,4 % en 2013, tandis que le taux d'achèvement du primaire est passé de 24,8 % en 2001 à 69,7 % en 2013. Le taux de déperdition scolaire est élevé, une majorité d'enfants en âge scolaire ne fréquente aucun établissement scolaire. Le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 à 24 ans a franchi la barre de 82,4 % en 2013 (15). Bien que près de la moitié des 27.700.000 personnes ayant un emploi soient constituée des femmes, et que la position sociale de la femme ait évolué rapidement en milieu urbain (14), celle-ci demeure préoccupante en milieu rural à cause de certaines pesanteurs socioculturelles. Ce qui impacte négativement sur l'état de santé de la femme et des enfants en bas âge.

1.4. Organisation du système de santé

Le système de santé de la RDC s'articule autour de trois niveaux hiérarchiques : le Niveau Central, le Niveau Intermédiaire ou Provincial et le Niveau Périphérique ou Opérationnel - Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, de l'Inspection Générale de la Santé et du Secrétariat Général qui coordonne les Directions, les Programmes Spécialisés et les Hôpitaux Nationaux de référence. C'est le niveau stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources. - Le niveau intermédiaire (provincial), est composé du Ministère Provincial en charge de la Santé, de la Division Provinciale de la Santé (DPS), de l'Inspection Provinciale de la Santé (IPS), de l'hôpital provincial et des autres structures

sanitaires à vocation provinciale. Ce niveau assure le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé (ZS). - Le niveau périphérique (opérationnel) est représenté par la ZS subdivisée en Aires de Santé (AS). La ZS est administrée par une Equipe Cadre de la Zone de Santé (ECZS). Elle couvre, en moyenne, 100.000 habitants en milieu rural et 150.000 en milieu urbain. Elle a comme structure opérationnelle ou d'offre des soins, un réseau de 15 à 20 Centres de santé (CS) organisé autour d'un hôpital général de référence (HGR). En RDC, le niveau périphérique comprend donc 516 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8504 aires de santé (AS) planifiées dont 8266 disposent d'un Centre de Santé. Il est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau central. La mission du Centre de Santé (CS) est d'offrir à sa population des soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA), tandis que celle de l'Hôpital Général de Référence est d'offrir les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et d'apporter un appui au développement des PMA de qualité dans les Centres de Santé. La Politique Nationale de la Santé (PNS) adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires. La mise en œuvre de cette PNS a démarré avec le Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS) 2000-2009. Le financement du PDDS a été essentiellement extraverti. Etant donné la structure de l'aide internationale dont la plus grande partie est destinée à la lutte sélective contre la maladie, la plupart des Zones de Santé mises en place pour une offre des soins de santé à la fois globaux, continus et intégrés, ont fini par céder à la fragmentation. En vue de faire face à cette situation, en 2006, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont adopté la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui se fixe pour but d'améliorer l'offre et l'utilisation des soins de santé de qualité pour l'ensemble de la population vivant en RDC. L'organisation fonctionnelle du système de santé repose sur les structures opérationnelles de l'offre des soins que constituent les formations sanitaires (FOSA), réparties selon leur statut juridique en 3 secteurs : étatique, paraétatique et privé (à but lucratif et non lucratif).

En fin 2019, les systèmes de santé de la quasi-totalité des pays à travers le monde, y compris la RDC ont été durement éprouvés par la survenue de la pandémie à covid-19 qui a secoué le monde et a eu un impact sur tous les aspects de la vie. Des mesures de lutte contre ce dangereux virus, notamment des confinements plus ou moins stricts, ont drastiquement changé le style de vie par la promotion des NTIC (travail à distance etc.), mais auraient aussi occasionné des violences domestiques probablement à cause de cette situation de stress. De plus, la réalisation de plusieurs programmes a été bouleversée à cause des restrictions dues aux mesures de lutte et au flux de financement tout à coup dirigé vers la lutte contre le covid-19, au détriment d'autres problèmes prioritaires, notamment ceux frappant au plus haut point les adolescents et jeunes.

II. Analyse de la situation sanitaire des adolescents et jeunes en RDC

Les adolescents et jeunes constituent une proportion importante de la population dans le monde surtout dans les pays à ressources limitées. L'Afrique subsaharienne (ASS) a expérimenté la plus grande hausse de la population dans tous les âges, et pour ceux âgés de 10-19 ans, la population a pratiquement doublé, allant de 127 millions en 1994 à 247 millions en 2019 (16). Par contre l'Asie du Sud et de l'Est, l'Europe et l'Amérique du Nord ont expérimenté un vieillissement de leur population avec une réduction d'environ 12% de la population des adolescents (16).

L'adolescence constitue une étape importante de la vie d'un individu où tout le devenir peut-être mis en péril si des bonnes décisions ne sont pas prises. Plusieurs faits menacent la survie et la santé des adolescents et ces faits sont de plusieurs ordres à savoir : les accidents, le VIH/SIDA, les grossesses précoces, les avortements non médicalisés, les comportements à risque tels que la consommation de tabac et de drogue, les problèmes de santé mentale, les différentes formes de violence et les mariages précoces.

D'après les résultats de la dernière enquête nationale MICS Palu RDC 2017-2018, la RDC avait une population jeune, 58,9 % de sa population totale a moins de 20 ans. Le pays comme tous les autres pays de l'Afrique est confronté à plusieurs problèmes qui affectent la santé des adolescents et jeunes.

2.1. L'infection à VIH et les IST

La prévalence de ces deux maladies chez les adolescents et jeunes a été mesurée lors de la dernière enquête EDS II 2013-2014. Cette enquête avait trouvé au niveau national que la prévalence du VIH était respectivement à 1% et 0,4% chez les filles et les garçons de 15-24 ans. Les filles avaient donc deux fois plus le risque d'avoir le VIH que les garçons. Au niveau national, on a noté ainsi une féminisation de l'infection à VIH qui a été quasiment observée dans toutes les provinces de la RDC excepté pour le Kasai-Occidental et le Maniema.

Concernant les IST, la même enquête avait trouvé une prévalence des IST auto-déclarées de 9,8% chez les filles de 15-24 ans et 6,4% pour les garçons de la même tranche d'âge.

2.2. Comportements sexuels à risque (rapports sexuels précoces, multi partenariat sexuel, non utilisation du préservatif, non utilisation des méthodes contraceptives)

Rapports sexuels précoces

Selon le dernier MICS, 49,3 % des filles de 15 à 19 ans avaient déjà eu des rapports sexuels contre 92,9 % des filles de 20 à 24 ans. Chez les garçons de 15 à 19 ans, 46,1% avaient eu des rapports sexuels selon la même enquête contre 87,3% des garçons de 20 à 24 ans.

Selon le dernier MICS, 43,8 % des filles de 15 à 19 ans ont eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois contre 83 % des filles de 20-24 ans. La proportion chez les garçons de 15-19 ans était de 38 % contre 75,8 % de 20-24 ans.

Les rapports sexuels avant 15 ans constituent un comportement à risque du VIH. Lors du dernier MICS, 16% des filles de 15-19 ans ont eu des rapports sexuels avant 15 ans et 23% des filles âgées de 20-24 ans. Cette proportion était respectivement chez les garçons 17,5% et 17,3%.

Multi partenariat sexuel

Le multi partenariat sexuel constitue également un des comportements sexuels à risque important de transmission de l'infection à VIH. Selon le dernier MICS, environ 4 % des filles de 15-19 ans ont eu des rapports sexuels avec

plus d'un partenaire sexuel les 12 derniers mois précédents l'enquête contre 4,8% des filles de 20-24 ans. Chez les garçons, cette proportion était de 8,2 % chez ceux de 15-19 ans contre 17,4 % chez ceux de 20-24 ans.

Non utilisation du préservatif

L'usage des préservatifs est l'une des stratégies importantes de lutte contre le VIH/SIDA. Il est à noter selon le dernier MICS que le pourcentage d'adolescents ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel les 12 derniers mois et rapportant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel a augmenté au fil du temps en RDC. En 2018, environ 26 % des filles de 15-19 ans ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire les 12 derniers mois et ont rapporté avoir utilisé un préservatif contre 32 % chez celles de 20-24 ans. Les garçons étaient de 35% de 15-19 ans contre environ 30% des 20-24 ans.

Méconnaissance du statut sérologique VIH

La connaissance du statut sérologique est une intervention majeure pour le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA (PNLS). Selon l'OMS, le dépistage du VIH est une composante du paquet d'activités des SSAAJ. Il a été noté qu'en 2017-2018, un tiers des filles de 20-24 ans avaient déclaré avoir déjà été dépistées et 23,8% des garçons de la même tranche d'âge. Le taux de dépistage le plus bas était enregistré chez les garçons de 15-19 ans. Comparativement à l'EDSII on note une augmentation de cet indicateur. Il est également important de souligner que le pourcentage des adolescents et jeunes ayant déclaré connaître le lieu où se faire dépister était de loin supérieur à celui du dépistage. Quant à la continuité du dépistage, on a noté que moins de 10% d'adolescents de 15-19 ans avaient été dépistés les 12 derniers mois et connaissaient leur résultat, les filles de 20-24 ans avaient encore le pourcentage plus élevé que les garçons de la même tranche d'âge. Probablement du fait que les filles ont dû être dépistées à la CPN pour la PTME.

Non utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes et jeunes filles

Utilisation des méthodes contraceptives chez les adolescentes et jeunes filles mariées ou en union

Quant à l'utilisation des méthodes contraceptives, 9,5%, d'adolescentes de 15-19 ans mariées ou en union étaient utilisatrices d'une quelconque méthode contraceptive moderne selon le dernier MICS. Les méthodes traditionnelles étaient utilisées par 6,3% d'entre elles dans l'ensemble et 15,9% étaient utilisatrices de n'importe quelle méthode contraceptive.

Chez les jeunes de 20-24 ans ces pourcentages étaient respectivement de 14,8%, 8,1% et 22,9% pour celles qui utilisaient une méthode contraceptive moderne, une méthode traditionnelle et n'importe quelle méthode.

Utilisation des méthodes contraceptives chez les adolescentes et jeunes filles non-mariées ou en non-union

La proportion des adolescentes et jeunes non en union ou non mariées mais sexuellement actives utilisant respectivement une méthode contraceptive moderne, une méthode traditionnelle ou aucune autre méthode étaient de 19,1%, 16,1 % et 35,3%.

La proportion des adolescentes et jeunes non en union ou non mariées mais sexuellement actives utilisant respectivement une méthode contraceptive moderne, une méthode traditionnelle ou n'importe quelle autre méthode chez les filles de 20-24 ans étaient respectivement de 30%, 13,7% et 43,6% selon le MICS-Palu RDC 2017-2018.

Besoins non satisfaits en contraception

Besoins non satisfaits en contraception chez les mariées ou en union chez les adolescents

En termes des besoins non satisfaits en contraception chez les mariées ou en union, il est à noter que 33,2% d'adolescentes de 15-19 ans avaient des besoins non satisfaits contre 32,3% de celles âgées de 20-24 ans selon le dernier MICS.

Besoins non satisfaits en contraception chez les non mariées ou non en union chez les adolescents

Par contre pour celles non mariées ou non en union, il était de 55,9% pour les 15-19 ans et de 45,6% pour les 20-24 ans selon le dernier MICS.

2.3. Grossesses précoces et ou non désirées

Les grossesses précoces et ou non désirées chez les adolescentes est une cause majeure de la mortalité maternelle chez les adolescentes. L'enquête MICS-Palu RDC 2017-2018 a trouvé une proportion de 23,4% d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà débuté la vie procréative c'est-à-dire ayant déjà eu une naissance vivante ou soit étant enceinte de leur premier enfant.

On note également dans le pays une diminution du taux de fécondité chez les adolescentes au cours du temps. Selon l'enquête MICS Palu RDC 2017-2018, le taux de fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans était de 109 naissances vivantes (NV) pour 1000 femmes les trois dernières années ayant précédé l'enquête alors que ce taux de fécondité était de 138 NV pour 1000 femmes en 2013-2014.

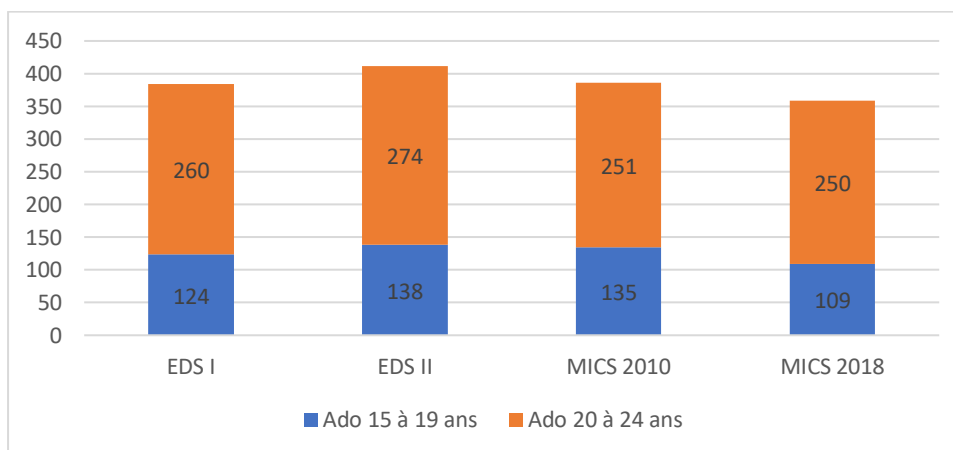


Figure 1: Evolution du taux de fécondité chez les adolescentes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans de 2007 à 2018

2.4. Avortements clandestins

Les adolescentes sont plus à risque de pratiquer des avortements non-médicalisés et cela pour diverses raisons. D'après le rapport de l'UNFPA 2014, soixante pourcents d'avortement à risque à travers le monde sont subis par les adolescentes mariées ou non de 15-24 ans en Afrique (UNFPA, 2014). En RDC, les avortements non sécurisés et clandestins constituent un vrai problème de santé publique. Ils représentent la 2ème cause de mortalité maternelle, car ils contribuent à hauteur de 30 % de la totalité des décès maternels (MICS 2018). Les avortements non sécurisés se pratiquent pour diverses raisons, dans des conditions d'hygiène précaires et souvent par un personnel non qualifié. Toutes les femmes en âge de procréer sont concernées par cette situation, les adolescentes et les jeunes filles sont un peu plus concernées, étant donné que la majorité des grossesses qui surviennent dans cette tranche d'âge sont des grossesses non souhaitées.

2.5. Violences basées sur le genre

La violence et les abus sexuels, infligés notamment aux filles, sont courants et trop souvent tolérés. En RDC, D'après le rapport annuel 2015 du Ministère du genre, enfant et famille sur l'ampleur des violences sexuelles, 26.737 cas de VSBG ont été rapportés au niveau national (Ministère du genre Famille et Enfant RDC, 2015).

a. Mariages précoces

Selon le dernier MICS (MICS 2017-18), 29 % des femmes de 20-24 ans étaient mariées avant 18 ans en RDC. Cette proportion était de 37 % en 2014. Un quart des filles de 15-19 ans étaient mariées ou en union en 2010, 21,3% en 2013-2014 et 18% en 2017-2018. On assiste ainsi à une diminution progressive de la fréquence des mariages précoces dans le pays.

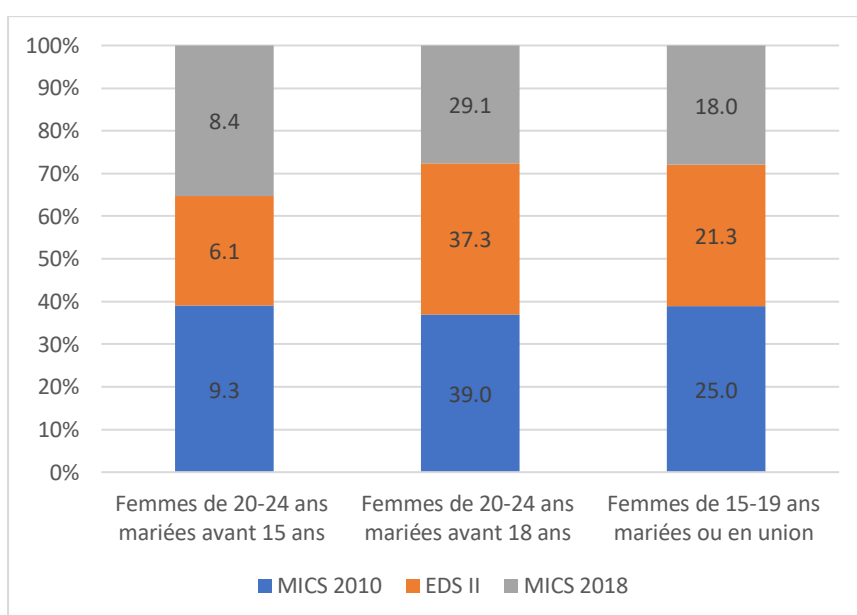


Figure 2 : Proportion des femmes mariées précocement

b. Violences sexuelles

L'enquête EDSII a rapporté que plus d'un dixième (16,4%) d'adolescentes de 15-19 ans ont déjà été victimes des violences sexuelles à un moment donné de leur vie et 9,4% l'ont été les 12 derniers mois. Ce pourcentage est plus élevé chez celles de 20-24 ans où 27,6% ont déjà été victimes des violences sexuelles à un moment donné de leur vie et 16,6% l'ont été dans les 12 derniers mois.

c. Violences physiques

Au niveau national selon l'EDS II, plus de trois adolescentes sur dix (32,8%) âgées de 15-19 ans ont été victimes des violences physiques depuis l'âge de 15 ans contre 51,2% pour celles de 20-24 ans.

2.6. Consommation des substances psychoactives

La consommation des substances psychoactives (SPA) constitue un problème de santé important chez les adolescents et jeunes à travers le monde non seulement à cause de leur fréquence élevée mais aussi à cause de leurs conséquences néfastes sur l'état de santé non seulement physique mais également mentale des ados et jeunes. En RDC, il y a très peu d'études nationales qui ont mesuré ce problème. L'enquête STEP wise de l'OMS

conduite dans la ville de Kinshasa en 2005 avait rapporté que 6,5% des ados et jeunes garçons de 15-24 ans étaient des fumeurs actuels quotidiens du tabac. Aucune fille de 15-24 ans n'étaient consommatrices actuelles et quotidiennes du tabac. Cette étude avait trouvé également une précocité dans le début de consommation du tabac. Selon le dernier MICS, 14% des filles de 20-24 ans ont déjà utilisé le tabac. Cette proportion était de 24 % chez garçons de 20-24 ans.

Ce comportement dans l'ensemble est plus fréquent chez les garçons que chez les filles et sa fréquence augmente avec l'âge. Il est moins fréquent chez les adolescents que chez les jeunes.

Quant à la consommation de l'alcool, l'enquête STEP wise avait trouvé que 73,2% des garçons de 15-24 ans avaient consommé de l'alcool les 12 derniers mois et 60,1% des filles de la même tranche d'âge. Vingt-quatre pourcents des garçons de 15-24 ans avaient consommé cinq verres ou plus en un jour les sept jours ayant précédé l'enquête alors que chez les filles 14,8% avaient consommé quatre verres ou plus d'alcool en un jour les sept jours ayant précédé l'enquête.

