



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE,
HYGIÈNE ET PRÉVENTION



PROGRAMME NATIONAL DE SANTE DE L' ADOLESCENT

POLITIQUE NATIONALE DE SANTE ET BIEN-ETRE DE L' ADOLESCENT

DECEMBRE 2023



**POLITIQUE NATIONALE DE SANTE ET BIEN-ETRE
DE L'ADOLESCENT**

Actualisée avec l'appui de l'UNESCO

Décembre 2023

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	6
1.1 Contexte démographique	7
1.2 Contexte socio-économique	8
1.2.1. stabilité macro-économique	8
1.2.2. Chomage et manque d'emploi	8
1.2.3. Niveau d'instruction	8
1.3. Contexte culturel	9
II. ANALYSE DE LA SITUATION	9
II.1. Causes et facteurs explicatifs des problèmes des adolescents et des jeunes	9
a. Dans la sphère structurelle	9
b. Dans la sphère sociale et culturelle	9
c. Dans la sphère comportements, Attitude et Pratique	10
c.1. Comportement sexuel à risque	10
II.2. Principaux problèmes	10
2.2.1. Problèmes liés à la situation épidémiologique	10
a. L'infection à VIH et les IST	11
b. Grossesses précoce et non désirée	11
2.2.2. Autres problèmes sur la santé des adolescents	12
a. Consommation des substances psychoactives	12
b. Problèmes nutritionnels	12
c. Problème de santé mentale	13
III. LE SYSTÈME DE SANTÉ EN RDC ET LA SANTÉ DES ADOLESCENTS	14
III.1. Organisation du système de santé en RDC	14
III.2. Analyse des piliers du système de santé en rapport avec la santé des adolescents	14
3.2.1. Leadership, gouvernance et coordination	14
3.2.2. Prestation des services et des soins	15
3.2.3. Accessibilité géographique, financière et culturelle des adolescents et jeunes aux services et soins de santé	16
3.2.4. Produits de santé, médicaments et consommables	17
3.2.5. Infrastructures, équipements, et maintenance	18

3.3.6. Gestion de l'information et documentation	18
3.3.7. Financement	19
3.2.8. Faible participation et implication des adolescents et jeunes dans la planification, mise en oeuvre, suivi et évaluation des activités du PNSA	19
IV. ENONCE DE LA POLITIQUE	20
IV.1. Vision	20
IV.2. Principes directeurs	21
Globalité des soins	21
Intégration des soins	21
Equité	21
Renforcement de la coordination	21
Décentralisation	21
Multisectorialité et collaboration	21
Synergie et complémentarité	
Responsabilisation des bénéficiaires	
Le partenariat	
IV.3. OBJECTIFS	22
IV.3.1. Objectif général	22
IV.3.2. Objectifs spécifiques	22
IV.4. ORIENTATIONS STRATEGIQUES	23
IV.5. CADRE DE MISE EN OEUVRE	25
IV.5.1. Opérationnalisation de la politique santé des adolescents et jeunes	26
IV.5.2. Role de chaque niveau de la pyramide du secteur de la santé	25
V. MECANISME DE SUIVI ET EVALUATION	26

I. INTRODUCTION

L'adolescence est une phase du développement humain, physique et mental déterminant dans la quête de l'affirmation de soi, dans la recherche de l'identité, dans la découverte de la sexualité et dans divers fondements préparant la transition vers la vie adulte. Elle s'étend entre l'âge de 10 à 19 ans. Elle est subdivisée en 2 tranches d'âge de 10 à 14 ans et 15 à 19 ans. Les jeunes sont ceux dont l'âge varie entre 20 à 24 ans et les jeunes gens de 15 à 24 ans (OMS).

En République Démocratique du Congo (RDC), les adolescents et jeunes âgés de 10 à 24 ans représentent 32,2 % (INS, 2021) de la population. Ils constituent une réserve démographique importante et une force socio-économique sur lesquelles reposent les perspectives de développement futur du pays. Par ailleurs, ils représentent également une tranche de la population fragile nécessitant une attention particulière de peur d'aboutir à des problèmes de santé publique.

Dans le souci du bien-être et du développement des adolescents, le Programme National de la Santé de l'Adolescent (PNSA) a été créé par l'arrêté ministériel N° 1250/CAB/MIN/S/CJ/001/2003 du 13/01/2003 du ministre de la santé. La mission principale attribuée au PNSA 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.

Depuis sa création, des efforts considérables ont été consentis sur base des Plans Nationaux Sanitaires successifs en étroite collaboration avec les principaux acteurs intéressés par la problématique de la santé des adolescents et des jeunes tant au niveau national qu'international. En 2008, une première version de politique nationale de la santé de l'adolescent a été élaborée avec l'appui de l'UNFPA. Entre-temps, la loi-cadre sur les principes de santé publique promulguée, l'arrêté portant utilisation des méthodes contraceptives a été promulgué, les recommandations des conférences sur la question des adolescents et les différents projets prioritaires des partenaires n'ont cessé d'évoluer. A la suite de cette dynamique, le PNSA a décidé d'actualiser la politique nationale de santé et de bien-être des adolescents et des jeunes à la hauteur des enjeux et des priorités actuels pour répondre efficacement aux problèmes de santé des adolescents et jeunes.

