



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE  
*Union – Discipline – Travail*

## POLITIQUE NATIONALE DE SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES 2016 – 2020



## SOMMAIRE

PREFACE.....	i
INTRODUCTION.....	1
1.1. Contexte démographique.....	2
1.2. Contexte culturel et social.....	2
1.3. Principaux déterminants de la santé des adolescents et des jeunes en Côte d'Ivoire.....	2
1.4. Organisation du système de santé ivoirien et la santé des adolescents et des jeunes.....	4
2. ANALYSE DE LA SITUATION.....	5
2.1. Profil épidémiologique chez les adolescents et les jeunes.....	5
2.2. Analyse des piliers du système de santé en rapport avec la santé des adolescents et des jeunes.....	6
3. PROBLEMES PRIORITAIRES.....	10
3.1 La gouvernance et le leadership.....	10
3.2 L'accessibilité aux services de santé.....	10
3.3 L'information, l'éducation et la communication (IEC).....	10
3.4 Le système d'information et de gestion (SIG).....	11
4. VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS.....	11
4.1 Vision.....	11
4.2 Principes directeurs.....	11
5. OBJECTIFS.....	12
5.1 Objectif général.....	12
5.2 Objectifs spécifiques.....	12
6. ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	12
6.1 Priorité 1 : Consolider le cadre institutionnel de la politique de santé des adolescents et des jeunes.....	12
6.2 Priorité 2 : Améliorer le cadre gestionnaire des services de santé des adolescents et des jeunes.....	12
6.3 Priorité 3 : Améliorer la couverture en infrastructure sanitaire.....	12
6.4 Priorité 4 : Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées au niveau des services de santé des adolescents et des jeunes.....	13
6.5 Priorité 5 : Améliorer la qualité des prestations de services de santé offerts aux adolescents et aux jeunes.....	13
6.6 Priorité 6 : Améliorer le financement du secteur de la santé des adolescents et des jeunes.....	13
6.7 Priorité 7 : Mettre en place une stratégie de communication pour un comportement favorable à la santé adolescents et des jeunes.....	13
6.8 Priorité 8 : Accroître les interventions IEC/CCCC au niveau des CSUS/SAJ et/ou dans la communauté.....	14
6.9 Priorité 9 : Renforcer les ressources du système d'information SAJ.....	14
6.10 Priorité 10 : Améliorer l'information sanitaire des services SAJ.....	14
7. CADRE DE MISE EN ŒUVRE.....	14
7.1 Rôle du niveau central du secteur de la santé.....	14
7.2 Rôle du niveau intermédiaire et périphérique du secteur de la santé.....	15
7.3 Rôle des autres secteurs.....	15
7.4 Rôle de la communauté.....	15
7.5 Rôle des partenaires au développement.....	15
7.6 Partenariat Public – Privé et Public-Public.....	15
8. MECANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION.....	15
REFERENCES.....	16

## PREFACE



La structure démographique par âge en Côte d'Ivoire est celle d'une population jeune dont soixante pour cent a moins de 24 ans. Les adolescents et les jeunes bien que très importants par leur nombre, ont des besoins spécifiques qui ne sont pas suffisamment pris en compte dans les différentes politiques sectorielles.

La plupart des habitudes et comportements à risque entretenus depuis l'adolescence ont des conséquences à long terme sur la santé. Les grossesses précoces, le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, les infections sexuellement transmissibles et le VIH/sida sont particulièrement élevées dans cette population, d'où la nécessité de promouvoir des comportements sains pendant la période qui précède l'âge adulte.

L'amélioration de la santé de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes a toujours été considérée comme une priorité en Côte d'Ivoire. Cette volonté politique, s'est traduite par l'adhésion aux engagements internationaux, l'adoption de textes législatifs et réglementaires ainsi que la mise en œuvre de documents cadres de référence en vue d'un accès universel aux services de santé.

Notre atout principal, est l'existence de centres et de services de santé scolaires et universitaires qui vont s'étendre à tous les adolescents et jeunes dans ce nouveau cadre de référence de politique nationale en santé des adolescents et jeunes.

Le présent document de Politique Nationale SAJ a été conçu en collaboration avec les intervenants nationaux et internationaux conformément aux dernières recommandations relevées au cours du bilan de la CIPD 2014.

Ce document définit une orientation nationale assortie d'objectifs, de directives et de normes sur la prise en charge efficace des problèmes de santé des adolescents et des jeunes. En plus des différents domaines d'interventions, le paquet minimum d'activités à chaque niveau du système de santé y compris la communauté.

Mon souhait en préfaçant cet important document est d'inviter tous les acteurs associés dans la prise en charge holistique des adolescents et jeunes à s'en approprier afin qu'il serve de base de plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

J'exprime toute ma gratitude aux différentes parties prenantes pour leur appui technique et financier à l'élaboration, à la dissémination et à la mise en œuvre de ce précieux outil de travail.