Le MICS Palu RDC 2017-2018 avait rapporté que 21 % des filles de 15-19 et de 20-24 ans ont pris l'alcool à n'importe quel moment. Environ 37 % des garçons de 20-24 ans ont pris l'alcool à n'importe quel moment. La consommation de l'alcool avant l'âge de 15 ans avait une fréquence de 10% chez les 15-19 ans et de plus de 10% chez ceux de 20-24 ans.

2.7. Problèmes nutritionnels

La situation nutritionnelle des adolescents et jeunes en RDC reste préoccupante. Plusieurs parmi eux ont d'énormes besoins en nutriment et n'ont malheureusement pas accès à une alimentation équilibrée et de qualité. Ce qui a pour conséquence la malnutrition par défaut/carence et par excès/obésité. Or l'amélioration de la nutrition pendant l'adolescence procure des effets bénéfiques à l'âge adulte et permet une transmission de ces avantages à la génération future, particulièrement si la femme en âge de procréer à un bon état nutritionnel.

L'EDS-2013-14, a estimé à près de 20,8% des adolescentes de (15-19 ans) qui souffrent de la malnutrition aigüe (maigreur) avec un indice de masse corporel (IMC) <18,5 kg/m. La proportion des adolescentes présentant la malnutrition aigüe (maigreur) a connu une légère diminution qui est passée de 25,4% à 20,8%. En outre, le pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans avec un retard de croissance (Taille <145cm) est passé de 6,5% en 2007 à 8,2% en 2014. En ce qui concerne la malnutrition par excès, la même étude a montré que 7,6% adolescentes (15-19) ans souffrent de l'obésité. La proportion des cas d'obésité et de surpoids chez les adolescents est passée de 6,2% en 2007 à 7,6% en 2014 en RDC (EDS 2007 et 2014).

En ce qui concerne l'adolescente enceinte, chez qui les besoins en nutriments sont très importants et souvent non comblés, les déficits d'apports nutritionnels sont à l'origine des anémies ferriprives. En effet, seulement 59,9% des femmes enceintes y compris les adolescentes bénéficient d'une supplémentation en fer, et 49,1% bénéficient d'un déparasitage au cours des visites prénatales.

En outre, il faut noter qu'en dehors de la grossesse, l'anémie ferriprive peut résulter d'une alimentation non équilibrée ou des pertes survenues pendant les menstrues (règles). En effet, La situation nutritionnelle des adolescentes se caractérise aussi par un % des cas d'anémie qui est passé de 48,4% (EDS 2007) à 40,1% (EDS 2013-14) chez les adolescentes de 15-19 ans. Malgré la réduction constatée durant la dernière décennie, ce pourcentage demeure encore élevé.

2.8. Problèmes de santé mentale

Les problèmes de santé mentale font partie des problèmes de santé des adolescents et jeunes les moins documentés en dépit du fait que le pays dispose d'un programme national de santé mentale. Save The Children en partenariat avec l'Université Johns Hopkins et l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa à travers le projet Bien Grandir et GEAS (Global Early Adolescents Study) a mesuré quelques indicateurs relatifs à la santé mentale chez les très jeunes adolescents. En 2017, cette étude avait trouvé que les filles non scolarisées avaient un score de dépression moyen de 2,18 sur un score total de 5. Alors que les autres avaient en moyenne un score d'environ 1,9. Cette étude avait donc montré que le problème de santé mentale est présente et fréquente même chez les très jeunes adolescents alors que l'offre des services est très limitée. En effet, l'évaluation des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes conduite par le FNUAP en 2015 avait trouvé qu'aucune structure SSAAJ interrogée sur les 14 n'offrait le paquet d'activités pour la santé mentale.

2.9. Problèmes de gestion d'hygiène menstruelle

La menstruation est une composante normale, saine et inévitable de la vie de la plupart des filles et des femmes. L'apparition de la puberté et du cycle menstruel est l'aspect fondamental et sain de l'existence des filles et des femmes. La gestion de l'hygiène menstruelle peut être définie comme le fait pour les femmes et les filles « d'utiliser un matériel de gestion des règles propre, permettant d'absorber ou de recueillir le sang et pouvant être changé en toute intimité et aussi souvent que nécessaire pendant toute la durée des règles, de procéder à une toilette corporelle avec de l'eau et du savon et d'avoir accès à des installations permettant de se débarrasser du matériel utilisé.

En RDC, bien que ce sujet soit peu abordé dans la communauté les résultats de l'enquête MIICS Palu 2018 renseignent que 57,2% des adolescentes de 15 à 19 ans et 49,8% des filles 20 à 24 ans utilisent les produits de protection intimes réutilisables par contre 36,9% des adolescentes de 15 -19 ans et 45,2% des filles 20 à 24 ans utilisent les produits intimes non réutilisables pour leur menstrues ; la même source renseigne aussi que les femmes de 15 à 49 ans de milieu urbain 35,3% utilisent les produits de protection intimes réutilisables et 60,7% utilisent les produits de protection intimes non réutilisables tandis que dans le milieu rural, 78,3% utilisent les produits de protection intimes réutilisables et 14,7% utilisent les produits de protection intimes non réutilisables. Plus d'un dixième des femmes de 15-49 ans soit 13,7% en milieu urbain et 14,7% en milieu rural n'ont pas participé à des activités sociales ou des journées de travail en raison de leurs règles.

Les résultats de l'étude de l'ESP/PMA 2020 (2018) montrent que 84,2% des femmes en milieux urbains utilisent les serviettes hygiéniques ; 7,7% utilisent les tissus, 2,3% utilisent la laine de coton et 22,3 % utilisent autres matériels comme produit de protection intime. Seulement 41% des femmes à Kinshasa ont déclaré qu'elles ont tout ce dont elles ont besoin pour prendre soins de leurs menstrues, 18,0% des femmes de Kinshasa ont déclaré qu'elles lavent et réutilisent leurs matériels pour la gestion de l'hygiène menstruelle.

2.10. Problèmes de santé des adolescents vulnérables

La plupart d'adolescent-e-s vulnérables, y compris ceux vivant avec handicaps (physiques, sourds-muets, malvoyants, albinos, ceux vivant dans les orphelinats etc.) ne semblent pas connaître ou avoir entendu parler des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes dans leur environnement, alors qu'ils/elles souhaitent comprendre les problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive. Il arrive parfois même qu'une personne vivant avec handicap ait de quoi payer pour ses soins, mais soit un peu négligée ou reçue en retard, parce que des prestataires des soins pensent à tort qu'elle n'a pas de quoi payer ses soins. Les personnes avec handicap visuel ont rapporté des difficultés pour se déplacer vers les structures sanitaires. Elles ont souligné souvent que les formations sanitaires pouvaient être loin de leur domicile. Certaines adolescents et jeunes vivant au sein des orphelinats ont attesté avoir attendu parler les méthodes contraceptives modernes, mais qu'elles ne les utilisaient

pas par manque d'argent pour s'en procurer ou parce que l'accès à ces méthodes leur était interdit par des organisations qui les hébergeaient ou qui les supportaient.

Les enfants en situation de la rue sont isolés et marginalisés, ils constituent ainsi une catégorie importante d'adolescents vulnérables. Ces adolescents ont appris à se débrouiller et à mener leur vie dans la rue. Leur nombre exact n'est pas connu dans tout le pays. Le dernier recensement mené par l'Institut National de la Statistique avec l'appui financier de la Banque Mondiale qui date de 2006 avait rapporté 13.877 enfants de la rue de moins de 18 ans vivant dans la ville de Kinshasa. En 2014, l'ONG de droit Français Médecins du Monde estimera ce nombre à 20.000. Actuellement, le Réseau des Educateurs et Enfants de la rue (REEJER) estime ce nombre à 25.000 personnes pour la seule ville de Kinshasa et 44% sont des jeunes filles.

La majorité des enfants en situation de rue vivent à Kinshasa. Ils sont classés en 6 catégories : (i) Les enfants abandonnés ; (ii) Les enfants orphelins d'un ou de deux parents ; (iii) Les enfants dits sorciers ; (iv) Les enfants déplacés de guerre et non accompagnés ; (v) Les enfants adultes shegués parmi lesquels figurent des nombreux voleurs ; (vi) Les enfants shegués issus des unions des jeunes adultes shegués. Ces enfants vulnérables sont exposés à plusieurs difficultés liées à la survie et au développement, à la protection, à la participation et à l'opinion.

Les facteurs qui augmentent la vulnérabilité sont les suivants :

la prostitution : la majorité des jeunes filles vivent de la prostitution. Beaucoup d'entre elles sont vulnérables à la transmission du VIH, hépatites B et autres infections sexuellement transmissibles par ignorance des modes de transmission du VIH et par manque d'utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels.

Le partenariat sexuel multiple : Selon l'enquête sur la " vulnérabilité des enfants de la rue face à la toxicomanie et au VIH " menée par Médecins du Monde France en 2009 dans la ville de Kinshasa, les enfants de la rue ont un nombre élevé de partenaires sexuels. En effet, les filles ont en moyenne 5 partenaires par jour et les garçons 2,2.

Le port non systématique des préservatifs lors des rapports sexuels : les filles de la rue ne portent pas de préservatif avec leurs love (maris, fiancés, amis). Même alors, il y a à peine un enfant de rue sur cinq (21 %) qui utilise le préservatif lors des rapports sexuels.

La sexualité précoce. L'âge moyen à la première expérience sexuelle chez les jeunes filles en situation de rue est de 13 ans comparé à 17 ans chez les enfants qui vivent avec leurs parents.

La consommation de la drogue : Dans la ville de Kinshasa, 84,4% des enfants de la rue consomment du chanvre.

La stigmatisation sociale, le manque d'estime de soi

Le faible accès aux services de santé et à une information limitée sur la santé sexuelle et reproductive.

Dans la ville de Kinshasa, il y a une insuffisance criante des structures de prise en charge des enfants en situation de rue. On peut signaler cependant l'appui de quelques partenaires notamment Engender health, Médecins du Monde Belgique etc.

III. Analyse selon les piliers du système de santé

3.1. Leadership, gouvernance et coordination

Le PNSA a été créé par l'arrêté ministériel n° 1250/CAB/MIN/S/CJ/001/2003 avec comme mission d'assurer la promotion de la Santé de l'Adolescent par la prise en charge de ses problèmes de santé et de son développement sain. De 2004 à 2008, le PNSA a fonctionné par l'approche du Projet Appui à la mise en place des Centres des jeunes. Avec l'appui du FNUAP, ce Projet avait ouvert quatre centres des jeunes sur les 11 prévus.

Dans le souci d'accroître davantage la couverture des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes, en 2009, le PNSA avait démarré le processus d'intégration du PMS de SSAAJ dans le système national de santé par

: l'élaboration des standards des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes, l'adaptation et la contextualisation des modules de formation des prestataires cliniques et communautaires en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, la formation des formateurs centraux et provinciaux en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes. Il s'agit des prestataires des ZS de Nzanza et Matadi pour la province du Kongo Central et Binza ozone et N'sele pour la province de Kinshasa, la création des espaces d'informations pour jeunes dans les formations sanitaires de ces quatre ZS. Ceci pour la phase pilote avec l'appui de l'OMS. L'évaluation interne à mi-parcours faite avait permis de relever les forces et faiblesses de ce processus. Les résultats de cette évaluation étant satisfaisants, le PNSA avait décidé de passer à l'échelle avec l'appui du projet ASSP/IMA.

Les années 2013, 2014 et 2015 étaient marquées principalement par le passage à l'échelle du processus d'intégration du PMS de SSAAJ dans le système national de santé. Il a consisté essentiellement à : (i) la révision et actualisation des standards des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes, (ii) la révision et actualisation des modules de formation des prestataires cliniques et communautaires en SSRAJ, Guide du Facilitateur, module du prestataire et module de formation des pairs éducateurs ; (iii) le briefing des formateurs centraux en SSRAJ ; (iv) la formation des formateurs provinciaux ; (v) la formation des prestataires et (vi) l'organisation de l'offre des services dans les PPS et le suivi post formation ainsi que la supervision.

Les années 2016 à 2019 ont été marquées par l'élaboration et la mise en œuvre du Plan Stratégique National PNSA 2016-2020. Ce plan a bénéficié de deux évaluations, dont la première à mi-parcours réalisée en 2018 et la finale réalisée en 2020. Actuellement le PNSA compte 16 coordinations provinciales à travers le pays sur les 26 qui étaient attendues. Ces coordinations qui ont pour rôle d'assurer la mise en œuvre et le suivi des interventions en faveur des adolescents et jeunes au niveau provincial. L'évaluation de la qualité des structures SSAAJ réalisée en 2015 avait trouvé que la majorité d'établissements sanitaires visités n'intégraient pas les jeunes comme membres consultatifs de leurs centres.

Pour assurer la coordination des activités à tous les niveaux, le PNSA a mis en place une task force nationale et des task forces provinciales ; et au niveau des ZS des task forces périphériques.

Dans le cadre de l'implication et de la responsabilisation des adolescents et des jeunes dans la promotion de la santé, des progrès ont été réalisés durant la période de 2016 à 2020 et ont abouti à la réalisation d'une cartographie des intervenants et interventions. Au total le PNSA avait impliqué cinq associations des jeunes dans tout le processus de son PSN 2016-2020 partant de sa conception jusqu'à sa mise en œuvre. On a ainsi noté une faible participation des jeunes à la planification, mise en œuvre et suivi-évaluation des activités en leur faveur.

Il est à noter que la coordination de la mise en œuvre du PSN au niveau national a fourni de grands efforts pour mettre à la disposition du pays d'importants documents stratégiques en matière de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes. Il s'agit des documents ci-après :

- Le plan national de communication 2016-2020 ;
- Le plan de suivi-évaluation 2016-2020 ;
- Les plans opérationnels 2016, 2017, 2018, 2019 et 2020.

Il a été noté de manière générale une faible coordination des activités relatives à la santé des adolescents et jeunes par le PNSA.

3.2. Prestations des services et des soins

L'offre des services de qualité aux adolescents et jeunes exige à ce que les établissements sanitaires puissent disposer d'un paquet des services complet. L'OMS recommande un paquet d'informations sur la santé, les services de conseil, de diagnostic, de traitement et de la prise en charge. Ce paquet devra être composé d'un paquet sur la contraception (le conseil pour la contraception, contraception orale, la contraception d'urgence, le préservatif, la contraception injectable, le DIU, l'implant), d'un paquet sur le dépistage et prise en charge de l'infection à VIH (la prophylaxie post-expositionnelle, pré et post test VIH conseil), d'un paquet des services sur le dépistage et la prise

en charge des IST (test de laboratoire du statut sérologique et test de laboratoire de suivi, service pour le dépistage et traitement des IST), d'un paquet des services sur les avortements provoqués (avortement médical provoqué, le traitement pour les avortements incomplets, pré et post-conseil abortif), d'un paquet des services pour le dépistage du cancer de sein, d'un paquet des services pour le dépistage du cancer du col utérin, le paquet des services pour la prévention et la prise en charge des cas de VS et VBG, d'un paquet des services sur la prévention, le dépistage et prise en charge des grossesses (test de grossesse, soins pré et post-natal), le paquet des services sur la santé mentale, sur la circoncision masculine, d'un paquet des services sur le dépistage et prise en charge de la tuberculose, d'un paquet des services sur la sexualité (conseil sur le sexe et sexualité, conseils sur les relations), d'un paquet des services sur la prévention et prise en charge des maladies chroniques, d'un paquet sur la nutrition et alimentation saine, d'un paquet sur l'infirmité physique et celui sur la prise en charge des blessures post-traumatiques, d'un paquet sur la prise en charge de la toxicomanie et l'alcoolisme.

L'évaluation de la qualité des structures SSAAJ réalisée en 2011 avait trouvé que la totalité d'établissements sanitaires visités n'offraient pas le paquet des services sur la santé mentale et celui sur le dépistage du cancer du col utérin et des seins. Il a été constaté également que la majorité d'établissements ne disposaient pas du paquet sur la nutrition et alimentation saine ainsi que sur le paquet sur la toxicomanie et alcoolisme.

a. Promotion de la santé et prévention de la maladie

Connaissance approfondie du VIH/SIDA

Les adolescents et jeunes doivent disposer des informations sur leur santé et différents services. L'enquête MICS-palu RDC 2017-2018 a trouvé que 22 % des filles de 15-19 ans connaissaient le VIH contre 30 % des filles de 20-24 ans. Cette proportion était de 26,5% chez les garçons de 15-19 ans contre environ 30 % pour ceux de 20-24 ans.

Accès aux médias et NTIC

L'accès aux médias et NTIC constitue une stratégie facilitatrice importante pour les adolescents et jeunes. Selon le dernier MICS 5% d'adolescentes de 15-19 ans lisent un journal ou magazine au moins une fois par semaine, 14,3% écoutent la radio et 25,9% regardent la télévision. Selon cette enquête 6,7% d'adolescents de 15-19 ans lisent un journal ou magazine au moins une fois par semaine, 27,9% écoutent la radio et 29,4% regardent la télévision. Dans l'ensemble on note une utilisation plus importante des médias par les garçons que les filles et que les médias écrits étaient très peu utilisés par rapport aux médias audiovisuels.

Quant à l'utilisation des TIC, l'enquête a trouvé que 13,7% des garçons de 15 -19 ans ont déjà utilisé un ordinateur contre 8,8% des filles de la même tranche d'âge ; 29,4% possèdent un téléphone portable contre 21,0% des filles ; 15,8% ont déjà utilisé internet contre 8,8% des filles. L'utilisation des NTIC était aussi plus importante chez les garçons que chez les filles et le téléphone était l'outil le plus disponible.

b. Traitement curatif

Selon les résultats de la cartographie des intervenants et interventions en faveur des adolescents et jeunes, il a été constaté que la plupart des structures offrant les services de santé adaptés aux adolescents et jeunes offraient plus des activités de prévention et promotionnelle que de prise en charge.

Lors des entretiens qualitatifs avec les différentes parties prenantes, il a été noté la difficulté liée à l'offre de services pour adolescents et jeunes intégrant un paquet complet d'activités. Ces structures de fois étaient contraintes d'effectuer de référence pour la prise en charge.

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

Du point de vue géographique, actuellement seules 159 ZS sur les 516 que compte le pays ont intégré les SSAAJ. Il sied de signaler à ce niveau qu'il a été prévu dans le PSN 2016-2020 de couvrir 258 ZS et que nous avons atteint 159. Au niveau communautaire on note également une faible intégration des activités en lien avec la santé des adolescents et jeunes. Seuls 38 Points de Prestations des services (PPS) ont intégré l'éducation sexuelle complète (ESC).

L'inaccessibilité financière aux services et soins constituent une grande barrière à l'utilisation des services par les adolescents et jeunes. Il est recommandé l'application des tarifs préférentiels dans les structures ayant intégré les SSAAJ, mais en RDC cette politique accuse beaucoup de faiblesses dans son application. Certains partenaires appuient des formations sanitaires et subventionnent ainsi les services et soins pour les adolescents et jeunes. L'étude conduite par le FNUAP en 2015 avait trouvé que la majorité d'établissements sanitaires visités disposaient des politiques sur la gratuité des services à offrir aux jeunes (9/14), affichaient les prix des services de manière claire et dans les endroits visibles (10/14). Les adolescents interrogés avaient déclaré que le prix des services n'était pas toujours à leur portée.