Cette actualisation du document de politique nationale de santé et du bien-être des adolescents se réalise avec l'appui technique de l'UNESCO. Il se déroule dans un contexte marqué par : (i) les résultats de l'évaluation du plan stratégique 2016-2020 de santé et du bien-être des adolescents qui a été décliné du Plan National de développement sanitaire en sigle PNDS 2016-2020, (ii) l'existence des résultats de la revue annuelle 2018 du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention ; (iii) l'existence du PNDS recadré 2019-2022 (iv) l'existence du Plan Stratégique Intégré de Santé de la Reproduction de la Mère, du Nouveau-Né ;

de l'Enfant et de l'Adolescent et de Nutrition 2019-2022 (PSI-SRMEA-Nut 2019-2022) (vi) des résultats de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement 25 ans après tenue à Nairobi et au cours de laquelle une attention particulière a été réservée aux questions de la santé des adolescents [CIPD, 1994], (vii) les innovations sur l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans l'offre des services de santé sexuelle aux adolescents et jeunes (viii) la tenue de l'atelier à Kinshasa par l'OMS-Afro sur la couverture sanitaire universelle ; (ix) l'existence d'un paquet d'interventions de santé des adolescents offerts dans 21 Divisions provinciales de santé avec l'appui des partenaires , (x) l'existence d'une base des données bien qu'au stade embryonnaire sur les interventions de Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents, (xi) l'existence d'un paquet des services sur l'éducation sexuelle complète (ESC) etc.

1.1 Contexte démographique

La RDC est le troisième pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne avec une population estimée à 101.577.000 habitants selon les projections de l'Institut National de la Statistique, avec un sex-ratio de 0,97 homme pour une femme, un taux de croissance annuel de 3,3% et une densité de 36 habitants au km²[INS, 2021]. 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 en âge de procréer 21% [INS, 2021]. La population de la RDC se caractérise par une fécondité élevée, un taux brut de natalité (TBN) de 44,1 ‰, [MICS-2018] et un indice synthétique de fécondité (ISF) de 6,2 enfants par femme [EDS, 2013-2014]. Du point de vue de la répartition de la population par milieu de résidence, les résultats du recensement scientifique général de la population (RSGP) de 1984 indiquaient qu'environ 70 % de la population congolaise vivaient en milieu rural contre près de 30 % en milieu urbain. La croissance urbaine est soutenue par un exode rural constitué majoritairement des jeunes à la recherche d'une vie meilleur en ville. 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 .Et dans ce contexte, la tranche des jeunes vulnérables, déscolarisés et avec handicap s'accroît sans toutefois être prise en compte à sa juste valeur. Par ailleurs, il s'observe également des mutations sociales et de nouvelles identités au sein de la population créant un fossé entre le normatif et les réalités nouvelles.

1.2. Contexte socio-économique

1.2.1 Stabilité macro-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. 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'élevaient à 4,5 % du PIB [12]. Le rapport sur le Développement Humain 2021-2022 du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) classait la RDC au 179ème rang sur 189 pays avec un IDH de 0,419 [13]. L'enquête 1-2-3 a estimé la proportion de la population en dessous du seuil de la pauvreté à 63,4% [14].

1.2.2 Chômage et manque d'emploi

En dépit de cette embellie sur le plan Macro-économique, le chômage persiste toujours en RDC. Le chômage reste essentiellement un phénomène urbain touchant en majorité les jeunes. Les tranches d'âge les plus touchées par le chômage sont celles de 15 à 24 ans et de 25 à 34 ans. Ce sont des jeunes généralement à la recherche d'un emploi, mais qu'ils ne parviennent pas à trouver. La ville province de Kinshasa est le lieu où le chômage des jeunes atteint des proportions impressionnantes. À une échelle plus faible, les autres milieux urbains connaissent une situation semblable.

Et ce manque de revenu entraîne des comportements socialement répréhensibles chez les jeunes chômeurs : délinquance abus d'alcool, prostitution, violences, activités criminelles...etc. Dans ce contexte émerge le travail des enfants. Dans l'ensemble, 42 % des très jeunes adolescents âgés de 12-14 ans sont engagés dans le travail des enfants alors que 51,1 % des adolescents âgés de 15-17 ans sont exposés au travail des enfants en RDC [EDS 2013-2014].

1.2.3. Niveau d'instruction

Selon le Rapport OMD 2000-2015, après un repli considérable entre 1990 et 2001, les taux bruts et nets 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].

1.3. Contexte culturel

L'accès aux médias et TIC constitue une stratégie facilitatrice importante pour les adolescents et jeunes. Selon le dernier MICS 2018, 5% des filles 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. 6,7% des garçons 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 réseaux sociaux et en particulier le 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 TIC était aussi plus importante chez les garçons que chez les filles et le téléphone était l'outil le plus disponible.