**Dr Raymonde GOUDOU – COFFIE**

**Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida**

## INTRODUCTION

L'adolescence est une phase du développement humain, physique et mental qui survient généralement entre la puberté et l'âge adulte et suit la phase de l'enfance. Elle entraîne des modifications physiques, psychiques et physiologiques. Les années d'adolescence se caractérisent par la quête de l'affirmation de soi, la recherche d'identité sociale, l'identité masculine/féminine, la découverte de la sexualité, l'apprentissage d'un métier et la transition vers la vie d'adulte

Les adolescents et les jeunes (A&J) représentent une importante force démographique et socioéconomique mais également un facteur important pouvant influencer la santé publique. En 2013, sur 6 personnes dans le monde, une était un adolescent, soit 1,2 milliards de personnes de 10 à 19 ans<sup>1</sup>. En outre, actuellement, environ 50% de la population africaine est constituée des moins de 20 ans. L'Afrique comptera 250 millions d'adolescents et ce chiffre est censé croître de 39% à l'horizon 2030<sup>2</sup>.

Comme la plupart des pays, la Côte d'Ivoire se préoccupe de la santé des adolescents et des jeunes. Depuis 1998, plusieurs plans ont été élaborés, cependant, ils ont connu des difficultés de mise en œuvre. En effet, déjà le Plan de Valorisation des Ressources Humaines Phase 2 (PVRH 2) prenait en compte le développement de la santé scolaire et universitaire. La mise en œuvre du PVRH 2 est allée jusqu'à la signature de l'accord de financement entre la Banque Africaine de Développement (BAD) et le gouvernement ivoirien. Mais la survenue du coup d'Etat en 1999, n'a pas permis la mise à disposition des fonds. Les différents plans stratégiques de la santé scolaire et universitaire : 2001 – 2005 et 2010 - 2014 qui ont été élaborés, n'ont pu également être mis en œuvre.

Depuis 2011, le pays connaît une stabilité sociopolitique et s'est lancé le défi d'être émergent à l'horizon 2020. Et pour cela l'un des axes retenus concerne l'émergence et le développement Humain. Il s'agit à travers cet axe de (a) rénover les systèmes éducatifs et les réorienter vers les changements de comportements et de mentalités, le développement des compétences et de l'emploi des jeunes, l'autonomisation des femmes et (b) d'améliorer les systèmes de santé et de planification en prêtant une attention particulière à l'accessibilité, à la disponibilité et aux coûts des prestations.

C'est dans ce contexte que le Ministère en charge de la santé a décidé de formuler une politique nationale de Santé des Adolescents et des Jeunes avec l'implication de ses principaux partenaires y compris les associations d'adolescents et de jeunes.

L'élaboration de la politique a été faite à travers les étapes suivantes :

- Une revue documentaire qui a permis de situer l'importance de la problématique de la santé des adolescents et jeunes et voir les différentes orientations stratégiques pour y répondre ;
- Une collecte de données et l'analyse situationnelle de la santé des A&J. Les données ont été collectées auprès des différents services et structures des parties prenantes qui mobilisent les adolescents et les jeunes.
- Une large concertation entre les principaux acteurs intéressés par la problématique de la santé des adolescents et des jeunes.

Cette politique constitue un ensemble d'orientations fondées sur une vision et des principes directeurs, visant à influencer les décisions et les actions à long terme pour l'amélioration de la santé des adolescents et des jeunes. A ce titre, elle définit les objectifs prioritaires et les orientations stratégiques en matière de santé des adolescents et des jeunes tout en continuant d'accorder une place privilégiée à la prise en charge de tous les enfants d'âge scolaire dans un contexte d'école obligatoire et gratuite.

---

<sup>1</sup> Aide-mémoire n°345, OMS, mai 2014

<sup>2</sup> Afrique – Génération 2030, La démographie infantile en Afrique, Unicef, août 2014

## **1. CONTEXTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES**

### **1.1. Contexte démographique**

En Côte d'Ivoire, la population, sur la base du RGPH 2014, est estimée à 22 671 331 d'habitants parmi lesquels les adolescents et les jeunes représentent 31% soit 7 028 113 personnes dont 57% vivent en milieu urbain<sup>3</sup>.

### **1.2. Contexte culturel et social**

#### **1.2.1. Niveau d'instruction**

Le taux brut de scolarisation au primaire est estimé à 95% alors que le taux net national est de 68%. Le taux net est plus élevé chez les garçons (72%) que chez les filles (64%). Au secondaire, le taux brut de scolarisation est de 47%. Les progrès au niveau de l'accès au secondaire ont été faibles avec un taux net de scolarisation passant de 25% en 2006 à 29% en 2012<sup>4</sup>.

#### **1.2.2. L'emploi**

La prévalence du chômage est forte chez les 18-24ans (43% des femmes contre 34% chez les hommes). Ils exercent principalement dans les secteurs d'activités tels que : l'agriculture, la couture, la coiffure, la maçonnerie, la menuiserie, la mécanique, le petit commerce, la cordonnerie, le transport, le service dans les débits de boissons et dans les restaurants, etc.<sup>5</sup>

#### **1.2.3. L'exposition aux médias**

Les médias constituent les canaux les plus souvent utilisés pour la diffusion d'informations et la mise en place de programmes d'éducation. Mais dans la population des 15 – 24 ans, 40 % des filles ne sont pas exposées aux médias (télévision, radio, presse écrite) contre 26 % chez les garçons. Cependant, cette population est plus sensible aux technologies de l'information et de la communication notamment aux réseaux sociaux.