Certaines normes sociales et culturelles constituent des barrières à l'accès et à l'utilisation des services par les adolescents et jeunes. Alors qu'à travers le monde on note une évolution en termes d'amélioration de l'acceptabilité de l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents, en Afrique ce problème persiste. L'étude conduite par le FNUAP en 2015 avait rapporté que les prestataires des soins, les adolescents et pairs éducateurs avaient déclaré que souvent la communauté est hostile à l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes.

3.4. Ressources humaines

De manière générale on note une faible proportion des prestataires cliniques et communautaires formés en SSAAJ. D'après le rapport d'évaluation du PSN PNSA 2016-2020, au total 610 Prestataires cliniques ont été formés entre 2016- 2020 sur 2580 prévus dans le plan. Ce qui porte le pourcentage de prestataires cliniques capables de fournir des informations sur les SSAAJ complets aux adolescents et jeunes à moins de 25%. Quant aux prestataires communautaires formés, leur pourcentage entre 2016-2020 était de moins de 5%.

3.5. Produits de santé, médicaments et consommables

La disponibilité des intrants et médicaments pose problème pour plusieurs raisons soit qu'il y a des ruptures de stock à cause de la mauvaise planification ou soit à la prise en charge partielle des problèmes de santé des adolescents et jeunes. Il a été noté que les services de santé adaptés aux adolescents et jeunes n'offrent pas de paquet complet. La cartographie des interventions et intervenants conduits par le PNSA en 2017 avait montré que les structures réalisaient plus des activités de promotion de la santé et de la prévention de la maladie que les activités curatives.

3.6. Infrastructures, équipements et maintenance

D'après les résultats de l'évaluation finale du PSN 2016-2020 seuls 432 prestataires communautaires (pairs éducateurs) sur 1880 prévus ont été équipés en matériels et supports IEC/CCC soit 23%. Au total 1290 PPS sur 6450 soit 20% ont été équipés en matériels et intrants. Dans l'ensemble 345 prestataires communautaires (pairs éducateurs) sur 1880 ont été équipés en contraceptifs (préservatifs). Soixante-neuf PPS et espaces d'information pour jeunes sur 1290 prévus soit 5,3% ont été aménagés et équipés entre 2016-2020 alors qu'avec 159 ZS couvertes on devait avoir un total de 795 PPS.

3.7. Gestion de l'information et documentation

Le système national d'informations sanitaires en RDC est basé essentiellement sur les données collectées dans le DHIS II qui est un système de collecte des données de routine provenant de la communauté et des formations sanitaires. Malheureusement, ce système ne comporte pas des données désagrégées par tranche d'âge ainsi il n'y a pas des données spécifiques pour les adolescents et jeunes. Déjà les outils de collecte des données au niveau de la base ne prévoient pas des indicateurs spécifiques pour les adolescents et jeunes.

En dehors du DHIS II, il y a des données qui sont collectées par des enquêtes telles que les enquêtes EDS, MICS... des plaidoyers ont été menés ces cinq dernières années pour intégrer le plus d'indicateurs sur la santé des adolescents et jeunes. Dans le MICS Palu RDC 2017-2018 plusieurs indicateurs en rapport avec la santé des ados et jeunes ont été inclus. Néanmoins, il est à noter une faible disponibilité des données sur les très jeunes adolescents (10-14 ans) car les grandes enquêtes ne s'intéressent qu'aux adolescents âgés et aux jeunes. Cette cible a été prise en compte dans les enquêtes GEAS (Global Early Adolescents Study) conduites dans la Ville de Kinshasa plus précisément dans les communes de Kimbanseke et de Masina.

Les revues planifiées dans le PSN 2016-2020 ont été exécutées à moins de la moitié, très peu de réunions des plaidoyers ont été tenues avec les 15 ministères sectoriels. Les plaidoyers auprès des PTF n'ont été réalisés que dans un tiers de cas, toutes les visites de suivi des activités planifiées ont été réalisées.

3.8. Recherches opérationnelles pour actions

Toutes les recherches planifiées dans le PSN 2016-2020 ont été réalisées.

3.9. Financement

Le PNSA n'avait pas élaboré un plan de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de son PSN 2016-2020. Le financement des activités était plus assuré par les partenaires extérieurs. Le gouvernement de la RDC prévoit un budget pour les adolescents et jeunes mais le montant alloué est inférieur aux normes puis on note un problème de décaissement de ce budget en faveur du programme. Du côté des partenaires extérieurs, il a été noté également un faible alignement.

IV. Problèmes prioritaires des adolescents et jeunes en RDC

4.1. Prévalence élevée de l'infection à VIH et IST

L'infection à VIH et les autres IST constituent un problème de santé majeur chez les adolescents et jeunes à travers la RDC. Les filles sont plus touchées que les garçons. Certains comportements peuvent expliquer cela à savoir la non utilisation du préservatif, le multi partenariat sexuel, la consommation des substances psychoactives...

4.2. Prévalence élevée des grossesses précoces et non désirées

Environ un quart d'adolescentes de 15-19 ans ont déjà commencé la vie procréative selon les résultats du MICS-Palu RDC 2017-2018. Cette fécondité précoce peut s'expliquer par la fréquence importante des mariages précoces, la non utilisation des méthodes contraceptives.

4.3. Prévalence élevée des avortements provoqués et non sécurisés chez les adolescentes et jeunes.

Environ un tiers (30%) des avortements provoqués et non sécurisés sont pratiqués en RDC par les adolescentes (15-19 ans). Si les adolescentes et les jeunes filles recourent à l'avortement non sécurisé, c'est puisque le cadre légal restreint la pratique de l'avortement, les normes et directives sur les soins complets d'avortement centrés sur la femme ne sont pas connues par une grande partie de la population et faiblement mise en œuvre. L'on note également l'insuffisance des établissements disposant d'un plateau technique pour l'offre de soins complets d'avortement centrés sur la femme (SCACF), etc.

4.4. Prévalence élevée des rapports sexuels précoces et non protégés chez les adolescents et jeunes

En RDC, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 16,8 ans pour les filles et 17,6 ans pour les garçons. Parmi les facteurs prédisposant aux rapports sexuels précoces et non protégés chez les adolescents, il y a les mariages précoces. Selon MICS 2018, environ 29% d'adolescentes sont victimes des mariages précoces en RDC. Les autres facteurs incriminés sont notamment la consommation des substances psychoactives par les adolescents (alcool, tabac, cannabis...) qui aggrave les comportements à risque ; l'ignorance des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) ; la faible accessibilité et non utilisation des préservatifs par les adolescents et jeunes ; et les violences sexuelles et violences basées sur le genre dont sont victimes certaines adolescentes.

Les rapports sexuels non protégés avec les adolescentes constituent un facteur de risque de survenue des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles. Les grossesses non désirées à l'adolescence peuvent faire dérailler les projets d'une vie. La parentalité à l'adolescence s'associe à un niveau de scolarité moins élevé, à un revenu plus faible et à un recours accru aux programmes d'aide sociale. En RDC, près de 25% de femmes et 3% d'hommes de 20-24 ans ont enregistré leur première naissance vivante avant l'âge de 18 ans et le taux de fécondité des adolescentes est estimé à 109 ‰ (MICS 2017-2018). Les grossesses non désirées peuvent se terminer par un avortement non sécurisé pouvant se compliquer du décès maternel. En dehors des coûts personnels, les grossesses non désirées représentent donc un fardeau onéreux pour les services de santé et les services sociaux.

4.5. Proportion élevée des problèmes nutritionnels chez les adolescentes et jeunes

Une proportion importante des adolescentes et jeunes, comme du reste les femmes adultes en âge de procréer, souffrent de problèmes nutritionnels, notamment l'anémie (à causes multifactorielles), de la dénutrition ou de

l'obésité. Selon l'EDS 2013-2014, chez les femmes de 15-49 ans (où les 15-29 ans représentent plus de 40%), la maigreur était plus fréquente en milieu rural (17,5%) qu'en milieu urbain (9,2%), alors que le surpoids et l'obésité se remarquaient plus en milieu urbain (26%) qu'en milieu rural (9,9%). Parmi les facteurs impliqués, il y a la pauvreté, l'ignorance, les mauvaises habitudes alimentaires et une insuffisance d'offre de service préventif et promotionnel en lien avec la nutrition. Ainsi l'insuffisance nutritionnelle chez les adolescent-e-s pourrait avoir des conséquences néfastes sur leur développement physique à cause des besoins plus accrus durant cette période et pourrait ainsi entraîner une maigreur, une diminution des performances scolaires, une sensibilité accrue à certaines pathologies qui pourraient augmenter le risque de décès précoce... ; pour les femmes en âge de procréer, l'insuffisance nutritionnelle peut influencer négativement sur le devenir de leur progéniture. De l'autre côté, le surpoids et l'obésité favorisent la survenue ou l'exacerbation de l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, l'accident vasculaire cérébral (AVC) etc..

4.6. Prévalence élevée des problèmes de santé mentale parmi les adolescents

Les problèmes de santé mentale des adolescents et jeunes sont de plus en plus fréquents dans notre milieu. Ceux-ci sont occasionnés ou même accentués par la situation d'instabilité familiale dans laquelle évoluent certains adolescents. Cette instabilité familiale s'accompagne souvent du déficit de l'encadrement des adolescents et jeunes, les exposant ainsi à la consommation des substances psychoactives et aux violences sexuelles et celles basées sur le genre. Les adolescents se trouvant dans telle situation sont exposés à plusieurs conséquences : suicide, grossesses précoces et non désirées, accident de trafic routier, traumatisme physique et psychique qui peuvent aller jusqu'à entraîner la mort.

4.7. Consommation des substances psychoactives par les adolescents et jeunes

Une bonne proportion d'adolescents et jeunes sont actuellement exposés à la consommation excessive des substances psychoactives pour la plupart nocives sur leur état de santé. Les faibles connaissances ainsi que l'ignorance, l'influence négative des pairs, la faible réglementation de la circulation des substances psychoactives (qui entraîne un accès facile à ces substances pour les adolescents et jeunes) et l'insuffisance des structures de prise en charges sont les quelques causes. La prise des substances psychoactives chez les jeunes pourrait déboucher en une délinquance juvénile, les accidents de trafic routier (ATR), les violences sexuelles et VBG et la survenue des rapports sexuels non protégés et leurs conséquences ultimes reprises ci-dessus.

4.8. Mauvaise gestion de l'hygiène menstruelle

Une proportion importante d'adolescentes en RDC n'ont pas une bonne gestion de l'hygiène menstruelle surtout en milieu rural qu'urbain. Ce fait peut s'expliquer par un faible accès à l'information sur la gestion de l'hygiène menstruelle et aussi par le manque des moyens financiers.

4.9. Environnement légal peu favorable pour la santé des adolescents

Les adolescents font face à plusieurs obstacles (de la part des parents, des prestataires de soins) lorsqu'ils cherchent à accéder aux services de SSR. Certaines lois et réglementations en vigueur leur sont défavorables. La loi cadre portant sur les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique promulguée en 2018 contient quelques dispositions en faveur de la planification familiale pour les femmes en âge de procréer. Cependant, plusieurs mesures d'application sont nécessaires pour opérationnaliser cette loi mais aucune de celles-ci n'a encore été finalisée. Il y a un besoin de réglementer l'offre et l'accessibilité à l'information et aux services de SSR en faveur des adolescents ; des mesures réglementaires pourraient pousser les enseignants et les prestataires de soins à offrir les SSR aux adolescents sans stigmatisation.

4.10. Faible participation et implication des adolescents et jeunes dans la planification, mise en œuvre et suivi et évaluation des activités du PNSA

La faible implication des adolescents dans les activités du PNSA se traduit notamment par leur absence/non représentativité dans les activités au niveau central et intermédiaire et périphérique. Cela est dû au fait que ces différents niveaux ne les impliquent pas dans les activités organisées en leur faveur. Cela est dû aussi au fait que les acteurs de ces différents niveaux ne réalisent pas le rôle central que les adolescents et jeunes sont appelés à jouer dans l'atteinte de leur bien-être. On note également une insuffisance de structures d'encadrement des jeunes tels que les clubs des adolescents dans les écoles où ils/elles peuvent se réunir pour discuter, échanger sur la promotion de leurs droits, les problèmes de santé qui les concernent afin d'y apporter des solutions. De plus, il y a une faible prise en compte des questions de la SSRAJ et nutrition dans les associations des jeunes et dans les églises. C'est ainsi qu'il s'enregistre une faible utilisation des SSAAJ suite à la méfiance de la part des adolescent-e-s vis-à-vis des services existants et à l'implémentation des interventions non adaptées aux besoins des adolescent-e-s et jeunes avec comme conséquence ultime la faible appropriation des interventions par les jeunes.

4.11. Faible utilisation des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes

Plusieurs causes sont à la base de la faible utilisation de SSAAJ. Il s'agit notamment de la sous-information des adolescents et jeunes sur l'existence (l'organisation) des services de santé adaptés à leurs besoins, mais aussi à cause de la mauvaise image que se font les très jeunes adolescents âgés de 10 à 14 ans sur les établissements de soins de santé, du faible accès aux services de santé (accessibilité géographique, financière et même socio-culturelle), de la faible qualité des services offerts et de la faible implication communautaire. Ces faits entraînent une augmentation de la morbidité et de mortalité dans le groupe des adolescents et jeunes avec ses conséquences sur l'état général de santé de la population.

4.12. Financement insuffisant des interventions en faveur de la santé des adolescents et jeunes

Le financement des activités de la santé des adolescents et jeunes était faible au cours de la mise en œuvre du PSN PNSA 2016-2020. Le quasi totalisé de flux financiers pour les activités du PNSA étaient fournis par les partenaires techniques et financiers venant en appui au PNSA. Le financement public était faible. Malgré le financement des activités par les PTF, en général, il était noté un faible taux de décaissement du budget planifié. Le faible financement des interventions a entraîné des ruptures de stock en intrants, l'insuffisance des prestataires formés en SSAAJ, la faible couverture des SSAAJ et le faible accès aux SSAAJ.

4.13. Faible coordination des interventions en faveur de la santé des adolescents et jeunes

Le PNSA coordonne la task force de la santé des adolescents et jeunes. Cependant, le Programme ne dispose pas d'une cartographie actualisée des intervenants et des interventions en santé des adolescents et jeunes, ce qui ne facilite pas la rationalisation des interventions sur l'ensemble du territoire national. En plus, la faible collaboration entre le PNSA et les autres programmes du ministère de la santé tels que le Programme National de la Santé scolaire (PNSS), le Programme National de la Santé Mentale (PNSM), Le Programme National de Lutte contre la Toxicomanie et les secteurs connexes comme celui des affaires sociales, du genre famille et enfant, de la jeunesse, de l'intérieur et sécurité, de la justice n'a pas facilité la complémentarité. La faible coordination des activités se traduit par des chevauchements, voire des inégalités dans la répartition des ressources, l'inefficacité et même l'inefficacité.

4.14. Faiblesse dans les mécanismes de suivi et évaluation

L'évaluation de la mise en œuvre du PSN PNSA 2016-20 a montré que la plupart d'indicateurs n'étaient pas renseignés suite à l'indisponibilité des données désagrégées dans le DHIS2. Le PNSA ne dispose donc pas des données de prestations dans le domaine de la santé des adolescents et jeunes pouvant être utilisées en vue de la prise de décisions basées sur les évidences. Les outils de collecte et de transmission des données existent au PNSA mais sont faiblement utilisés suite à une multiplicité des canevas au niveau des structures. En plus, la division de suivi et évaluation au sein du programme n'a pas encore atteint un niveau de fonctionnement optimal. Une unité de suivi et évaluation est fonctionnelle en attendant la création d'une division à part entière.

DEUXIEME PARTIE

V. Cadre du plan stratégique

5.1. *Vision, objectifs et principes directeurs*

a. **Vision du plan stratégique 2022-2026**

D'ici à l'horizon 2026, la République Démocratique du Congo dispose des adolescents et jeunes en bonne santé grâce à une information correcte, scientifiquement vérifiable, accessible à chaque jeune, par les canaux les plus utilisés ; grâce à l'organisation des services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes, disponibles, de qualité, basés sur les évidences, offerts dans un contexte convivial et financièrement accessibles à chaque adolescent et jeune, sans discrimination aucune et sans l'appauvrir.

b. **But**

D'ici 2026, contribuer au bien-être de la population congolaise à travers l'amélioration de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes sur toute l'étendue de RDC et ce, conformément aux Objectifs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et du plan Stratégique SRMNEA-NUT dans le contexte de la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle.

c. **Objectif général**

L'objectif général du PSN-PNSA 2022-2026 est d'accroître la couverture et l'utilisation de services et de soins de santé de qualité, adaptés aux adolescents et jeunes, en tenant compte de l'équité et de la protection financière.

d. **Impacts**

- Réduire la fécondité chez les adolescentes et jeunes filles
- Réduire la prévalence des IST/ VIH chez les ados et jeunes

5.2. *Principes directeurs*

La mise en œuvre du Plan National Stratégique de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes se fera dans le respect des principes directeurs suivants : (i) la globalité, (ii) l'intégration, (iii) l'équité, (iv) renforcement de la coordination, (v) décentralisation, (vi) collaboration intra et intersectorielle, (vii) synergie et complémentarité, (viii) la responsabilisation, (ix) redevabilité, (x) le partenariat et le (ix) le respect du genre.

(i) **Globalité des soins**

Les adolescents et jeunes doivent bénéficier des soins et services de santé holistiques allant du domaine d'information et communication en santé jusqu'à l'offre des services de santé adaptés à leurs besoins. Les soins doivent couvrir toutes les dimensions de la personne humaine (aspects physiques, psychologiques, familiaux et communautaires).

(ii) **Intégration des soins**

En vue d'améliorer l'efficacité et l'efficacités des prestations, tous les types des soins et services de santé (curatifs, préventifs, promotionnels, et ré adaptatifs) se rapportant aux adolescents et jeunes doivent être fournis dans les points de prestation des services (PPS) par des prestataires polyvalents, compétents et responsables.

L'intégration nécessite la mise en place des mécanismes de concertation et de coordination des interventions au niveau central et provincial.

(iii) Équité

Les PPS adaptés aux adolescents et jeunes doivent être disponibles et accessibles à tous et partout en RDC. En vue d'améliorer l'accessibilité géographique aux services de santé, il sera procédé à l'extension des PPS dans les 26 provinces aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. En outre, l'amélioration du mode de tarification des soins et la mise en place des mécanismes de prépaiement des soins dans le cadre de la CSU devrait permettre l'accès d'un plus grand nombre de jeunes et adolescents aux PPS.

(iv) Renforcement de la coordination

Le PNSA assurera la coordination des toutes les interventions et actions destinées à l'amélioration de la santé et bien-être des adolescents et jeunes. Au niveau national, cette coordination se fera dans la cadre de la task force de la santé des adolescents et jeunes alors qu'au niveau provincial, la coordination des interventions en faveur de la santé des adolescents se fera à travers le groupe de travail prestations du Comité Provincial de Coordination Technique du Secteur Santé (CPP-SS)

(v) Décentralisation

Le PNSA va transférer les compétences et les activités (actions, planifications, choix et décisions, gestion, coordination, supervision et évaluation) vers les DPS afin de rapprocher les services de santé des bénéficiaires.