II. ANALYSE DE LA SITUATION

II.1. Causes et facteurs explicatifs des problèmes des adolescents et des jeunes

Les causes et les facteurs explicatifs des problèmes de santé des adolescents sont d'ordre culturel, social, économique et politique. Tous ces facteurs ont une incidence sur la santé, le plein épanouissement et le développement des adolescents et jeunes. On cite notamment :

a) Dans la sphère structurelle

·Le faible niveau d'informations correctes en matière de santé et bien-être de l'adolescent

- L'insuffisance de structures de prise en charge
- L'insuffisance d'encadrement des jeunes

b) Dans la sphère sociale et culturelle

- Les pratiques traditionnelles néfastes
- L'inégalité liée au sexe
- Le manque de dialogue entre parent et enfant
- Le phénomène enfant de la rue
- Certaines habitudes culturelles (coutume)
- L'impact négatif des médias
- La pauvreté, le milieu et l'environnement social malsain, la promiscuité ;
- L'analphabétisme

c) Dans la sphère Comportements, Attitude et Pratiques

C.1 Comportements sexuels à risque

Les rapports sexuels précoces, le multi partenariat sexuel, la non-utilisation des préservatifs et des méthodes contraceptives sont les principaux comportements sexuels à risque qui s'observent auprès des adolescents et des jeunes en RDC. L'enquête E-QUIBB, révèle que la proportion des adolescents qui débute leur vie féconde précocement est estimée à 23%, cette situation s'explique en partie par l'entrée précoce des adolescents en activité sexuelle, sachant que 65% d'adolescents âgés de 15-19 ans ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels, et que 22 % les ont eus avant l'âge de 15 ans. L'âge médian des premiers rapports sexuels étant estimé à 17 ans [3].

Les rapports sexuels chez les adolescents de 15 à 19 ans sont souvent occasionnels avec des partenaires multiples et ne sont pas protégés dans 87,7 % de cas chez les filles contre 82,9% chez les garçons [12]. En ce qui concerne l'utilisation des préservatifs par les enfants de la rue, le taux est plus faible chez les filles soit 10% contre 13,9% chez les garçons. De façon générale, la fréquence d'utilisation du préservatif est faible ; seuls 19,4% l'utilisent à chaque rapport sexuel, cependant 22,8% ne l'utilisent jamais [13].

Cette situation a pour conséquence la survenue des grossesses précoces qui se soldent par des avortements clandestins pratiqués dans des conditions à haut risque et par des personnes non qualifiées.

C2. Comportements relatifs aux normes sociales

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.

b) Violences basées sur le genre

La violence et les abus sexuels infligés notamment aux filles sont encore courants. 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). Depuis lors, cette situation augmente et les chiffres sont de plus en plus alarmants. Selon OCHA, le nombre de cas en 2020 est passé de 42 920 en 2019 à 70 142 en 2020, soit une augmentation de 63 %.

II.2 Principaux problèmes de santé et de bien-être

2.2.1 Problèmes épidémiologiques

En RDC, malgré les efforts déployés et les stratégies mises en place par les acteurs œuvrant dans la santé en général et la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (SSRA) en particulier, la situation de la SSR des adolescents et jeunes demeure encore préoccupante comme le montrent les données disponibles.

a) 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.

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, 33,2% 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 soit 8,4% contre 10,3 pour les femmes. 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.

b) Grossesses précoces et/ou non désirées

La survenue d'une grossesse non désirée à l'adolescence est un signe révélateur des besoins non satisfaits en matière de contraception qui était de 33,2% chez les adolescentes de 15 – 19 ans contre 32,3% chez celles âgées de 20-24 ans pour les mariées et en union. 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. MICS 20217-2018.

Les grossesses précoces et/ou non désirées chez les adolescentes sont une cause majeure de la mortalité maternelle chez les adolescentes. Elles sont plus fréquentes chez les adolescentes dans les populations pauvres, peu instruites ou rurales. L'enquête MICS-Palu 2018 montre que le pourcentage des adolescentes de 15-19 ans qui ont commencé leur vie féconde représente 16,3% en milieu urbain contre 30,3% en milieu rural avec une moyenne nationale de 23,4%. La proportion des adolescentes de 10-14 ans enceintes d'un premier enfant est de l'ordre de 3,5% en milieu urbain et 7,4% en milieu rural avec une moyenne nationale de 5,5%.

c) Avortements clandestins

1. 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 pour cent 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-Palu RDC 2017-2018).

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.

2.2.2 Problèmes liés au bien-être

a) 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 adolescents 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'était consommatrice actuelle et quotidienne du tabac. Cette étude avait trouvé également une précocité dans le début de consommation du tabac. Selon le dernier MICS, 2,9% des filles de 15-19 ont déjà fumé contre 3,6 % pour celle de 20-24 ans. Chez les hommes nous trouvons que ceux de la tranche 15-19 le taux est de 13,8% et 24,3 pour ceux 20-24 ans.

Le MICS Palu RDC 2017-2018 avait rapporté que 0,8 % des filles de 15-19 et 1,3 pour celle de 20-24 ans ont pris l'alcool à n'importe quel moment. Environ 12,1 % des garçons de 20-24 ans ont pris l'alcool à n'importe quel moment et 6,3 pour ceux de 15-19.

b) Problèmes nutritionnels

La situation nutritionnelle des adolescents et jeunes au niveau de la RDC se caractérise par un pourcentage 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.