### **1.3. Principaux déterminants de la santé des adolescents et des jeunes en Côte d'Ivoire**

Les problèmes de santé des jeunes et des adolescents sont fortement dépendants de leur manque ou insuffisance de connaissances sur certains sujets tels que l'utilisation abusive de substances psychoactives, la délinquance, la violence et la sexualité précoce.

#### **1.3.1. L'utilisation abusive de substances psychoactives**

L'alcool, la drogue et le tabac sont des substances dont la consommation est nuisible pour la santé des adolescents et des jeunes. En effet, l'usage abusive de l'alcool diminue la maîtrise de soi et favorise les comportements à risque, comme les rapports sexuels non protégés. C'est également l'une des causes principales des accidents de la voie publique, de violence et de décès prématurés. La consommation abusive d'alcool peut aussi déboucher sur des problèmes de santé qui se manifesteront plus tard au cours de la vie et affecter l'espérance de vie. Elle est un fléau en Côte d'Ivoire, surtout dans la population des jeunes. Une étude sur le comportement des élèves d'Abidjan

---

<sup>3</sup> EDS III, 2012

<sup>4</sup> EDS III, 2012

<sup>5</sup> EDS III, 2012

vis-à-vis de l'alcool montre que 32% en consomment régulièrement, parmi ceux-ci, 24% sont les 21 – 24 ans et 20% les 15 – 20 ans.<sup>6</sup>

La consommation de la drogue en Côte d'Ivoire prend de l'ampleur et a pour conséquences la survenance de problèmes psychologiques chez l'utilisateur, la déperdition scolaire, la délinquance, etc. Les substances les plus consommées sont le cannabis et les amphétamines. Cependant, on note l'accroissement de certaines drogues dures telles que la cocaïne. Bien qu'on n'ait pas de statistiques, il est établi que les enfants de la rue utilisent la drogue.

Le tabagisme est également un fléau chez les jeunes. Le rapport de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes scolarisés (GYTS)<sup>7</sup> en 2009 indique que 27,5% de l'ensemble des élèves enquêtés ont déjà utilisée du tabac ; 19,1% ont rapporté avoir consommé le tabac au moins une fois au cours des 30 derniers jours ; 13,7% ont rapporté qu'ils fument actuellement des cigarettes et 8,3% ont déclaré utiliser du tabac autre que les cigarettes. 27,4% des fumeurs enquêtés, achetaient leurs cigarettes dans un magasin et 68,9% des fumeurs qui ont acheté des cigarettes dans un magasin n'ont pas été refoulés. Selon l'EDS III, 14,6% de la population ivoirienne, consomme régulièrement la cigarette. Dans la même de l'EDS, la consommation de tabac est quasi nulle (0,5%) chez les adolescentes et jeunes filles alors que chez les hommes, elle augmente progressivement : 6% chez les adolescents et 23,5% chez ceux âgés 20 – 24 ans.

### 1.3.2. La délinquance et la violence

La délinquance prend des proportions alarmantes chez les adolescents et les jeunes. La Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA) accueille chaque année 200 à 300 jeunes délinquants (jeunes âgés de moins de 18 ans)<sup>8</sup>. La délinquance prend sa source dans la défaillance du système éducatif, de l'encadrement familial, du chômage et de la pauvreté<sup>9</sup>.

En Côte d'Ivoire, 40 % des femmes de 20-24 ans ont déclaré avoir subi des violences physiques dès l'âge de 15 ans et 33 % des filles âgées de 15-19 ans ont expérimenté des violences physiques depuis l'âge de 15 ans<sup>10</sup>.

### 1.3.3. Activités sexuelles précoces et à risque

Comme dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, l'âge médian de début de l'activité sexuelle chez les A&J ivoiriens varie entre 16 et 18 ans<sup>11</sup> et c'est seulement après avoir connu des rapports sexuels qu'ils s'intéressent aux méthodes contraceptives. Des jeunes sexuellement actifs, 84,7% des filles de 15 – 24 ans n'utilisent couramment pas de méthode contraceptive. Environ une fille sur deux (42,2%) a déjà contracté une grossesse et dans 70,9% des cas, la grossesse n'était pas désirée<sup>12</sup>. 42,7% des avortements s'observent chez les jeunes de 15 à 24 ans<sup>13</sup>.