(vi) Multisectorialité et collaboration

La mise en œuvre du PSN-PNSA nécessitera une collaboration intra et inter sectorielle. La collaboration inter sectorielle devra se faire avec les programmes de santé ciblant aussi les adolescents et jeunes, notamment le Programme National de la Santé de Reproduction (PNSR), le Programme National de la Santé Scolaire (PNSS) et le Programme National de Nutrition (PRONANUT). Quant à la collaboration intersectorielle, elle va se faire avec le secteur de l'enseignement, de la jeunesse et sport, des affaires sociales, etc.

(vii) Synergie et complémentarité

Afin de contribuer à améliorer la santé et le bien-être des adolescents et jeunes, une cartographie des intervenants en santé et bien-être des adolescents sera élaborée autour de laquelle des interventions synergiques et/ou complémentaires pourront être mises en marche sous la coordination du PNSA.

(viii) Responsabilisation des bénéficiaires

Le PNSA va impliquer les associations des jeunes et les pairs éducateurs dans l'implémentation des activités programmées dans le PSN-PNSA à l'échelle de la RDC.

(ix) Redevabilité

Chaque année, le PSN-PNSA sera décliné en Plan d'actions opérationnel (PAO) dont les activités permettront de suivre les indicateurs de performance du programme.

(x) Le partenariat

Le PNSA travaillera pour faciliter la mise en partenariat public-privé dans l'organisation et l'offre des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes.

5.3. Axes stratégiques et actions prioritaires

Le plan stratégique de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes 2022-2026 sera implémenté en suivant 5 axes stratégiques. Dans les lignes qui suivent, nous décrivons chaque axe stratégique ainsi que les actions à mettre en place en rapport avec chaque stratégie

Axe I. Amélioration de la communication autour de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes

La communication autour de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes va cibler toutes les personnes et organisations ayant l'influence sur les adolescents et jeunes. Cet axe stratégique sera implémenté à travers les principales actions suivantes :

Action 1. Amélioration de la communication stratégique en faveur de la santé des adolescents et jeunes et leur bien-être

Cette communication va cibler les Ministères de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP), Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Technique (EPST), Ministère de la Femme, Famille et Enfants, ainsi que les membres de la commission socio-culturelle de l'Assemblée Nationale. A travers cette communication, un plaidoyer sera fait pour la prise des lois et des mesures d'application de celles-ci visant à rendre disponibles l'information et les services de santé adaptés aux adolescents & jeunes.

Action 2. Renforcement de la communication pour le changement social et de comportements autour de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes en faisant recours aux différents canaux de communication, y compris les NTIC

Cette communication va cibler les adolescents et jeunes qui seront joints à travers les associations des jeunes, les écoles, les églises et autres organisations communautaires. En outre, des messages sms, des émissions télévisées, des spots et des vidéos courtes pourront être diffusés via les réseaux sociaux et la tenue des conférences-débats en lignes.

Action 3. Promotion des droits des adolescents et jeunes à la santé et à la protection

Il sera question de la responsabilisation des adolescents et d'autres membres de la communauté (les partenaires masculins et les autres influenceurs clés) dans la promotion de la santé des adolescents et jeunes. Les jeunes seront sensibilisés sur leurs droits (droits à l'information, droit d'accéder aux services et soins de santé), sur leurs devoirs et sur leurs responsabilités. La mise en place ou le renforcement d'un lobby des jeunes en faveur de l'amélioration de l'environnement légal. La mise en place et l'organisation des clubs des adolescents et jeunes dans les écoles, les églises et la communauté sur la SSRAJ seront un cadre idéal pour permettre aux adolescents et jeunes d'être sensibilisés sur leurs droits, leurs devoirs et responsabilités.

Action 4. Amélioration des compétences des prestataires communautaires dans l'encadrement des adolescents et jeunes

Il faut améliorer la demande et l'utilisation des services de santé par les adolescents et jeunes. Pour ce faire, cela devrait passer par l'amélioration de la reconstitution des comités de santé et des autres structures de participation communautaire en y intégrant les membres des associations fonctionnelles des adolescents et jeunes ainsi que les apprenants en science de santé. Ensuite, les membres des structures de participation communautaires devront être mis à niveau. Le renforcement de la fonctionnalité des espaces d'informations et de communication pour jeunes devra se faire dans les ZS ayant intégré le paquet d'activités SSAAJ.

Axe II. Amélioration de l'offre des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes

L'organisation de l'offre de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes (SSAAJ) constitue une condition pour améliorer l'utilisation des services par les adolescents. L'axe II sera implémenté à travers quatre actions essentielles.

Action 1. Amélioration de la couverture en services de santé adaptés aux adolescents et jeunes, y compris la nutrition et les services contraceptifs

Le nombre des zones de santé offrant les SSAAJ doit être augmenté en vue d'améliorer la couverture géographique de la population couverte par ces services spécifiques. Au sein des ZS, le nombre des formations sanitaires offrant les SSAAJ doit aussi être augmenté. En dehors des FOSA, d'autres points de prestation de services (PPS) adaptés aux adolescents et jeunes et les autres services communautaires devraient être ouverts afin de permettre aux jeunes d'accéder aux informations et services dont ils ont besoin.

Action 2. Amélioration de la qualité des services fournis dans les points de prestation de services

Les PPS devront disposer des infrastructures adaptées, garantissant la confidentialité des prestations pour les adolescents. En outre, les prestataires devraient être formés sur les spécificités des besoins de santé des adolescents et disposer des intrants nécessaires et des directives pour la prise en charge correcte des adolescents. Des mécanismes de suivi de la qualité (supervision) et de consultation des avis des adolescents et jeunes sur la qualité des services de santé leur offerts devront être mis en place (boîtes à suggestion, mini-enquêtes, etc.).

Action 3. Amélioration de l'utilisation des SSAAJ par les adolescents et jeunes

Pour améliorer la fréquentation des SSAAJ, les adolescents et jeunes devraient être sensibilisés sur l'existence de ces services et sur le respect dont ils seront l'objet et le non stigmatisation de la part des prestataires de soins.

Action 4. Réduction des barrières à l'accès et à l'utilisation des PPS adaptés aux adolescents et jeunes

Les barrières liées au coût des services de santé devraient être levées à travers la mise en place d'un tarif préférentiel ainsi que la subvention des soins et services de santé. En outre, l'organisation des SSAAJ devrait être décentralisée, les services rapprochés des utilisateurs. Les barrières en rapport avec les normes sociales défavorables devraient être levées à travers la formation des prestataires et la mise sur pied et l'implémentation d'une réglementation favorable à la santé des adolescents et jeunes ainsi que la sensibilisation des leaders d'opinion en vue de la transformation des attitudes négatives. Des lobbies constitués des parents des adolescents et jeunes et des leaders communautaires devront être également fonctionnels pour ce faire.

Axe III. Amélioration de l'environnement légal, réglementaire et social en faveur de la santé des adolescents et jeunes

Action 1. Elaboration des avant-projets des lois, élaboration/actualisation des mesures d'application des lois, normes, directives et instructions opérationnelles en faveur de l'organisation des SSAAJ, y compris les services contraceptifs

Des textes réglementaires sont nécessaires pour booster l'organisation et l'utilisation des SSAAJ en RDC. Un arrêté ministériel sur la planification familiale est nécessaire comme mesure d'application de la loi portant sur les principes fondamentaux relatifs à la santé publique dans ses aspects en rapport avec la planification familiale. Les

normes et directives des interventions adaptées aux adolescents et jeunes nécessitent d'être actualisées pour prendre en compte les approches innovantes dans la prise en charge des problèmes sanitaires des adolescents.

Action 2. Vulgarisation et soutien à l'application des textes légaux et réglementaires en faveur de la santé des adolescents et jeunes

Les activités de vulgarisation de la loi portant sur les principes fondamentaux de la santé publique, des normes et directives sur les SSAAJ et sur d'autres textes réglementaires devront être effectuées auprès des APA, des acteurs de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et les PTF, des membres de la communauté, y compris les adolescents et jeunes, à travers leurs associations et les autres structures communautaires, en utilisant les différents canaux et techniques de communication.

Action 3 : Promotion des attitudes et comportements favorables en matière de santé et droits sexuels et reproductifs des adolescents et jeunes

Les activités d'éducation à la nouvelle citoyenneté, l'éducation complète à la sexualité à l'école et en famille et les autres activités de sensibilisation devront être organisées au bénéfice des populations cibles (adolescents et jeunes) en vue de la promotion des attitudes et des comportements favorables à la santé.

AXE IV. Renforcement du système de santé autour des interventions de santé en faveur des adolescents et jeunes

A travers cet axe, il sera implémenté les activités de soutien à la réussite de l'organisation des SSAAJ. Ces activités seront réalisées en se basant sur les trois groupes d'actions ci-après :

Action 1. Amélioration de l'intégration des données de prestations de PPS de santé des adolescents et jeunes dans le SNIS

Pour que le PNSA puisse disposer des données de prestations en SSAAJ provenant de différents PPS (points de prestation des services de santé) , il sera important que les outils de collecte des données soient mis au point (ou mis à jour) et qu'un module complémentaire soit intégré dans le DHIS 2.

Action 2. Amélioration des mécanismes de financement des interventions en faveur de la santé des adolescents et jeunes

Au vu du poids démographique des adolescents et jeunes en RDC, les interventions de santé en faveur des adolescents devraient bénéficier des financements adéquats en vue de leur intégration au niveau des formations sanitaires et ainsi faciliter l'utilisation des services de santé de qualité à chaque adolescent, sans discrimination aucune, sans leur appauvrissement et ce, dans le respect de l'équité. Pour ce faire des financements publics et privés seront mobilisés en vue de l'implémentation des approches innovantes ayant montré leur efficacité sur la santé et le bien-être des adolescents et des jeunes. En outre, des nouveaux mécanismes de financement, notamment la gratuité de certains services, la tarification forfaitaire, l'achat des prestations etc. seront mis en place en faveur des adolescents et jeunes.

Action 3. Organisation des plaidoyers pour la mobilisation des ressources en faveur de la santé des adolescents et jeunes

Le plaidoyer sera organisé à deux niveaux : le plaidoyer auprès du Ministre de la Santé Hygiène et Prévention et de ses collègues du budget et des finances ; plaidoyer auprès des députés membres de la commission économique-

financière en vue de la prise en compte des besoins de santé des adolescents dans le budget de l'état pour le secteur santé. Un autre plaidoyer et la mobilisation des ressources seront réalisés auprès des partenaires techniques et financiers du MSPHP en vue de l'amélioration du financement des interventions en faveur de la santé des adolescents et jeunes. Cela se fera grâce à la mise en place des lobbies cités plus haut.

Axe V. Renforcement de la coordination des interventions en faveur de santé et bien-être des adolescents et jeunes

Action 1. Renforcement des mécanismes de collaboration intra et intersectorielle autour de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes.

A travers cette action, il s'agira de redynamiser les différents cadres de concertation qui existent entre les différents services et les différents secteurs (secteurs connexes) et relever le niveau de coordination (niveau le plus élevé des institutions de Gouvernance : Primature et Présidence).

Action 2. Amélioration des capacités institutionnelles et du fonctionnement des structures œuvrant dans la santé des adolescents et jeunes

Le PNSA devra accompagner les associations des jeunes et adolescents dans la réalisation de leurs activités ; il devra aussi faire le suivi de la mise en œuvre des plans de travail des associations susmentionnées. En vue d'améliorer la mobilisation des ressources financières, le PNSA devra renforcer les capacités des agents dans les techniques de plaidoyer et des négociations.

Action 3. Renforcement des mécanismes de suivi et évaluation et de redevabilité

Le renforcement des mécanismes de suivi et évaluation passe par l'opérationnalisation de la division en charge du suivi et évaluation au sein du programme. Cette division devra réfléchir sur la mise sur pied des outils de suivi et évaluation des actions et cibles programmées dans le plan stratégique et les plans opérationnels. Le renforcement de la redevabilité passe par le suivi des indicateurs de la santé des adolescents et jeunes dans le PNDS-2019-2022.

VI. Cadre des résultats par axe

Axe I. Amélioration de la communication autour de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes

| | LOGIQUE D'INTERVENTION | INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES | SOURCES OU MOYENS DE VERIFICATION | HYPOTHESES |
|-----------------------|---|--|-----------------------------------|--|
| EFFET 1.1 | Le niveau de connaissance des adolescents et jeunes sur toutes les thématiques de santé sexuelle et reproductive (grossesse, VIH, IST, avortement, VS, etc.), y compris la nutrition, la participation des adolescents aux actions en leur faveur, les méfaits de l'usage des substances psychoactives, l'hygiène menstruelle est augmenté de 10 % par rapport au niveau de base dans 310 ZS ciblées | Pourcentage des adolescents et jeunes ayant des connaissances approfondies sur le VIH/SIDA Pourcentage des adolescents et jeunes qui ont entendu parler d'au moins d'une méthode contraceptive moderne Pourcentage des adolescents et jeunes ayant des connaissances sur l'hygiène menstruelle N.B. Indicateurs par sexe et tranche d'âge (10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans) | Enquêtes | Climat politique malsain, Pandémie/épidémie, guerre, catastrophe naturelle, insécurité |
| PRODUITS 1.1.1 | Les compétences de 10899 prestataires communautaires (dont 7550 pairs éducateurs, mentors, encadreurs des adolescents vulnérables et des minorités sexuelles.) ; de 390 professionnels des médias ; 94 cadres du PNSA, 1000 prestataires cliniques, 600 membres ECZ ; 390 leaders d'opinion et 875 enseignants sont renforcées en CCSC y compris sur les NTIC et la participation des adolescents aux actions en leur faveur. | Nombre / pourcentage des prestataires communautaires, professionnels des médias, leaders d'opinion, enseignants, cadres du PNSA, prestataires cliniques, membres ECZ qui disposent des compétences en CCSC | Rapport de supervision | Climat politique malsain, Pandémie, guerre, catastrophe naturelle, insécurité |
| ACTIVITES | | Moyens | Coûts | |
| | | • | | |

| | | | | |
|--|---|--|-------------|--|
| | <p>Activité 1 : Former 7550 prestataires communautaires (pairs éducateurs, mentors, encadreurs des adolescents vulnérables, des minorités sexuelles), et autres influenceurs clés (grandes sœurs, parents pairs, tantes, belle-mère, etc.) y compris les groupes vulnérables (enfants en situation de rue, filles mères, albinos...) sur les techniques de communication; les NTIC et la participation des adolescents aux actions en leur faveur</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources Humaines (formateurs, participants, personnel d'appoints) • Support didactique (ordi, retro projecteurs) • Fourniture (carnet, stylos) • Remboursement transport et collation • Restauration | 2 635 000\$ | |
| | | • | | |
| | <p>Activité 2 : Former 390 professionnels des médias, 390 leaders d'opinion, 875 enseignants sur les techniques de Communication y compris les NTIC et la participation des adolescents aux actions en leur faveur</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources Humaines (formateurs, participants, personnel d'appoints) • Support didactique (ordi, retro projecteurs,) • Fourniture (carnet, stylos) • Remboursement transport et collation • Restauration | 468 916\$ | |
| | <p>Activité 3 : Former / recycler les cadres de PNSA du niveau central (94) sur les techniques de communication y compris les NTIC et la participation des adolescents aux actions en leur faveur</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources Humaines (formateurs, participants, personnel d'appoints) • Support didactique (ordi, retro projecteurs,) • Fourniture (carnet, stylos) • Remboursement transport et collation • Restauration | 57 395\$ | |
| | <p>Activité 4 : Former / recycler les ECZ (600) sur les techniques de communication y compris les NTIC et la participation des adolescents aux actions en leur faveur</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources Humaines (formateurs, participants, personnel d'appoints) • Support didactique (ordi, retro projecteurs,) • Fourniture (carnet, stylos) • Remboursement transport et collation | 170 000\$ | |

| | | | | |
|-----------------------|---|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Restauration | | |
| | <p>Activité 5 : Former les prestataires cliniques (1000) sur les techniques de communication y compris les NTIC et la participation des adolescents aux actions en leur faveur.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources Humaines (formateurs, participants, personnel d'appoints) • Support didactique (ordi, retro projecteurs,) • Fourniture (carnet, stylos) • Remboursement transport et collation • Restauration | 283 333\$ | |
| PRODUIT 1.1. 2 | <p>L'Education Sexuelle Complète (ESC) est intégrée dans 50% écoles, 500 églises et 250 organisations/associations des jeunes y compris les organisations des adolescents et jeunes vulnérables dans les provinces et ZS ciblées</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'écoles ayant intégré l'ESC • Nombre d'associations ou organisations des jeunes ayant intégré l'ESC • Nombre d'églises ayant intégrées l'ESC | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'activités • Cartographie des interventions et intervenants | |
| ACTIVITES | | MOYENS | COUT | |
| | <p>Activité 1. Elaborer les modules de formation en ESC destinées aux associations ou organisations des jeunes, églises, aux enseignants, éducateurs et membres de la communauté y compris celles des adolescents et jeunes vivant avec handicap en y intégrant les aspects de gestion des plaintes liées aux VS, la nutrition et la participation des adolescents aux actions en leur faveur.</p> | <p>Personnel, salle, per diem, frais de transport, fournitures de bureau, documents de travail</p> | 20000\$ | |
| | | | | |

| | | | | |
|-----------------------|---|--|--|--|
| | Activité 2. Appuyer les activités d'autonomisation (apprentissage professionnel.) de 1200 adolescents et jeunes. | Personnel, salle, per diem, frais de transport, fournitures de bureau, documents de travail | 20000 | |
| | Activité 3. Organiser les sessions de formation des encadreurs des structures d'encadrement des jeunes y compris celles des adolescents et jeunes vivant avec handicap sur l'ESC (3100 Enseignants, 1000 encadreurs des Eglises, 500 Encadreurs des Associations) | Personnel, salle, frais de transport, per diem, fournitures de bureau, supports de formation, etc. | 1 300 500\$ | |
| | Activité 4. Organiser les sessions de formation de 23 250 élèves des écoles dans les ZS ciblées sur l'ESC. | Personnes (participants, facilitateurs, personnels d'appoint), salle, frais de transport, per diem, fournitures de bureau, supports de formation, etc. | 6 587 500\$ | |
| | Activité 5. Doter les écoles, les associations ou organisations des jeunes y compris celles des adolescents et jeunes vivant avec handicap et les églises des manuels sur l'ESC | Manuels sur l'ESC, frais de transport et de la reprographie | 32.500 \$ (Fret collis) - 46.500 \$ (Reprographie) 79.000 \$ (Total) | |
| | Activité 6. Doter les parents des manuels/Feuillets/Dépliants sur l'ESC | Manuels sur l'ESC, frais de transport et de la reprographie | | |
| PRODUIT 1.1.3. | 20% des associations ou organisations des jeunes exploitent les thématiques en rapport avec les SCAF lors des séances de sensibilisation | Pourcentage d'associations ou organisations des jeunes ayant sensibilisé sur les SCACF | • Rapport d'activités des associations et organisations des jeunes | |