Selon l'EDS-RDC 2013-14, 20,8% d'adolescentes de 15-19 ans présentent une maigreur (malnutrition aiguë) avec un IMC <18,5 kg/m². Seulement 59,9% des femmes enceintes y compris les adolescentes bénéficient d'une supplémentation en fer, et 49,1% d'un déparasitage au cours des visites prénatales. On note également que 10,6% d'enfants ont un faible poids à la naissance. Le pourcentage d'adolescents de 15-19 ans avec un retard de croissance (Taille <145cm) est passé de 6,5% en 2007 à 8,2% en 2014. (EDS 2007 et 2014). La proportion des adolescents et jeunes présentant la malnutrition aiguë (maigreur) a connu une légère diminution qui est passée de 25,4% à 20,8%.

La proportion des cas d'obésité et de surpoids chez les adolescents et jeunes est passée de 6,2% en 2007 à 7,6% en 2014 en RDC (EDS 2007 et 2014).

c) 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, une étude menée par 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 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 présent et fréquent 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 SSAAP interrogée sur les 14 n'offrait le paquet d'activités pour la santé mentale.

d) 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 MICS 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 leurs menstrues.

e) Problèmes des adolescents vulnérables

La plupart d'adolescents 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. Certains adolescents et jeunes vivant au sein des orphelinats ont attesté avoir entendu parler des 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 également isolés et marginalisés, ils constituent ainsi une catégorie importante d'adolescents vulnérables.

III. LE SYSTÈME DE SANTÉ EN RDC ET LA SANTÉ DES ADOLESCENTS

III.1. Organisation du système de santé en RDC

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 comprend des directions et programmes spécialisés. Le PNSA est l'un des programmes spécialisés du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention publique, Hygiène et Prévention.
- 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.
- Le niveau périphérique (opérationnel) est représenté par la ZS subdivisée en Aires de Santé (AS). En RDC, le niveau périphérique comprend 516 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8504 aires de santé (AS) planifiées dont 8266 disposent d'un Centre de Santé.

III.2. Analyse des piliers du système de santé en rapport avec la santé des adolescents et jeunes

L'analyse du pilier du système de santé examinera les points ci-après : Leadership, gouvernance et coordination, prestation des services et des soins, Accessibilité géographique, financière et culturelle des adolescents et jeunes aux services et soins de santé, ressources humaines, produits de santé, médicaments et consommables, Infrastructures, équipements et maintenance, Gestion de l'information et documentation, recherches opérationnelles pour actions et financement.

3.2.1. Leadership, gouvernance et coordination

a) Problématique

Malgré l'existence d'un cadre juridique (la loi cadre portant sur les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique de 2018),

des politiques, des normes et des directives relatives à l'organisation de l'offre des services de santé de qualité et adaptés aux adolescents et jeunes, leur mise en œuvre à travers le pays rencontre encore beaucoup des difficultés. Ces textes sont généralement peu connus par la majorité de la population congolaise et moins appliqués dans toutes leurs rigueurs par les acteurs de mise en œuvre par insuffisance de vulgarisation.

D'autres problèmes prioritaires de gouvernance sont en lien avec la collaboration intra et intersectorielle pour améliorer la santé et le bien-être des adolescents et jeunes, ainsi que de la dynamique communautaire.

La coordination des interventions et intervenants dans la santé et bien-être des adolescents et jeunes en RDC est l'une des attributions du PNSA.

En effet, malgré les efforts déployés par celui-ci, cette coordination présente encore quelques difficultés. Actuellement, le PNSA ne dispose pas d'une cartographie actualisée des interventions et intervenants dans le domaine de santé et bien-être des adolescents et jeunes. En outre, les réunions de task force de santé de l'adolescent ne se tiennent qu'au niveau national (central), alors elles devraient aussi se tenir au niveau provincial.

b) Défis et priorités

L'Etat a l'obligation de s'assurer de l'effectivité de l'application du dispositif juridique, des politiques, normes et directives, ainsi que des prérogatives attribuées aux différents acteurs œuvrant pour la santé et bien-être des adolescents et jeunes. La satisfaction de ces besoins des adolescents et des jeunes requiert un cadre politique, des moyens financiers et un dispositif de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du programme.

Le ministère doit s'assurer de la bonne collaboration et synergie entre les différentes parties prenantes en faveur de la santé et bien-être des adolescents et des jeunes et veiller à ce que le PNSA assume ce leadership.

3.2.2. Prestations des services et des soins

a) Problématique

L'offre des services de qualité aux adolescents et jeunes exige à ce que les établissements sanitaires puissent disposer d'un paquet des services complets et adaptés à leurs besoins.

L'OMS recommande un paquet d'informations sur la santé, les services de conseil, de diagnostic, de traitement et de la prise en charge.

Dépendant la couverture en Services de Santé Adaptés aux besoins des Adolescents et jeunes demeure faible. Actuellement, non seulement 204 ZS sur les 516 que compte le pays ont intégré les SSAAJ dans 21 DPS sur les 26 ; mais aussi il se pose encore un problème de l'organisation de l'offre effective des Services adaptés de qualité dans les établissements de soins de santé des zones de santé ciblées. Au niveau communautaire on note également une faible intégration des activités en lien avec la promotion de la santé des adolescents et jeunes.

De manière générale, on note une faible proportion des prestataires cliniques et communautaires formés en SSAAJ. A cela s'ajoute l'instabilité des ressources humaines formées qui constitue un frein non négligeable pour l'organisation de l'offre des services et à la qualité des soins. La faible qualité des services offerts entraîne 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.