---

<sup>6</sup> European Scientific Journal, October 2013 edition vol. 9, n° 30 ISSN : 1857 – 7881 (Print) e – ISSN 1857 - 7431

<sup>7</sup> Global youth tobacco survey, 2009

<sup>8</sup> Direction des affaires pénitentiaire du Ministère de la Justice

<sup>9</sup> Rapport national sur l'état et le devenir de la population de la Côte d'Ivoire, Population et développement : défis et perspectives pour la Côte d'Ivoire, 2006

<sup>10</sup> EDS III, 2012

<sup>11</sup> Rapport sur le statut des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne, Possibilités et enjeux, UNFPA, 2012

<sup>12</sup> Connaissances, attitudes et pratiques de l'avortement provoqué en Côte d'Ivoire, Gnénifolo Lazare COULIBALY, ENSEA, 2005

<sup>13</sup> Etude du milieu des connaissances, attitudes et pratiques des populations de Yopougon en matière de planification familiale, Association Ivoirienne pour le Bien Etre Familiale (AIBEF), 2008

## 1.4. Organisation du système de santé ivoirien et la santé des adolescents et des jeunes

### 1.4.1. Au niveau du secteur santé

Avant 2001, la coordination des activités de santé scolaire et universitaire était assurée au niveau central par la Direction de la Santé Communautaire (DSC) qui disposait en son sein un service chargé de la santé scolaire et universitaire.

Les activités de santé scolaire étaient basées sur l'existence des centres médico-scolaires qui sont devenus par arrêté N°369 du 26 Juin 1997 centres de santé urbain spécialisés en santé scolaire et universitaire (CSUS/SSU). Placés sous la responsabilité d'un médecin, ces centres sont dits autonomes ou sous la tutelle du médecin-chef de district sanitaire ou du directeur d'hôpital, ils sont dits intégrés.

A partir de 2001, de nouvelles orientations ont été définies par l'arrêté N°400/MEMSP/CAB du 20 Décembre 2001 portant création du programme national de santé scolaire et universitaire (PNSSU). Le but du programme est de contribuer à la promotion de la santé des élèves et des étudiants en leur fournissant un ensemble de prestations préventives, curatives et promotionnelles afin de leur assurer un développement physique, mental, intellectuel et social harmonieux.

Par ailleurs les adolescents et les jeunes apparaissent comme une cible transversale pour la plupart des programmes de santé, mais plus particulièrement pour : (i) le Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant, chargé de coordonner l'ensemble des activités de santé sexuelle et reproductive relatives à la maternité sans risque, la planification familiale, la santé des adolescents et des jeunes ; (ii) le Programme Elargi de Vaccination qui est chargé de la politique d'immunisation ; (iii) le Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions, (iv) le Programme National de lutte contre le Cancer et (v) le Programme National de Lutte contre le Sida.

### 1.4.2. Au niveau du secteur éducation et formation

Dans ce secteur, les actions de santé du Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique (MENET) consignées dans le plan national de développement du secteur de l'éducation (PNDSE) et le plan sectoriel de lutte contre le VIH/sida en milieu scolaire, sont les plus visibles. En effet, ce ministère a introduit dans les programmes de cours d'éducation aux droits humains et civique (EDHC) des thèmes sur l'éducation familiale, la prévention des VIH/sida et des autres IST, la planification familiale, l'alcoolisme, la drogue et la délinquance. Il s'appuie sur la direction de la mutualité et des œuvres sociales en milieu scolaire (DMOSS) et la direction de la vie scolaire (DVS) pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le sida et du bien-être de la population scolaire. Les acteurs de la mise en œuvre sont organisés: en (i) clubs santé pour les élèves du primaire et du secondaire ; (ii) en comités écoles Santé avec les enseignants, responsables de la gestion de l'école pour en faire des *“Ecoles Santé”* ; (iii) en centres d'écoutes, cellules sociales animées par des travailleurs sociaux. Ils travaillent en partenariat avec le Ministère en charge de la santé, à travers les services de santé scolaire et universitaire pour le volet médical de la prise en charge des cas.

Dans le cadre de la lutte contre les grossesses en milieu scolaire, un plan accéléré de réduction des grossesses a été élaboré et est mis en œuvre à travers la *“Campagne zéro grossesse à l'école”*.

### 1.4.3. Au niveau du secteur promotion de la jeunesse

Les actions de santé du Ministère de la Solidarité, de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MSFFE) en faveur des adolescents et des jeunes sont portées par le Programme National de prise en charge des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/Sida (PNOEV) et l'Observatoire National de l'Equité et du Genre (ONEG) rattaché à la primature. L'ONEG se charge des questions

relatives à la violence basée sur le genre (VBG). Le (PNOEV), permet, aux enfants et aux adolescents affectés par la pandémie, à travers les services sociaux, d'avoir accès à un paquet minimum de sept services dont la santé<sup>14</sup>. À ce jour, nous dénombrons 25 Complexes socio-éducatifs et 47 centres sociaux indépendants qui développent des activités de promotion des services de nutrition, de vaccination de la petite enfance.

Quant au Ministère en charge de la promotion de la jeunesse et de l'emploi des jeunes, il offre des 15 centres d'écoute et de conseils aux adolescents et aux jeunes. Par ailleurs, la direction de la promotion de la jeunesse organise des campagnes itinérantes de sensibilisation sur le VIH et de distribution de préservatifs lors des fêtes et des vacances scolaires ("Fête sans alcool", "Paquinou" et "Vacances saines"). La politique nationale de la jeunesse, le plan stratégique de prévention du VIH/sida et des IST dans la population jeune ainsi que la charte africaine de la jeunesse sont les documents qui fondent les actions en matière de santé des adolescents et des jeunes.<sup>15</sup>

#### 1.4.4. Autres secteurs publics

D'autres départements ministériels offrent des prestations de santé aux adolescents et aux jeunes.