| | | | | |
|-----------------------|---|---|-----------------|--|
| | Activité 1. Actualiser les supports de formation destinés aux prestataires communautaires en intégrant les SCACF | Personnel, salle, per diem, frais de transport, fournitures de bureau, documents de travail | 20000\$ | |
| | Activité 2. Former les prestataires des services de santé communautaires sur les SCACF | Personnel, salle, frais de transport, per diem, fournitures de bureau, supports de formation, etc. | 2 193 000\$ | |
| | Activité 3. Doter les prestataires communautaires, en supports de formation et de communication intégrant les SCACF. | Manuels sur le SCACF, frais de transport et de la reprographie | PM | |
| EFFET 1.2 | La proportion d'adolescents et jeunes qui adoptent les comportements ou pratiques responsables et favorables à leur santé et à leur bien être dans les 310 ZS ciblées augmente d'au moins 10% par rapport au niveau de base | <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'adolescents et jeunes sexuellement actifs qui déclarent avoir eu plus d'un partenaire sexuel dans les douze mois passés et qui rapportent avoir utilisé le condom lors du dernier rapport sexuel • Pourcentage d'adolescents et jeunes qui sont testés pour le VIH et qui ont retiré leurs résultats dans les 12 derniers mois • Pourcentage d'adolescents et jeunes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive moderne • Pourcentage des adolescents et jeunes qui consomment les substances psychoactives • Pourcentage des adolescents et jeunes victimes des violences sexuelles qui reçoivent les kit PEP dans les 72 heures • Pourcentage d'adolescentes mariées précocement • Pourcentage d'adolescentes et jeunes filles ayant une bonne gestion de l'hygiène menstruelle • Pourcentage d'adolescents et jeunes disposant des connaissances sur leurs droits, devoirs et responsabilités | Enquêtes | |
| PRODUIT 1.2.1. | 50% des jeunes adoptent des comportements favorables en matière de SR et de nutrition dans les ZS ciblées | La proportion d'adolescents et jeunes qui ont accès à l'information sur la promotion des comportements favorables à la santé y compris sur la nutrition dans les ZS ciblées | Enquêtes | |

| ACTIVITES | | MOYENS | COUTS | |
|---|--|---|-----------------------|---|
| | Activité 1. Sensibiliser les adolescents et jeunes sur les méfaits de certains comportements /faits sur leur santé et bien-être (VIH/IST, grossesses non désirées, utilisation des SPA, les violences sexuelles, malnutrition...) à travers les NTIC (U-Report, Face book, twitter ...) | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources. Humaines (facilitateurs, participants) • Forfait internet • Supports audio visuels • Boite à images, affiches, dépliants • Transport • Collation | 1.984.000 \$ | POURQUOI CE COUT ELEVE SUR LA SENSIBILISATION DES ADOS A TRAVERS LES NTIC ? |
| | Activité 2. Créer et rendre fonctionnelles au moins 3 lignes vertes dédiées à la santé et au bien-être des adolescents et jeunes | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Subvention | Cfr PAO | |
| | Activité 3. Organiser les séances de vulgarisation sur l'utilisation des NTIC dédiées à la santé et au bien-être des adolescents et jeunes | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources. Humaines (facilitateurs, participants) • Forfait internet • Supports audio visuels • Boite à images, affiches, dépliants • Transport • Collation | 260.000 \$ | |
| | Activité 4. Créer des plages d'information dédiées aux adolescents et jeunes dans toutes les chaines de radio rurales et urbaines et de télévision publiques, privées | MOYENS <ul style="list-style-type: none"> • Ressources Humaines • Support didactique • Frais de remboursement de transport • Support audiovisuel • Per diem • Achat espace | 1.560.000 \$ | |
| Activité 5. Organiser des campagnes de distribution des préservatifs (masculin et féminin) et autres contraceptifs | <ul style="list-style-type: none"> • Transport pour les DBC • Contraceptifs | 2.504.800 \$ / 310 ZS | Cfr AXE II Activité 6 | |

| | | | | |
|--|--|---|---------------------|-----------------------|
| | Activité 6. Organiser des séances d'activités récréatives et culturelles en faveur des adolescents et jeunes y compris ceux vivant avec handicap dans les ZS ciblées | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources. Humaines (facilitateurs, participants) • Supports audio visuels • Boite à images, affiches, dépliants • Transport • Collation | 4.650.000 \$ | |
| | Activité 7. Sensibiliser les adolescents vulnérables (jeunes vivant avec handicap et en situation de rue) sur les questions de SSRAJ | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources. Humaines (facilitateurs, participants) • Supports audio visuels • Boite à images, affiches, dépliants • Transport • Collation | 3.835.000 \$ | |
| | Activité 8. Mener un plaidoyer pour améliorer l'offre en matière des infrastructures, toilettes, les produits d'hygiène menstruelle qui préservent la santé et l'environnement, le coût | <ul style="list-style-type: none"> • Personnel • Salle • Document de plaidoyer • Per diem • Frais de transport | 37.000 \$ | |
| | Activité 9. Organiser des campagnes de distribution des serviettes hygiéniques dans les écoles et dans les établissements des jeunes vivant avec handicap | <ul style="list-style-type: none"> • Transport pour les DBC • Serviettes hygiéniques | 465.000 \$ | Cfr AXE II Activité 7 |

Axe II. Amélioration de l'offre des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes

| | LOGIQUE D'INTERVENTION | INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES | SOURCES OU MOYENS DE VERIFICATION | HYPOTHESES |
|--|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------|
|--|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------|

| | | | | |
|-----------------------|---|--|---|--|
| EFFET 2.1. | L'utilisation des SSAAJ par les jeunes et les adolescents congolais est augmenté de 21 à 30% d'ici 2025. | Taux d'utilisation des SSAAJ par les adolescents et jeunes | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'Enquêtes • Rapport SNIS • Rapport d'activités | Conflits armés et ethniques, catastrophes naturelles, Insécurité |
| PRODUITS 2.1.1 | 1550 FOSA et autres PPS pour adolescents et jeunes offrent les services de qualité aux adolescents et jeunes | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre FOSA et PPS disposant des standards des services de santé adaptés aux besoins des ados et jeunes, • Nombre des FOSA et PSS disposant du personnel formé sur les SSAAJ, • Nombre des FOSA et PPS disposant des médicaments et intrants nécessaires pour la PEC des problèmes des ados et jeunes, • Nombre des supervisions réalisées. | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'activités • Rapport SNIS • Rapport d'enquêtes | |
| ACTIVITES | | MOYENS | COUT | |
| | Activité 1. Former XXX (3720) prestataires de service sur les SSRAJ, les SCACF, la nutrition, et l'apprentissage collaboratif | Personnel, location salle, outil de formation, | 1.054.000 \$ | |
| | Activité 2. Doter les FOSA en intrants et médicaments nécessaires pour offrir le service de qualité aux adolescents et jeunes. | Personnel, fournitures de bureau, salle, per diem, transport, documents existants | 7.750.000 \$ | |

| | | | | |
|--|--|---|----------------------------------|--|
| | Activité 3. Actualiser les documents normatifs (standards de SSAAJ, politique de santé de l'adolescent, normes et directives, en y intégrant les aspects relatifs aux adolescents et jeunes vivant avec handicap, ceux en situation de rue ainsi que les aspects liés à la nutrition) | | 20.000 \$ | |
| | Activité 4. Vulgariser les documents normatifs dans les structures ayant intégré les SSAAJ | Personnel, Documents normatifs, frais des missions, billet de transport, collation participant, salle | 910.000 \$ | |
| | Activité 5. Réaliser des enquêtes de satisfaction des adolescents et jeunes sur les SSAAJ | Personnel, outils de collecte, per diem, frais de transport, etc | 468.000 \$ | |
| | Activité 6. Organiser des campagnes de sensibilisation et de distribution gratuite des méthodes | Transport pour les DBC Contraceptifs modernes | 2.504.800 \$ / 310 zs | |

| | | | | |
|--|---|---|--------------------|--|
| | contraceptives modernes et des préservatifs dans les espaces information et de communication pour jeunes et dans les structures des jeunes vivant avec handicap et dans la communauté | | | |
| | Activité 7. Organiser des campagnes de distribution des serviettes hygiéniques dans les écoles (Prestation) | Transport pour les DBC Serviettes hygiéniques | 465.000 \$ | |
| | Activité 7. Organiser les campagnes de distribution des multi micronutriments (MMN) en milieu scolaire et dans les clubs des jeunes (Prestation) | Transport pour les DBC/PE MMN Perdiem | Cfr Atelier | |
| | Activité 8. Organiser la campagne de distribution de mebendazole en milieu scolaire et dans les clubs des jeunes (Prestation) | Transport pour les DBC/PE Mebendazole Perdiem | Cfr Atelier | |

| PRODUITS 2.1.2 | 155 FOSA soit 10% ont intégré l'apprentissage collaboratif. | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre des FOSA organisant les séances d'apprentissage collaboratif, • Nombre des FOSA disposant du personnel formé sur l'apprentissage collaboratif, • Nombre des supervisions réalisées. | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'activités • Rapport SNIS • Rapport d'enquêtes | |
|----------------|--|--|---|--|
| | Activité 1 : Actualiser le manuel de formation et animation de l'apprentissage collaboratif | Personnel, Outils de supervision, moyen de transport, carburant, Per diem, Moyen de communication | 20.000 \$ | |
| | Activité 2. Former 403 prestataires des services sur l'apprentissage collaboratif | Personnel, location salle, outil de formation, etc. | 1.054.000 \$ | |
| | Activité 3. Organiser 1860 réunions de l'apprentissage collaboratif | Prestataires, Transport, per diem | PM | |
| | Activité 4. Organiser 190 missions de supervision des personnels de santé sur l'apprentissage collaboratif | Personnel, Outils de supervision, moyen de transport, carburant, Per diem, Moyen de communication | 444600 | POURQUOI DES MISSIONS DISPONIBLES SEULEMENT SUR L'APPRENTISSAGE COLLABORATIF ? |

Axe III. Amélioration de l'environnement légal, réglementaire et sociale en faveur de la santé des adolescents et jeunes

| | LOGIQUE D'INTERVENTION | INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES | SOURCES OU MOYENS DE VERIFICATION | HYPOTHESES |
|-----------------------|---|---|-------------------------------------|------------|
| EFFET 3.1. | D'ici 2025, l'environnement légal et social en faveur de la santé des adolescents et jeunes est amélioré | Nombre de lois/mesures d'application et autres documents normatifs votés et/ou promulgués en faveur du droit à la SAJ | Journal Officiel | |
| PRODUIT 3.1.1. | D'ici 2025, les mesures d'application de la loi cadre de santé sont élaborées | Nombre des mesures d'application de la loi élaborées | Existence des mesures d'application | |
| ACTIVITES | | MOYENS | COÛT | |
| | Activité 1. Mener un plaidoyer sur l'élaboration des mesures d'application de la loi cadre de santé | Personnel, salle, per diem, frais de transport | 5.000 \$ | |
| | Activité 2. Mener un plaidoyer pour la signature d'un arrêté sur la réglementation (mesure d'application) de la loi cadre de santé sur la PF | Personnel, salle, Document de plaidoyer, per diem, frais de transport | 15.000 \$ (1x3 ans) | |
| | Activité 3. Organiser le suivi auprès du Ministère de la Santé | Per diem, frais de transport | 3. 000 \$ (1x 2 ans) | |
| PRODUIT 3.1.2. | D'ici 2025, les documents normatifs de santé de l'adolescent sont actualisés par rapport à la loi cadre de la santé. | | | |

| ACTIVITES | | MOYENS | COUT | |
|-----------------------|--|---|--|--|
| | Activité 1. Organiser un atelier d'actualisation des documents normatifs en phase avec la loi cadre de la santé. | Personnel, salle, per diem, frais de transport | 10.000 \$ | |
| | Activité 2. Organiser un atelier de vulgarisation des documents normatifs actualisés sur la santé des adolescents. - | Personnel, salle, per diem, frais de transport, reprographie | 10.000 \$ | |
| PRODUIT 3.1.3. | D'ici 2025 77500 parents, 38750 leaders communautaires, 3100 prestataires et 31000 enseignants, 15500 pairs éducateurs sont sensibilisés sur les mesures d'application de la loi-cadre de la santé en matière de PF en faveur des adolescents et jeunes | Nombre de parents, leaders communautaires, prestataires, enseignants et pairs-éducateurs sensibilisé sur la loi-cadre de la santé et ses mesures d'application en faveur des adolescents et jeunes | <ul style="list-style-type: none"> • Revue • Rapport d'activité • Résultats Enquête CAP | |
| ACTIVITES | | MOYENS | COUT | |
| | Activité 1. Organiser un atelier d'élaboration des messages et supports de sensibilisation | Personnel, salle, per diem, frais de transport | 10.000 \$ | |
| | Activité 3. Tenir des réunions de sensibilisation sur les mesures d'application la loi-cadre de santé en matière de PF en faveur des adolescents et jeunes | Personnel, salle, per diem, frais de transport | 3.255.000 \$ | |
| | Activité 4. Mener des séances de plaidoyer auprès des APA pour la mise en application des mesures d'application la loi-cadre de santé en matière de PF en faveur des adolescents et jeunes | Personnel, salle, document de plaidoyer, per diem, frais de transport | 130.000 \$ | |

AXE IV. Renforcement du système de santé autour des actions de santé en faveur des adolescents et jeunes

| | LOGIQUE D'INTERVENTION | INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES | SOURCES OU MOYENS DE VERIFICATION | HYPOTHESES |
|----------------|--|---|-----------------------------------|--|
| EFFET 4.1. | D'ici 2025, le financement des interventions en faveur de la santé des ados et jeunes est augmenté | Pourcentage du budget de l'état alloué à la SAJ Financement provenant des sources extérieures en % des dépenses en Santé des Adolescents et jeunes | Ordre de décaissement disponible | Le gouvernement donne l'argent x prévu pour les activités de la SAJ La direction du programme perçoit les fonds alloués |
| PRODUIT 4.1.1. | D'ici 2025, le taux de décaissement des fonds alloués par le Gouvernement à la santé des adolescents et jeunes est augmenté à 100% | Le taux de décaissement ¹ | Extrait bancaire | |
| ACTIVITES | | MOYENS | COUT | |

| | | | | |
|-----------------------|--|--|------------------------------------|--|
| | Activité 1. Organiser des missions de suivi pour accélérer le processus de décaissement | Per diem, frais de transport | 3.000 \$ (600x5 ans) | |
| | Activité 2. : Mener un plaidoyer pour l'allocation d'une ligne budgétaire pour le financement des activités en faveur de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes | Personnel, salle, document de plaidoyer, per diem, frais de transport | 2000 | |
| | | | | |
| PRODUIT 4.1.2. | D'ici 2025, 100% des PTF œuvrant dans le domaine de la Santé de l'adolescent ont signé le contrat unique | Proportion des PTF qui ont signé le contrat unique Proportion du budget alloué par les PTF à la SAJ dans le PAO | Rapports financiers | |
| ACTIVITES | | MOYENS | COÛT | |
| | Activité 1. Organiser un atelier d'élaboration du plan de mobilisation des ressources | Personnel, salle, per diem, frais de transport | 2.5000 (500x5 ans) | |
| | Activité 2. Organiser des séances de vulgarisation du plan de mobilisation des ressources | Personnel, salle, per diem, frais de transport | 37.500 \$ (7.500 \$ x5 ans) | |
| | Activité 3. Tenir des réunions de plaidoyer pour le respect des engagements pris pour le financement des activités en faveur de la SAJ | Personnel, salle, per diem, frais de transport | 12500 \$ (2500 \$ / ans) | |
| | Activité 4. Organiser des missions de suivi du plan de mobilisation de ressources | Per diem, frais de transport | 20.000 \$ (4000 \$ x5) | |

| | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|--|
| | Activité 5. Organiser une réunion d'évaluation trimestrielle du Plan de Mobilisation des Ressources | Personnel, salle, per diem, frais de transport | 42.500 \$ (8.500 \$ x5 ans) | |
|--|--|--|------------------------------------|--|

Axe V. Renforcement de la coordination interventions en faveur de santé de santé et bien-être des adolescents et jeunes

| | LOGIQUE D'INTERVENTION | INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES | SOURCES OU MOYENS DE VERIFICATION | HYPOTHESES |
|-------------------|---|---|---|---|
| EFFET 5.1. | D'ici 2025, au moins 50% d'associations d'adolescents et jeunes participent et s'impliquent dans la planification, la mise en œuvre et suivi et évaluation des interventions en faveur de leur santé et bien-être | Nombre d'associations des jeunes qui participent à la planification, mise en œuvre et suivi et évaluation des interventions en faveur de leur santé et bien-être au niveau national | Etude CAP, revue à mi-parcours du PSN, revue documentaire, etc. | Normes sociales négatives (pesanteur culturelle, Us et Coutumes, croyances religieuses) |

| | | | | |
|-----------------------|--|---|--|--|
| PRODUIT 5.1.1. | D'ici 2025, 833.415 adolescents et jeunes sont initiés à la participation des actions en leur faveur | Nombre d'adolescents et jeunes initiés à la participation des actions en leur faveur | Listes de présence, rapport d'activités | |
| ACTIVITES | | MOYENS | COUT | |
| | Activité 1. Intégrer les aspects en lien avec l'initiation à la participation des adolescents et jeunes dans les supports de formation sur la santé des adolescents | <ul style="list-style-type: none"> Ressources humaines Ressources financières (salle, restauration, fournitures de bureau, per diem, transport) supports | 15000\$ | |
| | | | | |
| | Activité 4. Créer les plates formes de discussion et d'échanges (en ligne et en présentiel) sur les questions de SAJ | <ul style="list-style-type: none"> Ressources humaines Ressources financières (Honoraires) | <ul style="list-style-type: none"> 1 Smart phone (650\$) Forfait internet : 50\$ Carte sim | Total : 700\$ En présentiel : Cfr. Groupe 2 |
| | Activité 6. Rendre fonctionnelles les plates-formes de discussion et d'échanges (en ligne et en présentiel) | <ul style="list-style-type: none"> Ressources humaines Ressources financières Ressources matérielles | <ul style="list-style-type: none"> Forfait internet : Frais de booste Téléphone Monitoring | Total : 36150\$ |
| PRODUIT 5.1.2. | D'ici 2025, 100.000 /1666830 adolescents et jeunes/communauté sont sensibilisés en vue de leur implication et participation aux actions en faveur des adolescents et jeunes | Nombre d'adolescents et jeunes sensibilisés sur la santé sexuelle et reproductive Nombre d'autres membres de la communauté sensibilisés (APA, leaders religieux, les enseignants, les parents) | Rapports d'activités | |
| ACTIVITES | | MOYENS | COUT | |
| | Activité 1. Organiser un atelier d'actualisation des supports IEC/CCC en y intégrant les aspects en | <ul style="list-style-type: none"> Ressources humaines | A verser dans Cfr Groupe 3 A reformuler | |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | lien avec la participation et l'implication des ados et jeunes | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources financières (salle, restauration, fournitures de bureau, per diem, transport) • supports | 59215\$ | |
| | Activité 2. Organiser les émissions télé, radio et en lignes sur la participation et l'implication des ados et jeunes | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières (per diem, transport) • supports | 583770\$ Reformuler pour couvrir 26 DPS avec soit le même montant Voir Groupe 2 Aller progressivement avec cette activité | |
| | Activité 3. Organiser des rencontres d'échanges avec des leaders communautaires sur la participation et l'implication des ados et jeunes ... | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières (salle, restauration, fournitures de bureau, per diem, transport) • supports | 176500\$ | |
| | Activité 4. Organiser des rencontres d'échanges avec des parents d'élèves sur la participation et l'implication des ados et jeunes . | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières (salle, restauration, fournitures de bureau, per diem, transport) • supports | 176500\$ Utiliser les opportunités dans le secteur EPST, lors des réunions des parents pour faire passer le message Cfr Gpe 2 revoir le montant en budgétisant seulement la collation des enseignants | |