Par ailleurs, les adolescents n'ont pas suffisamment accès aux informations et aux services de soins dont ils ont besoin pour leur santé et bien-être. Cette situation est amplifiée pour les jeunes déscolarisés, vivant avec handicap, se trouvant dans les zones de conflit ou de toute autre diversité pouvant être définie en fonction du sexe (filles, garçons, lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, inter sexes, homosexuels et autres personnes (LGBTIQ+)) et en fonction du groupe d'âge (très jeunes adolescents âgés de 10 à 14 ans par rapport aux plus âgés de 15 à 19 ans). Ces facteurs se recoupent généralement avec d'autres identités et tendent à exposer l'adolescent à une vulnérabilité accrue ainsi qu'à des obstacles à l'accès aux services même lorsqu'ils sont disponibles.

b) Défis et priorités

L'un de défis que le programme aura à relever est celui d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de santé de qualité adaptés aux adolescents et jeunes à travers l'intégration d'un paquet de services complets adaptés aux besoins des adolescents et jeunes. dans la totalité des établissements de soins de santé de la RDC. Par ailleurs, les adolescents doivent avoir accès à l'information de qualité sur de nombreux sujets relatifs à la construction de leur identité (mentale, physique, sexuelle, etc), à leur existence notamment : la santé sexuelle et reproductive, les effets néfastes de la consommation des substances psychoactives, les grossesses non désirées, etc.

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

a) Problématique

Du point de vue géographique, il a été noté une répartition inéquitable des établissements de soins de santé qui offrent les services de santé adaptés aux adolescents et jeunes (SSAAJ). Cette disparité est plus marquée dans les zones où se vit les crises et les urgences humanitaires. A cette répartition s'associe une couverture faible des services. Par conséquent, les adolescents et jeunes qui habitent dans les zones non couvert ou faiblement couvert n'accèdent pas aux services de santé adaptés à leurs besoins. Une étude réalisée en 2012, a montré que les besoins en matière de santé des adolescents et jeunes varient en fonction de l'âge, le statut social, l'environnement familial et l'environnement géographique.

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. La loi-cadre sur la santé (loi 18/035 du 18 décembre 2018) qui accorde une grande importance à la CSU et à son financement et qui, en son article 41, stipule qu'il est institué en RDC un système de CSU fondé sur les principes d'équité, d'assurance qualité des soins et de protection de tous contre le risque financier pour tous est une grande opportunité pour résoudre ce problème.

L'homophobie et la transphobie sont endémiques dans de nombreuses cultures, et les adolescents ayant diverses orientations sexuelles, identités de genre, expressions et caractéristiques sexuelles sont confrontés à de multiples tabous et risques. D'autres groupes vulnérables comprennent les adolescents vivant avec handicap ; les adolescents non scolarisés ou engagés dans le travail forcé, les adolescentes à risque de mariages et d'unions précoces et forcés (MEPF), les adolescents issus de groupes ethniques ou d'autres groupes minoritaires, chefs de famille confrontés à des situations humanitaires et les réfugiés migrants. Ces groupes sont confrontés à un risque de problèmes de santé, combiné à un accès restreint à des informations et à des services vitaux et à des normes sociales restrictives.

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 (PNSA, 2012).

3.2.4. Produits de santé, médicaments et consommables

a) Problématique

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.

b) Défis et priorité

La disponibilité des entrants est un problème transversal aux deux points précédents. Le manque de produits de santé décourage les jeunes concernés par une maladie sexuelle ou autre problème de santé des adolescents à se rendre dans les établissements de soin. Le ministère de santé doit fournir encore des efforts pour que la rupture de stock ne se produise pas. Également, il doit améliorer son système de suivi et d'évaluation pour une meilleure planification dans la gestion des stocks des produits pharmaceutiques.

3.2.5. Infrastructures, équipements et maintenance

a) Problématique

La couverture actuelle en infrastructure spécialisée à la prise en charge des adolescents et jeunes est restée encore faible. Actuellement seuls 160 établissements de soins sur les 1290 ciblés ont aménagé un espace pour jeunes, soit un taux de couverture de 12,4%.

Selon les résultats de l'évaluation du PSN 2016-2020, 20% des points de prestations de services (1290 PPS sur 6450), ont été équipés en matériels et intrants, 432 prestataires communautaires (pairs éducateurs) sur 1880 prévus ont été équipés en matériels et supports IEC/CCC soit 23%. Dans l'ensemble 345 prestataires communautaires (pairs éducateurs) sur 1880 ont été dotés en contraceptifs (préservatifs). 160 PPS et espaces d'information pour jeunes sur 1290 prévus soit 5,3% ont été aménagés et équipés entre 2016-2020.

b) Défis et priorité

Le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention doit veiller à la mise en œuvre des mesures visant à améliorer durablement l'offre des services aux adolescents. Par exemple, 95% des espaces d'information pour jeunes ne sont pas aménagés. Il se doit donc d'équiper les établissements sanitaires fournissant les services aux adolescents de l'infrastructure et des équipements adéquats.