Le Ministère en charge de la sécurité à travers le centre régional de lutte contre la drogue intervient dans les domaines de la sensibilisation, de la prévention et de la prise en charge médico-sociale de la toxicomanie.

Le Ministère en charge de l'agriculture à travers l'ANADER dispose d'un programme de lutte contre le sida en milieu rural.

#### 1.4.5. Organisations non gouvernementales

La société civile, à travers les ONG et les organisations à base communautaire (OBC) accompagnent l'Etat en intervenant auprès des communautés notamment dans la promotion de la santé et la prévention des maladies.

#### 1.4.6. Partenaires au développement

Les partenaires au développement du secteur de la santé se montrent disponibles pour accompagner l'Etat de Côte d'Ivoire dans le cadre du développement physique, mental, intellectuel et social harmonieux des jeunes et des adolescents.

## 2. ANALYSE DE LA SITUATION

### 2.1. Profil épidémiologique chez les adolescents et les jeunes

#### 2.1.1 Les principales causes de morbidité

Les principales causes de morbidité en 2014 dans les services de santé scolaire et universitaire sont selon les données du PNSSU le *paludisme* (prévalence de 41%), *infections respiratoires aiguës* (16%), *les cas de diarrhées* (14 895 cas diagnostiqués) et les *affections buccodentaires* (6 952 cas diagnostiqués).

---

<sup>14</sup> Les sept services offerts aux OEV : la nutrition, la santé, l'éducation, le renforcement économique, le logement, l'appui psychosocial, et la protection juridique

<sup>15</sup> Document de politique nationale de la jeunesse



L'EDS III a révélé l'existence de forte prévalence de **malnutrition** dans la petite enfance. 30% des enfants de moins de 5 ans accusent un retard de croissance, l'émaciation touche 8 % des enfants de moins de 5 ans et 15 % présentent une insuffisance pondérale. Trois enfants de 6-59 mois sur quatre (75%) sont anémiques : 25% sous la forme légère, 46% sous la forme modérée et 3% sous la forme grave.

Le faible taux de couverture vaccinal prédispose les enfants du primaire à un fort risque de survenue des **maladies évitables par la vaccination**. En effet, selon EDS III, plus de 60% des enfants d'âge scolaire ne sont pas correctement vaccinés. Par ailleurs, près de 50% des enfants d'âge scolaire ont un statut vaccinal méconnu.

En outre, cette population est aussi exposée à des pathologies comme les dermatoses, l'obésité, les maladies cardiovasculaires, ...<sup>16</sup>

### 2.1.2 Le VIH/sida et les IST

La prévalence du VIH/sida en Côte d'Ivoire dans le groupe d'âges de 15 – 19 ans est de 0,8% quel que soit le sexe et augmente avec l'âge pour atteindre 2,2% chez les 20 – 24 ans (femmes : 3,6%, hommes : 0,5%)<sup>17</sup>. Il faut par ailleurs noter la persistance de certains comportements à risque d'infection, notamment le nombre élevé de partenaires (33% des jeunes hommes ont eu plusieurs partenaires sexuels au cours d'une même année) et aussi le fait que l'usage du préservatif n'est pas encore systématique lors des rapports sexuels chez 65% des jeunes femmes et 43% des jeunes hommes<sup>18</sup>.

### 2.1.3 La santé sexuelle et reproductive

En 2013, dans le milieu scolaire, 5076 cas de grossesses (1137 au primaire et 3939 au secondaire) ont été diagnostiqués chez les jeunes filles. Au primaire, l'on a recensé 916 au CM2 (80,6%), au CM1, 172 cas (15,1%) et au CE2, 49 cas (4,3%). Dans 71% des cas, ces grossesses étaient en zone rurale. L'âge des filles variait de 9 ans (10%), 10 ans (12%), 11 ans (16%) et plus de 11 ans (62%). Au niveau du secondaire, les forts taux sont enregistrés dans les classes de 4<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup> avec respectivement 773 cas (19,6%) et 912 cas (23,15%). En 2014, le nombre de grossesses en milieu scolaire a régressé pour atteindre 4104 cas dont 284 au primaire. Bien souvent, ces grossesses débouchent sur des avortements à risque ou entraînent l'interruption de la scolarité chez l'adolescente.

## 2.2. Analyse des piliers du système de santé en rapport avec la santé des adolescents et des jeunes

### 2.2.1. Gouvernance et Leadership dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes

#### 2.2.1.1. Problématique

La Constitution ivoirienne, à travers la Déclaration Universelle des droits de l'homme, garantit les droits et libertés des citoyens civils et politiques, y compris ceux des adolescents et des jeunes. Ces droits comprennent notamment "le droit des adolescents et des jeunes à la protection contre les mauvais traitements physiques ou mentaux, toutes les formes de négligence, de cruauté ou d'exploitation, ou de la traite, sous quelle que forme que ce soit". Tous les droits et libertés fondamentaux dans la Constitution sont garantis et justiciables. En plus de la Constitution, il existe un

---

<sup>16</sup> Bilan annuel 2013 – 2014, PNSSU

<sup>17</sup> EDS III, 2012

<sup>18</sup> EDS III, 2012

certain nombre de lois et de textes réglementaires. Cependant, l'arsenal juridique de la santé des jeunes et des adolescents est méconnu : les textes et lois existants ne sont pas totalement appliqués.

La prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes constitue une priorité pour l'Etat de Côte d'Ivoire. Cette volonté affirmée de l'Etat se concrétise notamment par l'implication de plusieurs ministères dans la prise en charge de leurs problèmes de santé. Cependant, il n'existe pas de mécanisme national pour coordonner les interventions. Cette difficulté provient du manque de synergie des actions des intervenants.

A côté de l'Etat, il existe une mobilisation communautaire autour des questions de santé des jeunes et des adolescents, bien qu'elle soit encore limitée.

#### **2.2.1.2. Défis et priorités**

La prise en charge adéquate des problèmes de santé des jeunes et des adolescents doit se faire dans un environnement multisectoriel favorable. En effet, le dispositif juridique (lois et mesures) protégeant la santé des jeunes et adolescents doit être effectivement appliqué et si possible renforcé. L'engagement politique de l'Etat ainsi que le leadership communautaire autour de la question de la santé des adolescents et des jeunes doivent être également renforcés. L'implication des concernés doit être réelle. La satisfaction des besoins de santé des adolescents et des jeunes requiert un cadre politique, des moyens financiers et un dispositif de suivi/évaluation. Quant à la question du financement, elle demeure la clé de voûte de la mise en œuvre d'un programme de santé en faveur des adolescents et des jeunes. Le suivi-évaluation contribuera à offrir des services de qualité et à améliorer la gouvernance.

### **2.2.2. Médicament et intrants stratégiques**

#### **2.2.2.1 Problématique**

La politique de gratuité des médicaments a toujours existé au niveau des SSU. Cette offre des caractérise aujourd'hui par une rupture fréquente des stocks de médicaments et autres intrants spécifiques. La politique de gratuité des médicaments en milieu scolaire et universitaire, par ailleurs, soutenue par les partenaires extérieurs n'a pas pu être pérennisée. Aussi, les mécanismes d'approvisionnement de la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) ne permettent pas aux CSUS/SSU de répondre à la demande des élèves et étudiants. Le manque de médicament constitue donc un frein à la fréquentation de ces établissements sanitaires par les élèves et étudiants.

#### **2.2.2.2 Défis et priorités**

La présente politique doit garantir la disponibilité des médicaments et autres intrants indispensables à la tenue des activités des services de santé des adolescents et des jeunes sur l'ensemble du territoire national dans la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en particulier dans le cadre du régime d'assistance médicale et gratuité ciblée. Il est important que la disponibilité des produits et intrants qui ne sont pas pris en compte, notamment ceux de la santé de la reproduction (contraceptifs) soit également garantie.

### **2.2.3. Infrastructures, équipements sanitaires et santé des adolescents et des jeunes**

#### **2.2.3.1 Problématique**

La couverture actuelle en infrastructures sanitaires spécialisées à la prise en charge des élèves et étudiants que constituent les CSUS/SSU est insuffisante. L'idéal voudrait que chaque district sanitaire abrite au moins un CSUS/SSU.

Par ailleurs ces structures spécialisées de prise en charge sanitaire des élèves et étudiants sont, mal réparties, sous-équipées et inadaptées pour répondre à la demande croissante du monde des adolescents et des jeunes.

#### **2.2.3.2 Défis et priorités**

La résolution des problèmes liés aux infrastructures et aux équipements des services de santé des adolescents et des jeunes nécessitent la mise en œuvre de mesures visant à améliorer durablement l'offre de service de soins de qualité. Les priorités sont les suivantes : (i) Réhabiliter des CSUS/SAJ au niveau des régions et des districts sanitaires et (ii) Equiper les établissements sanitaires fournissant les services aux A&J selon les normes et standards requis.

### **2.2.4. Financement du système**

#### **2.2.4.1 Problématique**

Le financement du système de santé en Côte d'Ivoire nécessite la contribution du secteur public, du secteur privé, y compris les ménages et les partenaires au développement. Selon les Comptes Nationaux de la Santé 2007-2008, la part de l'Etat dans la dépense totale de santé était de 17% tandis que celle des partenaires au développement était de 13% en 2008. Quant aux ménages, ils contribuaient à hauteur de 70% aux dépenses de santé à travers le paiement direct or plus de 94%<sup>19</sup> des jeunes et adolescents ne bénéficient d'aucune assurance médicale pour couvrir leurs besoins de santé. Par ailleurs les parents d'élèves contribuent annuellement pour des soins préventifs tels que les visites médicales systématiques et visites médicales d'aptitude physique aux examens. Mais force est de constater que cette contribution n'est pas formalisée.

#### **2.2.4.2 Défis et priorités**

La présente politique saisit l'opportunité de la Couverture Maladie Universelle (CMU) pour garantir aux adolescents et aux jeunes une meilleure accessibilité aux services de santé.