| | LOGIQUE D'INTERVENTION | INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES | SOURCES OU MOYENS DE VERIFICATION | HYPOTHESES |
|------------|--|---|-----------------------------------|------------|
| EFFET 5.2. | D'ici 2025, le nombre des intervenants engagés pour l'amélioration de la santé | Nombre d'intervenants engagés pour l'amélioration de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes | Revue à mi-parcours, ... | |

| | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|
| | et du bien-être des adolescents et jeunes est passée de 30 à 80 | | | |
| PRODUIT 5.2.1. | D'ici 2025 une cartographie complète des intervenants et interventions en SSAJ est réalisée | Nombre de cartographie complète des intervenants et interventions en SSAJ réalisée | Rapport d'étude de cartographie | |
| ACTIVITES | | MOYENS | COUT | |
| | Activité 1' : Recruter les consultants (senior et junior) pour réaliser la cartographie | <ul style="list-style-type: none"> • | <ul style="list-style-type: none"> - Honoraires consultant Sénior : (50 Jrs de T x 300) = 100000 - Honoraires consultant Junior : 50 Jrs de T x 150 = 7500 | |
| | Activité 1. Organiser un atelier de production des outils de collecte des données(en tenant compte des structures d'encadrement et de prise en charge des adolescents et jeunes vulnérables) | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières (per diem, transport) • supports | PM | |
| | Activité 2. Organiser des missions de collecte des données dans les 26 DPS | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières (per diem, transport) | PM | |
| | Activité 3. analyser les données collectées dans les 26 DPS | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières (per diem, transport) | PM | |
| | Activité 4. Organiser un atelier de dissémination des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières (per diem, transport) | PM | |
| PRODUIT 5.2.2. | D'ici 2023, le mécanisme de coordination des intervenants et interventions est redynamisé | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de PV des réunions des task forces de la santé des adolescents et jeunes au niveau national | PV des réunions de Task Force, CR de réunions de plaidoyer, contrat de collaboration, engagement des partenaires... | |

| | | | | |
|-----------------|---|---|--------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de PV des réunions des task forces de la santé des adolescents et jeunes au niveau provincial • Nombre de contrat de collaboration signé entre le PNSA et les PTF actifs dans la santé et bien être des adolescents et jeunes • Evaluation à mi parcours du PSN 2021-2025 réalisée • Evaluation finale du PSN 2021-2025 réalisée • Existence d'un plan stratégique 2026-2030 | | |
| ACTIVITE | Activité 1. Organiser un atelier d'élaboration des dispositifs de fonctionnement de la Task Force SAJ (d'un document qui définit les rôles et attributions des parties prenantes dans le fonctionnement de la coordination) | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières (restauration, transport) • supports | 10450 | |
| | Activité 2. Organiser des séances de Vulgarisation de cadre de concertation sur la SAJ d'un document qui définit les rôles et attributions des parties prenantes dans le fonctionnement de la coordination | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières (restauration, transport) • supports | 4000 | |
| | Activité 3. Mener un plaidoyer pour l'adhésion des toutes les parties prenantes dans le cadre de concertation | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières (restauration, transport) • supports | 4000 | |
| | Activité 4. Tenir les réunions de Task force trimestrielles | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières (restauration, transport) • supports | 156 000 | |
| | Activité 5. Organiser une revue annuelle | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines | 86232 | |

| | | | | |
|-----------------------|---|---|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources financières (restauration, transport) • supports | | |
| | Activité 6. Organiser un atelier d'élaboration d'un outil de rapportage des indicateurs du PSN | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières (restauration, transport) • supports | 8500 | |
| | Activité 7. Organiser des séances de vulgarisation de l'outil de rapportage | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières (restauration, transport) • supports | PM | cette activité est déjà prise en compte plus haut |
| PRODUIT 5.2.3. | D'ici 2026, la collaboration intra/inter sectorielle est renforcée | Nombre d'activités menées conjointement | Rapport d'activité, PV des réunions... | |
| ACTIVITES | Activité 1. Participer aux différentes réunions de concertation entre les parties prenantes (CTSP, Hall in, Nutrition, plateforme SRMNEA-Nut) | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières (restauration, transport) • supports | PM | L'activité n'est pas organisé par le PNSA, il est un participant |
| | Activité 2. Organiser des missions conjointes de suivi | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières (restauration, transport) • supports | PM | |

VII. Mise en œuvre du PSN 2021-2025

7.1. Cadre institutionnel de mise en œuvre

Le plan stratégique de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes est un plan multisectoriel, impliquant aussi bien le PNSA, que les autres structures du ministère de la santé intéressées par les questions concernant la santé et le bien-être des jeunes. Il s'agit notamment de la Direction de la santé de la famille et des groupes spécifiques (DSFGS), de la Direction Générale Organisation et Gestion de Services de Soins de Santé (DGOGS), du Programme National de la santé scolaire (PNSS), du Programme National de la Santé de Reproduction (PNSR), du Programme National de Communication et de Promotion de la Santé. En dehors du ministère de la santé, la mise en œuvre de ce plan stratégique va impliquer les autres secteurs connexes qui s'intéressent aux adolescents et jeunes comme c'est le cas du ministère de l'enseignement primaire, secondaire et technique (MEPST) à travers sa direction en charge de l'éducation à la vie familiale ; le ministère de la jeunesse, sport et loisir, le ministère du genre, familles et enfants. Au niveau provincial, la mise en œuvre de ce plan stratégique va impliquer les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) à travers le bureau appui technique qui a la charge d'accompagner les ZS et les prestataires de soins dans la mise en place des stratégies innovantes en matière de la santé des adolescents et jeunes. Au niveau périphérique, les équipes cadres des ZS et les prestataires sanitaires seront impliqués dans l'opérationnalisations des interventions/activités reprises dans ce document. Cependant, le PNSA a la responsabilité de veiller à la mise en œuvre de ce document en travaillant avec les différentes parties prenantes.

La mise en œuvre de ce plan stratégique se fera dans le respect des principes suivants :

- **L'approche « DPS » et/ou l'approche « Zone de santé »** : pour des raisons d'efficacité, les partenaires venant en appui au PNSA devront appuyer une DPS entière avec l'ensemble de ces ZS et, à l'intérieur de la ZS, ils devront appuyer l'ensemble des formations sanitaires (ou les PPS). Cette approche facilitera l'efficience dans la gestion des ressources (y compris le temps).
- **La complémentarité dans la mise en place des paquets de services** : dans l'optique d'offrir des paquets complets de services en faveur des adolescents et jeunes, un paquet de services sera défini par les parties prenantes. C'est ce paquet qui devra être offert dans les points de prestation de services par le partenaire qui vient en appui dans la DPS ou la ZS concernée. Cependant, plus d'un partenaire peuvent se mettre ensemble pour renforcer la synergie dans leurs actions au sein d'une DPS ou même d'une ZS.
- **La rationalisation du fonctionnement des points de prestation des services adaptés aux adolescents et jeunes** : en s'appuyant sur la cartographie des interventions et des intervenants, le PNSA veillera à ce que la mise en place des nouveaux PPS puisse se faire en fonction des besoins des adolescents et jeunes, en respectant l'équilibre entre les milieux urbain et rural.
- **La gestion axée sur les résultats** : à tous les niveaux (PNSA, DPS, ZS, PPS), il sera mis en place la stratégie de GAR avec les indicateurs clairs à mesurer à chaque niveau.
- **L'innovation** : les différentes innovations dont l'efficacité est prouvée dans le domaine du bien être et de la santé des adolescents et jeunes seront capitalisées au fur et à mesure qu'elles apparaîtront.

En vue de faciliter la réussite de l'implémentation de ce plan stratégique, les cadres de concertation suivants seront utilisés durant la mise en œuvre de ce plan stratégique :

1) La task force de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes

Cette task force présidée par le PNSA sera constituée des cadres du PNSA, des partenaires techniques et financiers qui viennent en appui au programme et des associations des adolescents et jeunes, et des autres

structures du ministère de la santé concernées par les activités de la santé des adolescents et jeunes. Elle se réunira périodiquement pour analyser le niveau d'atteinte des cibles retenues dans le cadre du PNS de la santé des adolescents et jeunes.

2) La task force SRMNEA-NUT

Cette task force est présidée par la Direction de la santé de la famille et des groupes spécifiques (DSFGS). Le Directeur du PNSA sera appelé au cours de ces réunions à faire le point sur la mise en œuvre des interventions concernant le paquet de la santé de la mère et de l'enfant.

3) La commission en charge des prestations du CCT-SS

Les prestations du Comité de coordination technique du secteur santé (CCT-SS) aura la responsabilité de valider les documents législatifs et normatifs mis au point dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan stratégique.

4) Le cadre de concertation entre le PNSA (ministère de la santé) et la Direction de l'éducation à la vie familiale (ministère de l'enseignement primaire, secondaire et technique)

Ce cadre de concertation devra fonctionner pour contribuer à la mise à jour des programmes de formation des adolescents et jeunes dans le cadre des programmes visant l'éducation complète à la sexualité.

7.2. Parties prenantes dans la mise en œuvre

Les parties prenantes à la mise en œuvre de ce plan stratégique sont les suivantes :

A) Pour le ministère de la santé :

- Le Programme National de la Santé des Adolescents ;
- Les autres services centraux du ministère de la santé : DGOGS, DSFGS, le PNSR, PNLS, PRONANUT, le PNSS ,PNLCT;
- Les services provinciaux du ministère de la santé : les DPS, les ZS
- Les prestataires de soins au sein de formations sanitaires et des autres points de prestation (PPS)

B) Pour les autres secteurs (secteurs connexes) :

- Le ministère de l'EPST ;
- Le ministère de la jeunesse, du sport et loisir ;
- Le ministère du genre, familles et enfants

C) Pour les partenaires techniques et financiers :

- OMS, UNFPA, UNICEF, PDSS/BM, SAVE THE CHILDREN, MEDECINS DU MONDE, DKT, EGENDER HEALTH, TULANE, MARIE STOP, BA, USAID, PATHFINDER, CORDAID, SANRU

D) La communauté

La communauté est partie prenante à ce plan stratégique à travers les adolescents et jeunes qui sont appelés à participer aux activités organisées en leur faveur. Pour ce faire, les associations des jeunes suivantes vont être impliquées dans l'implémentation de ce plan stratégique : RACOF, RAJECOPOD, MAJ, SI JEUNESSE SAVAIT, REIP, REJER.

7.3. Rôles des acteurs

| N° | Structures concernées | Rôles et responsabilités |
|----|--|--|
| 1 | PNSA | <ul style="list-style-type: none"> - Coordination des parties prenantes à l'implémentation de la mise en œuvre du PNS de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes ; - Elaboration & vulgarisation des documents normatifs et réglementaires sur la santé et le bien être des adolescents et jeunes ; - Mobilisation des ressources ; - Suivi et évaluation de mise en œuvre du PSN |
| 2 | DGOGS, DSFGS, le PNSR, le PNSS, PNLS, PRONANUT, PNLCT ; | <ul style="list-style-type: none"> - Appui à la finalisation des documents normatifs et réglementaires sur la santé et le bien être des adolescents et jeunes ; - Collaboration de la mise en œuvre du PSN |
| 3 | DPS | <ul style="list-style-type: none"> - Coordination des parties prenantes au niveau provinciale - Production des instructions opérationnelles destinées aux PPS (opérationnalisation) ; - Accompagnement des ZS et des prestataires dans la mise en place des interventions au bénéfice des adolescents et jeunes - Mobilisation des ressources provinciales |
| | ZS et prestataires de soins (PPS) | <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre les actions et stratégies proposées dans ce plan stratégique ; - Contextualiser certaines stratégies & interventions suivant les réalités locales - Produire les rapports sur les prestations fournies |
| 4 | Ministère de l'EPST, de la jeunesse, du sport et loisir ; du genre, familles et enfants | <ul style="list-style-type: none"> - Collaborer avec le PNSA dans la production des innovations - Collaborer à la sensibilisation des adolescents et jeunes |
| 5 | PTF: OMS, UNFPA, UNICEF, PDSS/BM, SAVE THE CHILDREN, MEDECINS DU MONDE, DKT, EGENDER HEALTH, TULANE, MARIE STOPES, BA, USAID, PATHFINDER, CORDAID, SANRU | <ul style="list-style-type: none"> - Apporter un appui technique à la réussite de la mise en œuvre du PSN - Octroyer les financements nécessaires pour la mise en œuvre du PSN |
| 6 | Associations des jeunes : RACON, RAJECOPOD, MAJ, SI JEUNESSE SAVAIT, REIP, REJER | <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre les actions dont la responsabilité leur est confiée - Participer à l'éducation et à la sensibilisation des adolescents et jeunes - Participer au suivi et évaluation |

VIII. Plan de suivi et évaluation du PSN PNSA 2021-2025

La réussite de la mise en œuvre du PSN 2021-2025 de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes nécessite un suivi et une évaluation appropriés. Ce chapitre décrit les activités ainsi que les modalités du suivi et évaluation.

Le système de suivi et évaluation est un pilier important dans la mise en œuvre des interventions. Il passe par la mise en place d'un dispositif incluant un bon cadre de performance alimenté par un système de gestion des données fiable, assorti d'un cadre de coordination fonctionnel. Ceci devra permettre d'assurer le suivi des interventions et de répondre aux obligations de rendre compte non seulement aux décideurs mais aussi aux bénéficiaires. Le suivi et évaluation se veut un ensemble d'orientations techniques, méthodologiques et organisationnelles, permettant à tous les acteurs de dérouler harmonieusement les activités de suivi et d'évaluation. Ceci offre ainsi des possibilités de comparaison entre différentes sources de données tout en garantissant la validité et la fiabilité de l'information.

Le système de suivi et évaluation devra permettre de fournir en temps opportun (trimestriellement) les informations pertinentes pour opérer si nécessaire, des changements indispensables, pour une utilisation optimale des ressources. De même, il doit permettre de documenter les meilleures pratiques en vue de leur dissémination.

Le suivi et l'évaluation du PSN-PNSA sera assuré par la Division de Suivi et Evaluation, qui constitue l'unité technique du PNSA. Cette Division sera notamment responsable de la mise en place des outils de suivi et évaluation (dont les outils de collecte des données et ceux de rapportage), de la production de l'information stratégique, de la coordination de la mise en œuvre du plan de suivi évaluation, de la coordination des revues nationales semestrielles et annuelles d'activités. En dehors de la Division de Suivi et Evaluation, le système de suivi évaluation s'appuiera également sur les acteurs de chaque niveau (DPS, ZS, HGR, CS et communautaire) qui jouent un rôle fondamental dans l'opérationnalisation du système national de suivi et évaluation.

8.1. Objectifs du Plan de suivi et évaluation du PSN-PNSA

Les objectifs suivis sont poursuivis à travers le Plan de suivi et évaluation du PSN-PNSA :

- Analyser les données de la mise en œuvre du PSN-PNSA ;
- Elaborer des rapports périodiques renseignant sur les performances du PNSA au regard des cibles fixées ;
- Identifier les goulots d'étranglement à la mise en œuvre des activités planifiées/atteinte des cibles ;
- Proposer des actions correctrices pour améliorer l'atteinte des résultats
- Déterminer les performances du PNSA en évaluant l'atteinte des objectifs et cibles du PSN au cours de la période de mise en œuvre

Le système de suivi évaluation s'appuiera également sur les acteurs de chaque niveau (DPS, ZS, HGR, CS et communautaire) qui jouent un rôle fondamental dans l'opérationnalisation du système national de suivi et évaluation ainsi que sur toutes les autres parties prenantes (PTF, associations des jeunes, organisations communautaires, autres secteurs, etc.) impliquées dans la mise en œuvre des activités du PSN-PNSA 2022-2023. Dans le cadre de ce PSN-PNSA, nous allons nous appuyer sur le cadre des résultats qui se trouve ci-dessus et qui décrit la relation entre les objectifs, les indicateurs, les activités organisées et les ressources utilisées.

8.2. suivi

Le suivi étant un processus continu, sera effectué par le Division du suivi et évaluation du PNSA, sous la Coordination du Directeur, avec l'appui des autres intervenants de terrain.

8.2.1. Mécanismes de suivi

Les mécanismes suivants seront utilisés au cours du suivi :

- **Visites de suivi/supervision** : les supervisions seront réalisées mensuellement, trimestriellement ou semestriellement, selon les niveaux de la pyramide sanitaire.
- **Mentoring/coaching** : cette approche sera utilisée par les responsables du PNSA surtout pour aider à améliorer la qualité des prestations de services dans les PPS à mettre en place.
- **Tutorat** : cette approche sera utilisée pour amener les prestataires des soins à améliorer leurs compétences en apprenant auprès de leurs pairs dont les performances sont acceptables.
- **Compagnonnage** : cette approche sera utilisée entre autres pour améliorer la qualité des données des prestations.

8.2.2. Sources des données

Le suivi sera essentiellement basé sur les sources des données suivantes :

- Les données désagrégées du SNIS ;
- Les rapports d'activités (mensuels/trimestriels/annuels) des points focaux provinciaux et des PTF ;
- Les rapports d'activités des autres secteurs (Ministères de l'EPS-INC), Femme, Famille et Enfant, Jeunesse, Affaires Sociales, ONG des jeunes etc.
- Des enquêtes périodiques auprès de la population (EDS, MICS)
- Des études spécifiques,
- Les rapports d'activités des autres services (PRONANUT, PNSR, etc)

8.2.3. Collecte des données

La problématique des données désagrégées étant connue, un plaidoyer efficace sera mené pour l'intégration des tranches d'âges de 10-14 ans, 15-19 ans et 20 - 24 ans dans le canevas SNIS. Ce qui facilitera la collecte et améliorera la disponibilité des données sur la santé des adolescents et des jeunes. La Division de Suivi & Evaluation du PNSA sera chargée de collecter trimestriellement les données de toutes les provinces afin d'en constituer ainsi une base des données qui permettra d'améliorer non seulement leur disponibilité et utilisation.

8.2.4. Analyse des données

Dans le but d'assurer une utilisation efficace et efficiente des ressources, les données collectées seront compilées et analysées en vue de produire les rapports périodiques d'activités. Sur base des informations tirées des données désagrégées provenant des différentes sources, analysées et partagées avec toutes les parties prenantes, une réorientation stratégique et/ou opérationnelle sera parfois nécessaires pour accélérer l'atteinte des objectifs en assurant l'efficacité et l'efficience de toutes les interventions destinées à procurer un bien-être aux adolescents et jeunes.

8.2.5. Revues périodiques

A la fin de chaque année, le PNSA avec l'appui des différents partenaires, organisera la revue annuelle sous-sectorielle (secteur santé des adolescents et jeunes) pour permettre à tous les acteurs d'analyser ensemble les résultats atteints et de mesurer les indicateurs du cadre de performance, d'identifier les obstacles à la réalisation des performances attendues et de trouver les pistes de solution concertée.