3.2.6. Gestion de l'information et documentation

a) Problématique

Le système national d'informations sanitaires en RDC est basé essentiellement sur les données collectées dans le DHIS 2 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.

L'évaluation de la mise en œuvre du PSN PNSA 2016-2020 a montré que la plupart des indicateurs n'étaient pas renseignés à la suite de 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 à la suite d'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. Un travail est en cours pour rendre fonctionnel la Division de suivi et évaluation.

En dehors du DHIS 2, 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.

b) Défis et priorités

En dépit des efforts fournis dans les grandes enquêtes à couverture nationale, il est nécessaire que le système d'information sanitaire fournisse des indicateurs utiles au PNSA en mettant à disposition des prestataires les outils de collectes des données et vulgariser les canevas (reproduire).

3.2.7. Financement

a) Problématique

Le financement des activités de santé et du bien-être des adolescents et jeunes est déficitaire ; Il est principalement assuré par les partenaires d'appui au développement (bailleurs des fonds extérieurs) qui s'en charge ; le Gouvernement y contribue, mais de façon très faible.

La faible allocation du budget au Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention Publique hygiène et prévention avec des répercussions sur les activités de Santé des adolescents et jeunes ; le faible alignement des autres partenaires d'appui au développement aux activités en faveur de la santé des adolescents, la persistance du financement sélectif des partenaires pourraient expliquer le faible financement des activités de SAJ en RDC.

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. La quasi-totalité 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.

b) Défis et priorité

Le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention doit continuer son plaidoyer auprès du gouvernement central pour une augmentation de la part du budget national alloué à la santé. Quant au PNSA, il se doit également de continuer à faire son plaidoyer auprès des partenaires pour qu'ils intègrent dans leur projet quinquennal des axes prioritaires de la politique nationale de santé des adolescents.

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

a) Problématique

La faible implication des adolescents dans les activités du PNSA se traduit

notamment par leur absence/non représentativité dans les activités au niveau central, intermédiaire et opérationnel. Cela est dû au fait qu'ils ne sont pas impliqués à tous les niveaux dans les activités 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(es) vis-à-vis des services existants et à l'implémentation des interventions non adaptées aux besoins des adolescent(es) et jeunes avec comme conséquence ultime la faible appropriation des interventions par les jeunes.

b) Défis et priorités

Malgré les nombreux défis et risques auxquels les jeunes sont confrontés dans les situations humanitaires, ils sont souvent très résilients et ne manquent pas d'inventivité. Il est essentiel lors de la conception et de la mise en œuvre des programmes humanitaires et de SSRA de les impliquer comme acteurs. L'implication des adolescents et jeunes ne devrait pas être une participation de pure forme. Il devrait se faire de manière que toutes les interventions de santé se basent sur les préoccupations et besoins exprimés par les adolescents et jeunes et que ces derniers s'engagent activement à chaque étape.

IV. ENONCE DE LA POLITIQUE

La politique nationale de santé des adolescents est basée sur la prise en charge des problèmes de santé et de bien-être des adolescents et jeunes en leur offrant des services de santé de qualité, intégré accessible, acceptable et efficace adaptés à leurs besoins dans le respect des droits fondamentaux de l'homme et sans discrimination. Elle doit amener les adolescents et les jeunes, les familles et les communautés à adopter les comportements responsables.

IV.1. Vision

Assurer à tous les adolescents et jeunes de la République Démocratique du Congo une bonne santé grâce à une information correcte, scientifiquement vérifiable, accessible à chaque jeune, à travers l'organisation des services de santé adaptés à leurs besoins 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.

IV.2. Principes directeurs

La politique nationale de santé et du bien-être des adolescents et jeunes repose sur les principes directeurs suivants :

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).

Intégration des soins

En vue d'améliorer l'efficacité et l'efficacé 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.

Equité

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.

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.

Responsabilisation des bénéficiaires

La promotion de la santé des adolescents et jeunes doit viser notamment la responsabilisation des associations des jeunes et les pairs éducateurs dans la recherche des solutions sur les problèmes affectant la santé des adolescents.

Redevabilité

Le politique sera décliné en Plan stratégique et celui-ci en Plan d'actions opérationnel (PAO) dont les activités permettront de suivre les indicateurs de performance du programme chaque année.

Multisectorialité et partenariat

Le cadre de 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 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.

Le partenariat sera établi entre les organismes de coopération bi et multilatérale, les organisations non gouvernementales Internationales et les organisations non gouvernementales nationales et le Public-privé dans l'organisation et l'offre des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes. L'Etat doit favoriser ce partenariat en accordant à ses organisations des facilités sur toute l'étendue du territoire national.

L'appropriation

Les jeunes doivent être préparés et formés à l'identification de leurs problèmes et à se prendre en charge de manière responsable. Le renforcement des capacités est capital dans les milieux des jeunes. Ils doivent être à la fois acteurs de terrain et doivent être associés à toutes les étapes du processus de gestion de leurs problèmes.

La pérennisation

En vue de maintenir la continuité des services, la participation de tous à savoir le gouvernement, les prestataires de santé à tous les niveaux ainsi que les communautés de base, les partenaires et les adolescents et jeunes eux-mêmes est primordiale dans la lutte contre les problèmes liés aux besoins des adolescents et jeunes.