### **2.2.5. Ressources humaines des services de santé des adolescents et des jeunes**

#### **2.2.5.1 Problématique**

Le personnel actuel disponible pour les services de santé aux adolescents et aux jeunes est de 165 médecins, 46 chirurgiens-dentistes, 158 infirmiers et 31 sages-femmes. En ce qui concerne les élèves et étudiants, l'effectif actuel est de près de 5 000 000. En matière de prise en charge, ce volume représenterait en terme de ratio : un (1) médecin pour 25 628 élèves et étudiant, un (1) chirurgien-dentiste pour 91 928 élèves et étudiant et d'un (1) infirmier pour 26 764 élèves et étudiants alors que l'OMS recommande un (1) médecin pour 10.000 élèves et un (1) infirmier/sage-femme pour 5.000 élèves. Par ailleurs au niveau des ressources humaines, les services actuels ne disposent pas

---

<sup>19</sup> EDS III, 2012

suffisamment de personnels d'appui tels que les assistants sociaux, les aides-soignants et les agents d'hygiène et ne dispose pas de psychologues. En outre le manque de convivialité par le personnel rend difficile l'accès des adolescents et jeunes aux services de santé.

#### **2.2.5.2 Défis et priorités**

L'augmentation des effectifs du personnel des services de santé des adolescents et des jeunes doit être optimisée. Elle devra prioriser le renforcement des capacités techniques de tous les acteurs de la pyramide sanitaire aux nouvelles directives sur les standards SAJ.

### **2.2.6. Prestations des services aux adolescents et aux jeunes**

#### **2.2.6.1. Problématique**

Des canaux pour véhiculer les informations aux adolescents et aux jeunes existent (télévision et radios, programmes d'éducation/formation avec l'EDHC, les centres d'écoute et de conseil, salles multimédias, ...). Aussi, des organisations non gouvernementales interviennent dans l'information et la sensibilisation des jeunes et adolescents. Cependant, ces canaux ne couvrent qu'une partie des adolescents et jeunes. Les services et informations qui y sont disponibles sont bien souvent parcellaires. Les adolescents et jeunes déscolarisés, ainsi que ceux actifs dans le secteur informel ne bénéficient pas de l'EDHC et des séances d'IEC/CCC fournies par les CSUS/SSU.

#### **2.2.6.2. Défis et priorités**

Les adolescents et les jeunes ont besoin d'avoir accès à l'information de qualité sur de nombreux sujets ayant trait à leur existence, notamment : la santé sexuelle et reproductive, les textes et lois relatifs aux VBG, pour prévenir la survenue de certaines maladies, des grossesses non désirées, des IST y compris le VIH et aussi pour savoir les effets néfastes de la consommation abusive de substances psychoactives sur leur organisme.

Les centres d'écoute et de conseil (CEC), les SSSU, les clubs de santé, les salles multimédias ainsi que les bibliothèques des établissements scolaires et universitaires, la cellule familiale, le milieu d'apprentissage, les milieux associatifs et de loisirs doivent servir de cadre pour offrir aux adolescents et aux jeunes les informations utiles à leur santé.

Pour véhiculer les messages aux adolescents et aux jeunes, diverses méthodes (IEC, curricula d'enseignement, compétence de la vie courante, ...) et divers canaux de communication (agents de santé communautaire, griots, leaders religieux, pairs-éducateurs, mass media, médias sociaux, réseaux sociaux, SMS, lignes vertes, ...) peuvent être utilisés.

Il faudra donc pour chaque type de problèmes à résoudre, trouver les messages, les méthodes ainsi que les canaux de communication les mieux adaptés prenant en compte les acteurs du système éducatif et en dehors du système éducatif.

En outre, le plaidoyer doit continuer pour que les actions préventives d'immunisation ou de supplémentation en vitamine A et micronutriments se poursuivent dans les meilleures stratégies possibles.

## **2.2.7. Système national d'information sanitaire pour la santé des adolescents et des jeunes**

### **2.2.7.1. Problématique**

Le système de gestion de l'information sanitaire existe et les données sont collectées. Cependant, les informations sanitaires ne peuvent fournir de renseignements propres aux adolescents et jeunes. Les outils de collecte de données ne sont pas harmonisés et parfois sont non adaptés. Le niveau de collecte reste faible avec une complétude de 73% et une promptitude de 6%.

### **2.2.7.2. Défis et priorités**

La question de l'information sanitaire est primordiale pour la prise de décisions. Jusqu'en 2014, le SIG ne ventilait les données sanitaires que sous deux grandes catégories d'âges : moins de 5 ans et plus de 5 ans, ce qui rendait difficile la perception des réels besoins de santé chez les adolescents et les jeunes qui étaient de facto assimilés à la population adulte. Pour un bon suivi et évaluation, il est primordial que le système d'information et de gestion génère des indicateurs utiles au programme.

## **3. PROBLEMES PRIORITAIRES**

### **3.1 La gouvernance et le leadership**

La gouvernance et le leadership du ministère en matière de la santé des adolescents et des jeunes sont insuffisants.