8.3. Evaluation

Les évaluations seront effectuées d'une part par la Division de suivi et évaluation du PNSA, appuyé par les experts du PNSA et des autres intervenants pour ce qui concerne les processus et les produits (résultats immédiats) et c'est semestriellement/annuellement; d'autre part, les effets et les impacts seront évalués cinq ans après sa mise en œuvre à travers l'EDS, MICS, des études spécifiques, avant une évaluation finale de ce plan par toutes les parties prenantes (PNSA, PTF, les autres programmes du MSP, les autres Ministères, ...). En vue de mesurer l'atteinte des résultats. Dans le cadre de ce plan stratégique, deux évaluations seront organisées : a) l'évaluation à mi-parcours du PSN-PNSA se tiendra à la troisième année de mise en œuvre, soit en 2024 ; b) alors que l'évaluation finale se tiendra à la fin de la mise en œuvre, en fin de l'année 2026.

En dehors des données de routine collectées à un rythme régulier à travers les rapports périodiques d'activités, il sera aussi fait recours aux données des enquêtes à organiser par le PNSA au cours des années de la mise en œuvre. La liste des études à réaliser sera établie. A travers le tableau ci-dessous nous présentons quelques activités de suivi et évaluation avec leurs indicateurs suivant la chaîne des résultats.

Tableau xx : Quelques activités de suivi et évaluation du PSN-PNSA

| Indicateurs | N° | Activités critiques | Indicateurs d'évaluation | Sources des données | Responsables | Périodicité | Budget total |
|-------------|----|---|--|--|----------------------------|-------------------------------|--------------|
| Impact | 1 | Mesurer le niveau de fécondité des adolescentes âgées de 15-19 ans | Taux de fécondité des adolescentes de moins de 20 ans | Enquête EDS | MSPHP/DEP | 1 fois (2023) | |
| Impact | 2 | Réduire la prévalence des IST/ VIH chez les ados et jeunes | Taux de prévalence des IST/VIH chez les adolescents et jeunes | Enquête EDS | MSPHP/DEP | 1 fois (2023) | |
| Impact | 3 | Mesurer l'incidence de la malnutrition protéino énergétique chez les adolescentes âgées de 15-19 ans | Taux d'incidence de la malnutrition protéino calorique chez les adolescentes de 15-19 ans | Enquête EDS | MSPHP/DEP | 1 fois (2023) | |
| Effet | 4 | Organiser les états des lieux sur les interventions et les intervenants en matière de santé et bien-être des adolescents et jeunes (écoles, communautés et établissements de soins) | Proportion des structures ayant intégré les services en faveur de la santé et bien-être des adolescents et jeunes | Rapport de la cartographie des interventions et des intervenants | S& E | 1 fois (première année, 2023) | |
| Effet | 5 | Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des membres de la communauté sur les droits des adolescents et jeunes en matière d'information et des services de SSR y compris la PF | Proportion des adolescentes et jeunes, des parents, leaders communautaires, prestataires et enseignants qui connaissent le droit des adolescents et jeunes en matière de SSR | Enquête CAP | Division de Recherche/PNSA | 1 fois (l'an 5) | |
| Effet | 6 | Réaliser des enquêtes de satisfaction des adolescents et jeunes sur les SSAAJ | Proportion des ados et jeunes satisfaits services offerts dans leurs FOSA/PPS | Rapport d'enquête de satisfaction | Division de Recherche/PNSA | 2 fois (l'an 2 et 5) | |

| | | | | | | | |
|---------|----|---|---|---------------------------------------|----------------|--------------------------|--|
| Effet | 7 | Organiser un plaidoyer auprès du MSPHP & PTF en vue de l'augmentation du budget réservé aux adolescents et jeunes | Pourcentage du budget de l'état alloué à la SAJ | Correspondance admin; CR des réunions | Directeur PNSA | 5 fois | |
| Effet | 8 | Mobiliser le financement des parties prenantes pour la mise en œuvre du PSN-PNSA | Financement provenant des sources extérieures en % des dépenses en Santé des Adolescents et jeunes | Correspondance admin; CR des réunions | Directeur PNSA | Annuelle | |
| Effet | 9 | Mettre sur pied un module complémentaire au DIHS2 traitant des données sanitaires des adolescents et jeunes | Existence d'un module complémentaire sur les données SAJ désagrégées par tranche d'âge dans le DHIS2 | DIHS2 avec module complémentaire | Division Info | 1 fois | |
| Produit | 10 | Impliquer les associations des jeunes à la planification, suivi et mise en œuvre des interventions en faveur de la santé des adolescents & jeunes | Nombre d'associations des jeunes qui participent à la planification, mise en œuvre et suivi et évaluation des interventions en faveur de leur santé et bien-être au niveau national | Rapports d'activités | | | |
| Effet | 11 | Organiser les évaluations du PSN-PNSA | Nbre des évaluations réalisées | Rapport d'évaluation | Consultants | Deux fois (2023 et 2026) | |
| Produit | 12 | Elaborer les plans d'actions opérationnels | Proportion des PAO élaborés | Documents du PAO | Division Suivi | Annuelle | |
| Process | 13 | Elaborer les plans de travail trimestriels d'activités | Proportion de PTT élaborés | Rapport de réunion | Division Suivi | Trimestrielle | |
| Process | 14 | Evaluer la mise en œuvre du PAO | Proportion des PAO évalués | Rapport de réunions | Division Suivi | Annuelle | |

| | | | | | | | |
|---------|----|---|--|--|--|---------------------------|--|
| Produit | 15 | Elaborer les rapports périodiques d'activités du PNSA | Proportion des rapports périodiques d'activités élaborés | Documents des rapports périodiques d'activités | Division S&E; Coordination provinciale | Annuelle et trimestrielle | |
| Process | 16 | Organiser les missions de suivi/supervision des activités | Proportion des supervisions/ Visites de suivi programmées | Rapports de missions | PNSA, point focal provincial | Trimestrielle ; mensuelle | |
| Process | 17 | Organiser les missions de suivi post-formation | Proportion des prestataires comm, professionnels des médias, leaders d'opinion et enseignants formés | Rapport mission de suivi | Division formation | Trimestrielles | |
| Effet | 18 | Mesurer l'accès des jeunes et adolescents à l'information sur la promotion des comportements favorables à la santé via les NTIC | Proportion des adolescents & jeunes utilisant les NTIC pour accéder à l'information sur la promotion des comportements favorables à la santé | Application "infos VIH" | S& E | Trimestrielle | |
| Produit | 19 | Assurer la coordination des activités du PNSA | Proportion des réunions de la Task force réalisées | Comptes rendus des réunions | Directeur PNSA | Trimestrielle | |

IX. Cadre de performance

Le tableau ci-après présente le cadre de performance du PSN 2021-2025. Il inclut un ensemble d'indicateurs consensuels à rapporter régulièrement et de cibles visées durant la période d'exécution du plan stratégique. Le cadre de performance circonscrit les indicateurs qui serviront de base pour apprécier l'état d'avancement des activités de la santé des adolescents et jeunes en RDC, juger le niveau de performance réalisée et mesurer l'impact à travers un système de suivi et évaluation du PNSA. De plus une matrice a été développée dans le but de présenter une liste plus complète d'indicateurs mais aussi de présenter leurs définitions et d'autres éléments permettant une utilisation standardisée par tous les partenaires (Annexe 1)

Tableau : Cadre des performances

| Axe I. Amélioration de la communication autour de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|-------|-------------------------|--|---|--|--|--|---|
| | Résultats/Effets | Indicateurs | Valeur Baseline | Année | Source | Valeur cible en 2026 | Projection au cours des années de la mise en œuvre du PSN | | | | |
| | | | | | | CIBLE | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
| Effet 1.1. | Le niveau de connaissance des adolescents et jeunes sur toutes les thématiques de santé sexuelle et reproductive (grossesse, VIH, IST, avortement, VS, etc.), y compris la nutrition, les méfaits de l'usage des substances psychoactives et la menstruation est augmenté d'au moins 10% par rapport au niveau de base dans les 310 ZS ciblées | Pourcentage des adolescents et jeunes ayant des connaissances approfondies sur le VIH/SIDA | Filles de 15 à 24 ans) : 20% Garçons: de 15 à 24 ans: 23% | 2018 | ENQUETE MICS | Filles de 15 à 24 ans) : 40 % Garçons: de 15 à 24 ans: 43% | Fille: 23 % Garçon: 26% | Fille: 28 % Garçon: 32 % | Fille: 32 % Garçon: 37 % | Fille: 36% Garçon: 40% | Fille: 40% Garçon: 43% |
| | | Pourcentage des filles et garçons de 15 à 19 ans qui ont entendu parler d'au moins d'une méthode contraceptive moderne. | Filles de 15 à 19 ans) : 83,1% Garçons: de 15 à 19 ans: 86,6% | 2014 | EDS 2013-14 | Filles de 15 à 19 ans) : 93,1% Garçons: de 15 à 19 ans: 96,6% | Fille: 85,1% Garçon: 88,6% | Fille: 87,1 % Garçon: 90,6 % | Fille: 89,1 % Garçon: 92,6 % | Fille: 91,1% Garçon: 94,6% | Fille: 93,1% Garçon: 96,6% |
| | | Pourcentage des adolescents et jeunes ayant des connaissances sur la menstruation | ND | | | | | | | | |
| Produit 1.1.1 | Les compétences de 11575 prestataires communautaires (dont 7550 pairs éducateurs ; 3775 mentors ; 250 encadreurs des adolescents vulnérables et des minorités sexuelles); de 390 professionnels des médias; 390 leaders d'opinion et 875 enseignants sont renforcées en CCSC | Nombre des prestataires communautaires, professionnels des médias, leaders d'opinion, enseignants qui disposent des compétences en CCSC | ND | ND | Rapport annuel PNSA | PE: 7550 Mentors: 3775 EAV: 250 PM: 390 LOP: 390 ENSG: 875 | PE: 1510 Mentors: 755 EAV: 50 PM: 78 LOP: 78 ENSG: 175 | PE: 3020 Mentors: 1510 EAV: 100 PM: 156 LOP: 156 ENSG: 350 | PE: 4530 Mentors: 2265 EAV: 150 PM: 234 LOP: 234 ENSG: 525 | PE: 6040 Mentors: 3020 EAV: 200 PM: 312 LOP: 312 ENSG: 700 | PE:7550 Mentors: 3775 EAV: 250 PM: 390 LOP: 390 ENSG: 875 |
| Produit 1.1.2 | L'Education Sexuelle Complète (ESC) est intégrée dans XX écoles, 500 églises et 250 organisations/associations des jeunes y compris celles des adolescents et jeunes vulnérables | Nombre des écoles ciblées ayant intégré l'ESC | ND | ND | RAPPORT ANNUEL PNSA/EVF | A discuter avec l'EPST | | | | | |
| | | Nombre d'églises ciblées ayant intégré l'ESC | ND | ND | RAPPORT ANNUEL PNSA | 500 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 |
| | | Nombre d'organisations /associations des jeunes ayant intégré l'ESC | ND | ND | RAPPORT ANNUEL PNSA | 250 | 50 | 100 | 150 | 200 | 250 |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|--|---------------------------|--------------|--|---|---|--|--|--|------------------------|
| Produit 1.1.3 | D'ici 2025, 20% des associations ou organisations des jeunes qui exploitent les thématiques en rapport avec les SCACF lors des séances de sensibilisation | Pourcentage d'associations ou organisations des jeunes ayant sensibilisé sur les SCACF | | | | | | | | | 20% |
| Effet 1.2. | La proportion d'adolescents et jeunes qui adoptent les comportements ou pratiques responsables et favorables à leur santé et à leur bien être dans les 310 ZS ciblées augmente d'au moins 10% par rapport au niveau de base | Pourcentage des garçons de 15 à 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel | 37% | 2018 | MICS | 50% | 40% | 43% | 45% | 48% | 50% |
| | | Pourcentage d'adolescents et de jeunes âgés de 15 à 24 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. | Fille: 29% Garçon: 32% | 2018 | MICS | Fille: 40% Garçon: 45% | Fille: 31% Garçon: 35% | Fille: 33% Garçon: 38% | Fille: 36% Garçon: 41% | Fille: 38% Garçon: 43% | Fille: 40% Garçon: 45% |
| | Pourcentage de femmes de 15 à 24 ans qui ont été testées au cours des 12 derniers mois et qui connaissent le résultat | 15 à 19 ans: 6% 20 à 24 ans: 17% 15 à 24 ans: 10,7% | 2018 | MICS | 15 à 19 ans: 16% 20 à 24 ans: 27% 15 à 24 ans: 20,7% | 15 à 19 ans: 8% 20 à 24 ans: 19% 15 à 24 ans: 12,7% | 15 à 19 ans: 10% 20 à 24 ans: 21% 15 à 24 ans: 14,7% | 15 à 19 ans: 12% 20 à 24 ans: 23% 15 à 24 ans: 16,7% | 15 à 19 ans: 14% 20 à 24 ans: 25% 15 à 24 ans: 18,7% | 15 à 19 ans: 16% 20 à 24 ans: 27% 15 à 24 ans: 20,7% | |
| | Pourcentage de hommes de 15 à 24 ans qui ont été testées au cours des 12 derniers mois et qui connaissent le résultat | 15 à 19 ans: 5,4% 20 à 24 ans: 12,8% 15 à 24 ans: 8,5% | 2018 | MICS | 15 à 19 ans: 15,4% 20 à 24 ans: 22,8% 15 à 24 ans: 18,5% | 15 à 19 ans: 7,4% 20 à 24 ans: 14,8% 15 à 24 ans: 10,5% | 15 à 19 ans: 9,4% 20 à 24 ans: 16,8% 15 à 24 ans: 12,5% | 15 à 19 ans: 11,4% 20 à 24 ans: 18,8% 15 à 24 ans: 14,5% | 15 à 19 ans: 13,4% 20 à 24 ans: 20,8% 15 à 24 ans: 16,5% | 15 à 19 ans: 15,4% 20 à 24 ans: 22,8% 15 à 24 ans: 18,5% | |
| | Pourcentage de filles de 15 à 19 ans qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode de contraception | Mariées: 9,5% Non mariées: 19,1% | 2018 | MICS | Mariées: 19,5% Non mariées: 39,1% | Mariées: 11,5% Non mariées: 23,1% | Mariées: 13,5% Non mariées: 27,1% | Mariées: 15,5% Non mariées: 31,1% | Mariées: 17,5% Non mariées: 35,1% | Mariées: 19,5% Non mariées: 39,1% | |
| | Pourcentage de filles de 20 à 24 ans qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode de contraception | Mariées: 14,8% Non mariées: 33,4% | 2018 | MICS | Mariées: 24,8% Non mariées: 53,4% | Mariées: 16,8% Non mariées: 37,4% | Mariées: 18,8% Non mariées: 41,4% | Mariées: 20,8% Non mariées: 45,4% | Mariées: 22,8% Non mariées: 49,4% | Mariées: 24,8% Non mariées: 53,4% | |
| | Pourcentage des adolescents et jeunes de 15 à 24 qui ont déjà fumé tous les produits avec tabac | Garçons 15 à 19: 13,8% 20 à 24: 24,3% | 2018 | ENQUETE MICS | Garçons 15 à 19: 8,8% 20 à 24: 19,3% | Garçons 15 à 19: 13,8% 20 à 24: 24,3% | Garçons 15 à 19: 12,8% 20 à 24: 23,3% | Garçons 15 à 19: 10,8% 20 à 24: 21,3% | Garçons 15 à 19: 9,8% 20 à 24: 20,3% | Garçons 15 à 19: 8,8% 20 à 24: 19,3% | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|-------------------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|---------------------------|--|
| | | Filles 15 à 19: 2,9% 20 à 24: 3,6% | 2018 | ENQUETE MICS | Filles 15 à 19: 0,4% 20 à 24: 1,1% | Filles 15 à 19: 2,9% 20 à 24: 3,6% | Filles 15 à 19: 1,9% 20 à 24: 2,6% | Filles 15 à 19: 1,4% 20 à 24: 2,1% | Filles 15 à 19: 0,9% 20 à 24: 1,6% | Filles 15 à 19: 0,4% 20 à 24: 1,1% | | |
| | Pourcentage des adolescents et jeunes de 15 à 24 qui ont bu au moins une boisson alcoolisée n'importe quand durant le mois dernier | Garçons 15 à 19: 21,2% 20 à 24: 37,2% | 2018 | ENQUETE MICS | Garçons 15 à 19: 16,2% 20 à 24: 27,2% | Garçons 15 à 19: 21,2% 20 à 24: 37,2% | Garçons 15 à 19: 20,2% 20 à 24: 35,2% | Garçons 15 à 19: 18,2% 20 à 24: 31,2% | Garçons 15 à 19: 17,2% 20 à 24: 29,2% | Garçons 15 à 19: 16,2% 20 à 24: 27,2% | | |
| | | Filles 15 à 19: 21,1%; 20 à 24: 28,7% | 2018 | ENQUETE MICS | Filles 15 à 19: 16,1% 20 à 24: 18,7% | Filles 15 à 19: 21,1% 20 à 24: 28,7% | Filles 15 à 19: 20,1% 20 à 24: 26,7% | Filles 15 à 19: 18,1% 20 à 24: 22,7% | Filles 15 à 19: 17,1% 20 à 24: 20,7% | Filles 15 à 19: 16,1% 20 à 24: 18,7% | | |
| | Pourcentage de femmes de 20 à 24 ans qui se sont mariées ou ont été en union avant leur 15ème anniversaire ou 18ème anniversaire | Avant 15 ans: 8,4% Avant 18 ans: 29,1% | 2018 | ENQUETE MICS | Avant 15 ans: 3,4% Avant 18 ans: 19,1% | Avant 15 ans: 7,4% Avant 18 ans: 27,1% | Avant 15 ans: 6,4% Avant 18 ans: 25,1% | Avant 15 ans: 5,4% Avant 18 ans: 23,1% | Avant 15 ans: 4,4% Avant 18 ans: 21,1% | Avant 15 ans: 3,4% Avant 18 ans: 19,1% | | |
| | Pourcentage d'adolescentes et jeunes filles ayant une bonne gestion de l'hygiène menstruelle | Adolescentes 15-19 ans : 36,9% Jeunes filles de 20-24 ans : 45,2% | 2018 | ENQUETE MICS | Adolescentes 15-19 ans : 36,9% Jeunes filles de 20-24 ans : 45,2% | Adolescentes 15-19 ans : 80% Jeunes filles de 20-24 ans : 90% | Adolescentes 15-19 ans : 50% Jeunes filles de 20-24 ans : 60% | Adolescentes 15-19 ans : 60% Jeunes filles de 20-24 ans : 70% | Adolescentes 15-19 ans : 70% Jeunes filles de 20-24 ans : 80% | Adolescentes 15-19 ans : 80% Jeunes filles de 20-24 ans : 90% | | |
| PRODUIT 1.2.1. | La proportion d'adolescents et jeunes ont accès à l'information sur la promotion des comportements favorables à la santé dans les ZS ciblées à travers les nouvelles technologies d'informations est augmentée de 10% par rapport au niveau de base | % des adolescents de 15 à 19 ans qui ont entendu un message sur la PF à la radio au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête | Fille: 9,1% Garçon: 12,5% | 2014 | EDS | Fille: 15% Garçon: 20% | Fille: 11% Garçon: 14% | Fille: 12% Garçon: 15% | Fille: 13% Garçon: 17% | Fille: 14% Garçon: 18,5% | Fille: 15% Garçon: 20% | |
| | | % des adolescentes de 15 à 19 ans qui ont entendu un message sur la PF à la télé au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête | Fille: 4,4% Garçon: 6,6% | 2014 | EDS | Fille: 10% Garçon: 15% | Fille: 5% Garçon: 8% | Fille: 6% Garçon: 10% | Fille: 8% Garçon: 12% | Fille: 9% Garçon: 14% | Fille: 10% Garçon: 15% | |
| | | % des adolescents de 15 à 19 ans qui ont entendu un message sur la PF par l'internet au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête | ND | ND | CAP | | | | | | | |
| | | % des adolescents de 20 à 24 ans qui ont entendu un message sur la PF à la radio au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête | Fille: 11,6% Garçon: 19,7% | 2014 | EDS | Fille: 17% Garçon: 25% | Fille: 12% Garçon: 20% | Fille: 13% Garçon: 22% | Fille: 15% Garçon: 23% | Fille: 16% Garçon: 24% | Fille: 17% Garçon: 25% | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------------------|------|-----|------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | % des adolescents de 20 à 24 ans qui ont entendu un message sur la PF à la télé au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête | Fille: 5,7% Garçon: 9,4% | 2014 | EDS | Fille: 12% Garçon: 15% | Fille: 6% Garçon: 11% | Fille: 8% Garçon: 12% | Fille: 10% Garçon: 13% | Fille: 11% Garçon: 14% | Fille: 12% Garçon: 15% |
| | % des adolescents de 20 à 24 ans qui ont entendu un message sur la PF par l'internet au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête | ND | ND | CAP | | | | | | |
| | Pourcentage des adolescents et jeunes ayant entendu un message sur la nutrition | ND | ND | CAP | | | | | | |