IV.3. OBJECTIFS

3.3.1. Objectif général

L'objectif général de la Politique est d'améliorer la santé et le bien-être des adolescents et jeunes.

3.3.2 Objectifs spécifiques

De l'analyse situationnelle de la santé des adolescents et sur base des défis et priorités ressortis au niveau structurel, réglementaire et des adolescents, cinq objectifs spécifiques ont été définis :

1. Objectif spécifique 1 : Assurer le leadership, le management et la coordination des programmes de santé des adolescents et des jeunes ;
2. Objectif spécifique 2 : Renforcer le système de santé autour des interventions en faveur des adolescents et jeunes sur base des éléments de santé et de bien-être évoqués ;
3. Objectif spécifique 3 : Accroître l'offre des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes ;
4. Objectif spécifique 4 : Améliorer la communication autour de la santé, du bien-être des adolescents et jeunes et des services de santé à leur disposition
5. Objectif spécifique 5 : impliquer davantage les jeunes dans la mise en œuvre des activités de santé des adolescents en veillant aux très jeunes adolescents et aux différentes identités sexuelles.

IV.4. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

L'atteinte des objectifs visés par la politique nationale de santé des adolescents et jeunes se fera à travers cinq orientations stratégiques citées ci-dessous :

- Amélioration de la communication autour de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes
- Amélioration de l'offre des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes
- Amélioration de l'environnement légal, réglementaire et social en faveur de la santé des adolescents et jeunes
- Renforcement du système de santé autour des interventions de santé en faveur des adolescents et jeunes
- Renforcement de la coordination des interventions en faveur de santé et bien-être des adolescents et jeunes

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 les adolescents ainsi que toutes les personnes et organisations ayant une influence sur les adolescents et jeunes.

Par ailleurs, il est essentiel de :

- Inclure les nombreux acteurs à différents niveaux qui peuvent influencer les attitudes, les perceptions et les décisions concernant la santé des TJA - parents, tuteurs, enseignants et membres influents de la communauté - qui sont responsables de créer un environnement normatif favorable au changement.
- Encourager la communication entre les TJA et leurs parents / tuteurs en créant de manière proactive des opportunités d'échange et d'apprentissage mutuel.
- Impliquer les jeunes comme acteurs. Il est essentiel lors de la conception et de la mise en œuvre des programmes humanitaires et de SSRA de les impliquer comme des agents de changement.
- Prendre en compte la diversité des adolescents. Cette diversité pourrait être définie en fonction de la culture de la catégorie sociale, du niveau d'instruction, du sexe et autres

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.

Il s'agira principalement de :

- Améliorer la couverture en services de santé des adolescents et l'utilisation des SSAAJ
- Réduire les barrières à l'accès. Les barrières en rapport avec les normes sociales défavorables devraient être levées, de même que les barrières découlant de l'appartenance à des groupes vulnérables.

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

Les normes, directives et instructions opérationnelles en faveur de l'organisation des SSAAJ, y compris les services de contraceptions seront actualisés et vulgarisés pour améliorer l'environnement légal, réglementaire et social en faveur des adolescents et jeunes

A cet effet, il conviendra de :

- Actualiser les lois, normes, directives et instructions opérationnelles
- Vulgariser et soutenir l'application des textes légaux et réglementaires
- Promouvoir les attitudes et comportement favorables à la santé, droits sexuels et reproductifs (SDSR) des adolescents et jeunes

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. Il sera question de :

- Améliorer l'intégration des données de prestations de PPS de santé des adolescents et jeunes dans le SNIS
- Améliorer les mécanismes de financement des interventions en faveur de la santé des adolescents et jeunes
- Organiser le plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la santé des adolescents et jeunes

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

Il s'agira de rendre fonctionnels les différents cadres de concertation qui existent, le PNSA devra accompagner les associations des jeunes et adolescents dans la réalisation de leurs activités ; et mettre en place la Division de suivi et évaluation au sein du Programme pour renforcer les mécanismes de suivi et évaluation.

Il sera question de :

- Renforcer les mécanismes de collaboration intra et intersectorielle autour de la santé des adolescents et jeunes
- Améliorer les capacités institutionnelles et le fonctionnement des structures œuvrant dans la santé des adolescents et jeunes
- Renforcer les mécanismes de suivi et évaluation et de redevabilité

IV.5. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

5.1 Rôle de chaque niveau de la pyramide du secteur de la santé

Rôle du niveau central

Le niveau central a pour rôle d'élaboration et de vulgarisation des politiques, stratégies sectorielles, textes légaux, réglementaires et normes pour la gestion du secteur. Outre les activités de coordination, la direction du PNSA assure l'élaboration et la vulgarisation de la politique nationale de santé et bien-être des adolescents et jeunes. Il a aussi pour rôle de mobiliser des ressources (humaines, matérielles et financières) nécessaires pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé et bien-être des adolescents et jeunes.

La politique de santé et du bien-être des adolescents et jeunes est un document qui prend en compte la dimension multisectorielle de la réponse aux besoins et problèmes des adolescents et 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.

Le PNSA va assurer la coordination de la mise en œuvre de la politique de la SAJ. Il définira les actions prioritaires à mener. Il impliquera les acteurs des programmes du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention et des autres ministères, les représentants des partenaires de la société civile, les ONG internationales et nationales.

En dehors du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, la mise en œuvre de cette politique 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.

Rôle du niveau intermédiaire du secteur de la santé

La Coordination des parties prenantes au niveau provincial est assurée par la DPS, elle applique les normes et directives des interventions de santé des adolescents, elle accompagne les ZS et les prestataires dans la mise en place des interventions au bénéfice des adolescents et jeunes et mobilise les ressources provinciales en faveur des adolescents et jeunes.

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'opérationnalisation 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.

Rôle de la communauté

Les communautés locales, la société civile, et les ONG locales et association des jeunes contribueront à mettre en œuvre les actions dont la responsabilité leur est confiée, à l'éducation et à la sensibilisation des adolescents et jeunes et au plaidoyer pour le financement et à la promotion de la santé des adolescents et des jeunes, conformément à leurs attributions et compétences dans ce domaine. Elles seront associées à toutes les étapes de l'élaboration et exécution du plan stratégique issu de la politique nationale.

Rôle des partenaires

Les partenaires seront impliqués dans le processus d'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et évaluation et apporter un appui technique et financier à la réussite de la mise en œuvre de la politique.

5.2. Opérationnalisation de la politique santé et bien-être des adolescents et jeunes

L'opérationnalisation de cette politique dans lequel tous les acteurs se reconnaissent, va permettre d'harmoniser tous les aspects inhérents à la mise en œuvre des interventions en faveur de la Santé des adolescents et Jeune dans la durabilité afin de garantir à tous, un bon état de santé.

1. Intensifier les activités préventives (CCSC) dans la communauté à travers les centres de jeunes, les centres de promotion sociale, centres d'écoute, les centres de santé, les établissements d'enseignement et autres structures de prise en charge des adolescents et jeunes. Les activités de prise en charge médicale doivent constituer un ultime recours.
2. Renforcer la collaboration entre le PNSA et d'autres services publics et privés en ce qui concerne la toxicomanie, la santé génésique ; les VBG ; les problèmes nutritionnels et d'autres activités culturelles et récréatives.
3. Créer un groupe spécial (Task Force) au niveau central et provincial pour assurer la coordination et le suivi des interventions multisectorielles des programmes impliqués. Cette structure devra inclure les ONG et tous les partenaires de coopération impliqués dans la santé des adolescents et jeunes
4. Elaborer un guide de prise en charge des problèmes de santé et bien-être des adolescents et des jeunes, des normes et des directives en matière de santé et bien-être des adolescents et des jeunes, imposable à tous
5. Intégrer un paquet de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes dans les établissements des soins et les autres points de prestations des services communautaires.

V. MÉCANISMES DE SUIVI ET ÉVALUATION

La politique aura pour sa mise en œuvre le plan stratégique quinquennal qui sera à son tour décliné en plan opérationnel annuel. Les évaluations périodiques se feront par le PNSA. Un système de collecte et d'analyse des données désagrégées en tranches d'âges et sexe de façon continue et systématique sera mis en place.

LISTE DES REFERENCES

- [1]. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Institut National de la Statistique (INSS), annuaires statistiques République Démocratique du Congo 2020. Mars 2021. 433 p.
- [2]. 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. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014. Rockville, Maryland, USA : MPSMRM, MSP et ICF International ; 2014. 652 p.
- [3]. INS. « Enquête par grappes à indicateurs multiples », 2017-2018. Rapport des résultats de l'enquête. Kinshasa, République Démocratique du Congo, 2021.
- [4]. Programme National de Santé de l'Adolescent (PNASA). « Plan Stratégique National de Santé et Bien-être des adolescents et jeunes, 2021-2025 », 2021.
- [5]. Programme National de Santé de l'Adolescent (2021). « Standards des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes ». Kinshasa, République Démocratique du Congo, septembre 2021. 77p.
- [6]. Programme National de Santé de l'Adolescent (2021). « Politique Nationale de nutrition des adolescents et jeunes en RDC ». Kinshasa, République Démocratique du Congo, octobre 2021. 43p.
- [7]. Programme National de Santé de l'Adolescent (2020). « Evaluation du plan stratégique national de santé et bien-être des adolescents et jeunes, 2015-2020 ». Rapport d'évaluation, 2020. 110p.
- [8]. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention. « Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la Couverture Sanitaire Universelle. Novembre 2018. 98p.
- [9]. Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA-RDC. « Rapport National de suivi de la riposte au VIH/SIDA ». Selon le rapport GAM en 2021, accédé en juillet 2022. Disponible sur <<http://https://www.pnmls.cd/>>.
- [10]. Programme National de Santé de l'Adolescent (2012). « Politique Nationale de Santé de l'adolescent en RDC ». Kinshasa, République Démocratique du Congo, octobre 2012. 24p.
- [11] Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS)-Secrétariat Exécutif National, 2016. Rapport de la phase d'évaluation rapide des interventions et programmes nationaux sur le VIH et les adolescents en RDC-INITIATIVE « ALL IN » EN RDC. Kinshasa, PNMLS
- [12] Programme National Multisectoriel de lutte contre le Sida (PNMLS), 2014. Enquête Intégrée de Surveillance comportementale et de séroprévalence en RDC. Kinshasa, PNMLS.