Axe II. Amélioration de l'offre des services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|---|------|---------------------|----------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| EFFET 2.1 | L'utilisation des SSAAJ par les jeunes et les adolescents congolais est augmentée de 21% à 30% d'ici 2025 | Taux d'utilisation des SSAAJ par les adolescents et jeunes | 21% | 2020 | | 30% | 23% | 25% | 27% | 28% | 30% |
| Produit 2.1.1 | 1550 FOSA et autres PPS pour adolescents et jeunes offrent les services de qualité aux adolescents et jeunes | Nombre de supervisions réalisées par le PNSA dans les DPS par rapport aux supervisions programmées | | | Rapport annuel PNSA | 52 | 36 | 40 | 44 | 48 | 52 |
| | | Nombre des FOSA qui ont intégré le paquet SSAAJ | 9,7% | 2020 | Rapport d'évaluation du PSN PNSA | | 13% | 15% | 17% | 18% | 19% |
| | | Proportion des FOSA n'ayant pas connu les ruptures de stock des intrants Kit IST (metronidazole, ciprofloxacine, cefixine, doxycycline, extencyline, dexaméthasone ou hydrocortisone, nystatine ovule); des ARV, médicaments pour les IO, Contraceptifs y compris les préservatifs et la pilule contraceptive d'urgence, Kit PEP , Fer folate, Misoprostol | ND | | Rapport annuel PNSA | | | | | | |
| | Proportion des ZS disposant du DMU - SSR adapté aux adolescents et jeunes | ND | | Rapport annuel PNSA | 50% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|------|--|-----|--|--|--|--|---|
| | | Pourcentage des adolescents et jeunes satisfaits des services reçus aux PPS | 90% | 2017 | Evaluation repport of aidmatch project | 95% | 92% | 94% | 95% | 95% | 95% |
| | | Nombre de Plan de contingence en situation des crises humanitaires intégrant le DMU - SSR adapté aux adolescents et jeunes | ND | | | | | | | | |
| Produit 2.1.2 | D'ici 2025, 10 % des FOSA ont intégré l'apprentissage collaboratif | Nombre des FOSA organisant les séances d'apprentissage collaboratif | | | | | | | | | 10% |
| | | Nombre des FOSA disposant du personnel formé sur l'apprentissage collaboratif, | | | | | | | | | 10% |
| Axe III. Amélioration de l'environnement légal, réglementaire et sociale en faveur de la santé des adolescents et jeunes | | | | | | | | | | | |
| EFFET 3.1. | D'ici 2025, l'environnement légal et social en faveur de la santé des adolescents et jeunes est amélioré. | Nombre de lois/mesures d'application et autres documents normatifs votés et/ou promulguées en faveur du droit à la SAJ | 1 | 2018 | Journal officiel de la RDC | 2 | | 1 | | | 2 |
| PRODUIT 3.1.1. | D'ici 2025 les mesures d'application de la loi cadre de santé sont élaborées | Nombre de mesures d'application de la loi-cadre qui prennent en compte les aspects de santé et du bien être des adolescents et jeunes | 0 | 2020 | Journal officiel de la RDC | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| PRODUIT 3.1.2 | D'ici 2025, les documents normatifs de santé de l'adolescent sont actualisés par rapport à la loi cadre de la santé. | Nombre documents normatifs et réglementaires de la santé des adolescents et jeunes actualisés | ND | ND | rapport final d'évaluation PSN 2016/2020 | | tous les documents normatifs | | | | |
| PRODUIT 3.1.3. | D'ici 2025, 77500 parents, 38750 leaders communautaires, 3100 prestataires et 31000 enseignants, 15500 pairs éducateurs sont sensibilisés sur la loi-cadre de la santé et ses mesures d'application en faveur des adolescents et jeunes | Proportion de parents, leaders communautaires, prestataires et enseignants sensibilisés sur les mesures d'application de la loi cadre sur la santé publique | 0 parents, 0 leaders communautaires, 0 prestataires, 0 enseignants et 0 pairs éducateurs | 2020 | PSN 2016-2020 | | 30% parents, 30% leaders communautaires, 30% prestataires, 30% enseignants et 30% pairs éducateurs | 60% parents, 60% leaders communautaires, 60% prestataires, 60% enseignants et 60% pairs éducateurs | 90% parents, 90% leaders communautaires, 90% prestataires, 90% enseignants et 90% pairs éducateurs | 90% parents, 90% leaders communautaires, 90% prestataires, 90% enseignants et 90% pairs éducateurs | 100% parents, 100% leaders communautaires, 100% prestataires, 100% enseignants et 100% pairs éducateurs |

AXE IV. Renforcement du système de santé autour des actions de santé en faveur des adolescents et jeunes

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|----------------|------|--|---------|------|------|------|------|------|
| EFFET 4.1. | D'ici 2025, le financement des interventions en faveur de la santé des ados et jeunes est augmenté. | Pourcentage du budget de l'état alloué au PNSA | Non disponible | 2020 | Ministère du budget | | | | | | |
| | | Financement provenant des sources extérieures en % des dépenses en Santé des Adolescents et jeunes | Non disponible | 2020 | Comptes Nationaux de la santé | | | | | | |
| PRODUIT 4.1.1 | D'ici 2025, le taux de décaissement des fonds alloués au PNSA est augmenté de 1 à 50% | Le taux de décaissement | Non disponible | 2020 | Rapport annuel du PNSA | 50% | 30% | 50% | 50% | 50% | 50% |
| PRODUIT 4.1.2 | D'ici 2025, 100% des PTF œuvrant dans le domaine de Santé de l'adolescent ont signé le contrat unique | Proportion des PTF qui ont signé le contrat unique; | 50%; | 2020 | Contrat unique | 100% | 60% | 80% | 80% | 90% | 100% |
| | | Proportion du budget alloué par le PTF à la SAJ dans le PAO | | | | | | | | | |
| EFFET 4.2. | Des informations stratégiques de santé des adolescents et jeunes sont produites, disponibles et utilisées dans la prise des décisions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. | Existence d'un module complémentaire sur les données SAJ désagrégées par tranche d'âge dans le DHIS2; nombre des décisions prises au sein des task forces. | 0 | 2019 | DHIS2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | Complétude des données sur la SAJ dans le DHIS2 | 0 | 2019 | DHIS2 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | Nombre d'enquêtes réalisées prenant en compte les questions des adolescents et jeunes | | 2018 | MICS | 1 (EDS) | | | | | |
| | | Proportion des DPS qui traitent les thématiques de santé des adolescents et jeunes lors de leurs revues | 0 | 2020 | Rapports annuels des DPS | 100% | 40% | 40% | 75% | 75% | 100% |
| | | Proportion des ZS qui traitent les thématiques de santé des adolescents et jeunes lors de leurs revues | | 2020 | Rapports des DPS | 310 | 20% | 40% | 60% | 70% | 70% |
| PRODUIT 4.2.1. | Les outils de collecte des données sur la SAJ sont actualisés et vulgarisés | Proportion des FOSA qui disposent des outils de collecte des données intégrant les aspects de la SAJ; | | 2020 | Rapport Evaluation PSN-PNSA (2015-2020). | 100% | | | | | |

| | | Proportion des FOSA qui collectent les données sur la SAJ | | | | | | | | | |
|---|--|---|-------|------|--|---------|--------|--------|--------|--------|---------|
| PRODUIT 4.2.2. | Le système de suivi-évaluation est renforcé à tous les niveaux | L'existence d'une division de suivi-évaluation opérationnelle au niveau de la DPNSA, | | | | | | | | | |
| | | Nombre des revues sur la SAJ réalisées | 8% | 2020 | Rapport de l'évaluation PSN 2015-2020 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Axe V. Renforcement de la coordination des activités en faveur des adolescents et jeunes | | | | | | | | | | | |
| EFFET 5.1. | D'ici 2025, 50% d'associations d'adolescents et jeunes participent et s'impliquent dans la planification, la mise en œuvre et suivi et évaluation des interventions en faveur de leur santé et bien-être | Nombre d'associations des jeunes qui participent à la planification, mise en œuvre et suivi et évaluation des interventions en faveur de leur santé et bien-être au niveau national | 5 | 2020 | Rapport évaluation PSN 2016-2020 | 35 | 10 | 20 | 25 | 30 | 35 |
| | | Nombre d'associations des jeunes qui participent à la planification, mise en œuvre et suivi et évaluation des interventions en faveur de leur santé et bien-être au niveau des ZS ayant intégré les SSAAJ | ND | 2020 | Rapport évaluation PSN 2021-2025 | 1550 | 310 | 700 | 1210 | 1380 | 1550 |
| PRODUIT 5.1.1. | D'ici 2025, 833.415 adolescents et jeunes sont initiés à la participation des actions en leur faveur | Nombre des adolescents et jeunes initiés à la participation au niveau national | 6 | 2019 | Rapport atelier élaboration du guide de participation et implication des adolescents et jeunes | 20 | 3 | 7 | 11 | 16 | 20 |
| | | Nombre des adolescents et jeunes initiés à la participation dans les zones de santé ayant intégré les SSAAJ | ND | | | 7750 | 1550 | 3250 | 5000 | 6550 | 7750 |
| PRODUIT 5.1.2. | | Nombre d'adolescents et jeunes sensibilisés sur la santé sexuelle et reproductive | 76120 | 2020 | Rapport évaluation PSN 2016-2020 | 100.000 | 20.000 | 45.000 | 70.000 | 85.000 | 100.000 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|---|----|------------------|--|-------|-------|------|--------|--------|--------|
| | D'ici 2025, 100.000 adolescents et jeunes/communauté sont sensibilisés en vue de leur implication et participation aux actions en faveur des adolescents et jeunes | Nombre d'autres membres de la communauté sensibilisés (APA, leaders religieux, les enseignants, les parents) | 0 | 2020 | | 20000 | 4.000 | 9000 | 15.000 | 17.000 | 20.000 |
| EFFET 5.2. | D'ici 2025, le nombre des intervenants engagés pour l'amélioration de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes est passée de 30 à 80 | Nombre d'intervenants engagés pour l'amélioration de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes au niveau national | 30 | 2016-2020 | PSN PNSA 2016-2020, Cartographie 2017 | 80 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 |
| PRODUIT 5.2.1. | D'ici 2022, une cartographie complète des intervenants et interventions en SSAJ est réalisée | Cartographie complète des intervenants et interventions en SAJ disponible | 1 | 2017 | Rapport évaluation PSN 2016-2020 | 1 | 1 | | | | |
| | | Cartographie des intervenants et interventions en SAJ disponible au niveau de chaque province ayant intégré la SSRAJ | ND | 2020 | Rapport évaluation PSN 2021-2025 | 20 | 3 | 7 | 10 | 15 | 20 |
| PRODUIT 5.2.2. | D'ici 2022, le mécanisme de coordination des intervenants et interventions est redynamisé | Nombre de PV de réunion des task forces de la santé des adolescents et jeunes au niveau national | 8 | 2018, 2019, 2020 | Compte rendu task force nationale | 20 | 4 | 4 | 4 | 4 | 20 |
| | | Nombre de PV de réunion des task forces de la santé des adolescents et jeunes au niveau provincial | 0 | 2020 | Compte rendu task force provinciale | 60 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| | | Nombre de contrat de collaboration signé entre le PNSA et les PTF actifs dans la santé et bien-être des adolescents et jeunes | 12 | 2010, 2019, 2020 | Contrat de collaboration avec les ONG locales - Contrat unique | 25 | 15 | 17 | 20 | 23 | 25 |
| | | Evaluation à mi parcours du PSN 2021-2025 réalisée | | | | 1 | | | 1 | | |
| | | Evaluation finale du PSN 2021-2025 réalisée | | | | 1 | | | | | 1 |
| | | Existence d'un plan stratégique 2026-2030 | | | | 1 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|----|-----------|---------------------|------|-----|-----|------|------|------|
| PRODUIT 5.2.3. | D'ici 2025, la collaboration intra/inter sectorielle est renforcée | Nombre d'activité menée conjointement au niveau national avec l'EPST, les affaires sociales, le genre, famille et enfants, ect.. | 6 | 2016-2020 | Rapport d'activités | 20 | 8 | 10 | 15 | 15 | 20 |
| | | Nombre d'activité menée conjointement au niveau provincial avec l'EPST, les affaires sociales, le genre, famille et enfants, ect.. | ND | | | 100 | 50 | 60 | 70 | 90 | 100 |
| | | Nombre de DPS qui rapportent sur les activités de SAJ | ND | | | 26 | 6 | 10 | 14 | 20 | 26 |
| | | Nombre d'associations des jeunes qui rapportent u PNSA | ND | | | 1550 | 310 | 700 | 1210 | 1380 | 1550 |
| | | Nombre de Plan de contingence en situation des crises humanitaires intégrant le DMU - SSR adapté aux adolescents et jeunes | | | | | | | | | |
| | | Pourcentage des adolescents et jeunes victimes des violences sexuelles qui reçoivent les kit PEP dans les 72 heures | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| EFFET 5.1. | D'ici 2025, la participation et l'implication des adolescents et jeunes dans la planification, mise en œuvre et suivi et évaluation des interventions en faveur de leur santé et bien-être est améliorée | Nombre d'associations jeunes qui participent à la planification, mise en œuvre et suivi et évaluation des interventions en faveur de leur santé et bien-être | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PRODUIT 5.1.1. | D'ici 2025, 833.415 Adolescents et jeunes sont initiés à la participation | Nombre des Adolescents et jeunes initiés à la participation | | | | | | | | | |
| PRODUIT 5.1.2. | D'ici 2025, XXX membres de la communauté sont sensibilisés sur l'importance de la participation et l'implication... | Nombre de membres de la communauté sensibilisés... | | | | | | | | | |
| EFFET 5.2. | D'ici 2025, la Proportion des intervenants engagés pour l'amélioration de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes est passée de X % à Y % | Proportion des intervenants engagés pour l'amélioration de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes | | | | | | | | | |
| PRODUIT 5.2.1. | D'ici 2025, une cartographie complète des intervenants et interventions en SSAJ est réalisée | Nombre de cartographie complète des intervenants et interventions en SAJ réalisé | | | | | | | | | |
| PRODUIT 5.2.2. | D'ici 2025, le mécanisme de coordination des intervenants et interventions est redynamisé | Nombre de partenaire engagés | | | | | | | | | |
| | | Nombre de PV de réunion | | | | | | | | | |
| | | Nombre de contrat de collaboration signé | | | | | | | | | |
| | | Existence d'un mécanisme de coordination des intervenants et interventions redynamisé | | | | | | | | | |
| PRODUIT 5.2.3. | D'ici 2025, la collaboration intra/inter sectorielle est renforcée | Nombre d'activités menée conjointement | | | | | | | | | |

REFERENCES

1. Ministère du Plan-Institut National de la statistique (INS), 2017. Annuaire statistique 2015. Kinshasa, Ministère du plan.
2. Présidence de la République Démocratique du Congo, 2006. Constitution de la République Démocratique du Congo, Article 2. (Constitution de la troisième République, 18 février 2006). Kinshasa, Journal Officiel de la République Démocratique du Congo.
3. Présidence de la République Démocratique du Congo, 2015. Loi organique n° 15/006 du 25 mars 2015 portant fixation des limites des Provinces et celles de la ville de Kinshasa. Kinshasa, Journal Officiel de la République Démocratique du Congo.
4. Ministère du Plan-Institut National de la statistique (INS), 2018. Enquête avec Questionnaire Unifié a Indicateurs de Base de Bien être (E-QUIBB / RDC 1-2016). Kinshasa, Ministère du plan.
5. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014 (EDS-RDC II). Rockville, Maryland, USA MPSMRM, MSP et ICF International.
6. Stephenson, J., Newman, K., & Mayhew, S. (2010). Population dynamics and climate change: what are the links? *Journal of Public Health*, 32(2), 150-156.
7. Groupe de la banque mondiale, 2015. Rapport de suivi de la situation économique et financière, troisième Edition. Washington, Banque Mondiale.
8. I. BOLIMO, 2015. Impact de la croissance économique sur le développement socioéconomique en République Démocratique du Congo. *Revue de l'IRSA* N021.
9. Programme des Nations Unies pour le développement Bureau régional pour l'Afrique (PNUD), 2017. Rapport sur le développement humain en Afrique 2016. New York, PNUD.
10. J. HERDERSCHEE, D. MUKOKO SAMBA, M. TSHIMENGA TSHIBANGU, 2012. Résilience d'un géant africain. Volume 1 : synthèse, contexte historique et macroéconomique. Kinshasa, MEDIASPAUL.
11. Banque Centrale du Congo-direction générale de la politique monétaire et des opérations bancaires et direction de la recherche et des statistiques, 2019. Condensé hebdomadaire d'informations statistiques N° 08 au 22 février 2019. Kinshasa, BCC.
12. Ministère de la Santé Publique, Programme National des Comptes Nationaux de la Santé (PNCNS), 2018. Rapport sur les comptes de la santé RDC 2016. Kinshasa, PNCNS.
13. Programme des Nations Unies pour le développement Bureau régional pour l'Afrique (PNUD), 2017. Rapport sur le développement humain en Afrique 2016. New York, PNUD.
14. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM)-Institut National de la statistique (INS), 2014. Résultats de l'enquête sur l'emploi, le secteur informel et sur la consommation des ménages (Enquête 1-2-3, 2012). Kinshasa, MPSMRM.
15. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), 2015. Rapport OMD 2000 2015-Evaluation des progrès accomplis par la RDC. Kinshasa, MPSMRM

16. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population prospects 2019. Available at: <https://population.un.org/wpp/>. Accessed June 18, 2019