Au niveau de la gouvernance, le dispositif juridique (lois et mesures) protégeant la santé des jeunes et adolescents n'est pas suffisamment appliqué. Ensuite, l'engagement politique de l'Etat ainsi que l'implication de la communauté autour de la question de la santé des adolescents et des jeunes, surtout en santé sexuelle, ne sont pas encore perceptibles et font face aux contraintes culturelles et traditionnelles. Dans le cadre multisectoriel, le leadership de la santé des adolescents et des jeunes n'est pas suffisamment affirmé par le Ministère en charge de la santé à travers ses organes de coordination tels que les programmes de santé en faveur des adolescents et des jeunes. Le mécanisme de coordination et de planification concertée des actions en faveur de la santé des adolescents et des jeunes est peu fonctionnel.

### **3.2 L'accessibilité aux services de santé**

L'accessibilité des adolescents et des jeunes aux services de santé est limitée.

Plusieurs facteurs rendre difficile l'accès des adolescents et jeunes aux services de santé. Ce sont : la disponibilité des services (accessibilité géographique), la convivialité ou l'accueil par le personnel, l'adéquation des soins offerts, disponibilité du traitement ou des médicaments (y compris les commodités), l'accessibilité financière, la compétence/performance du personnel médical.

### **3.3 L'information, l'éducation et la communication (IEC)**

L'IEC/CCC des adolescents et des jeunes aux services de santé est limitée.

Les A&J n'ont pas accès aux informations appropriées en matière de santé sexuelle et reproductive et des dangers des addictions auprès du personnel de santé. Cette situation s'explique par le fait que les prestataires de ces services ne sont pas suffisamment formés en la matière et aussi parce que les supports d'information existants ne prennent pas en compte les spécificités des A&J.

### 3.4 Le système d'information et de gestion (SIG)

Le système d'information et de gestion relatif aux services de santé des adolescents et des jeunes est peu fiable. Le SIG doit générer des données pertinentes pour le suivi et l'évaluation de la santé des adolescents et des jeunes.

## 4. VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS

### 4.1 Vision

Assurer à chaque A&J un développement physique, mental, intellectuel et social par la mise à sa disposition d'un environnement propice à son épanouissement total.

### 4.2 Principes directeurs

La politique nationale de santé des adolescents et des jeunes repose sur les recommandations du bilan des vingt ans de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue en 2014 par les Nations-Unies.

Cette conférence en rapport avec la santé sexuelle et reproductive, la santé des jeunes et des adolescents recommande que soient pris en compte dans l'élaboration des politiques, les principes directeurs suivants : **l'équité, la responsabilisation, l'intégration, l'appropriation, la décentralisation, la collaboration et le partenariat.**

- **L'équité** suppose, une accessibilité géographique et financière, en facilitant l'accès des A&J aux services de santé où qu'ils soient et une offre des services de santé de qualité, efficaces en ciblant la gratuité pour certains services.
- La promotion de la santé des jeunes doit viser notamment la **responsabilisation** des communautés de base dans la recherche des solutions sur les problèmes affectant la santé des adolescents.
- En vue d'améliorer l'efficacité de la prise en charge des problèmes des jeunes, une **intégration** effective dans toutes les zones de santé d'un paquet minimum et complémentaire d'activités de santé des adolescents et jeunes sera assurée et adaptée au contexte local.
- La promotion de la santé des jeunes doit être fondée sur **l'appropriation** par les jeunes eux-mêmes des activités de prévention des problèmes de santé des jeunes. Les jeunes doivent être préparés et formés à l'identification de ses 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 gestionnaire afin d'assurer la pérennisation.
- En matière de **décentralisation**, les structures du Programme National de Santé des Adolescent et des jeunes aux trois échelons de la pyramide sanitaire nationale ont chacune des missions bien spécifiques. Ces missions sont opérationnelles pour le niveau périphérique, technique et logistique pour le niveau intermédiaire, stratégique et normatif pour le niveau central.
- le cadre de l'intersectorialité, **la collaboration** avec les ministères de l'Education ; Affaires Sociales, Justice, Jeunesse, culture, Genre, famille et enfant, information, ..., s'avère nécessaire et indispensable. La collaboration avec ces différents secteurs sera basée sur la complémentarité des interventions.
- Un **partenariat** agissant doit s'établir entre les organismes de coopération bi et multilatérale, les organisations non gouvernementales Internationales et les organisations non gouvernementales

nationales. L'Etat doit favoriser ce partenariat en accordant à ses organisations des facilités sur toute l'étendue du territoire national.

Tous ces principes directeurs doivent se faire dans le respect du genre et de façon holistique en ciblant aussi bien les jeunes filles que les jeunes garçons dans toutes leurs spécificités.

## 5. OBJECTIFS

### 5.1 Objectif général

L'objectif général est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des enfants, des adolescents et des jeunes en Côte d'Ivoire d'ici à 2020.

### 5.2 Objectifs spécifiques

Pour y parvenir, quatre objectifs spécifiques ont été définis :

- Objectif spécifique 1 : Assurer le leadership et le management des programmes de santé des adolescents et des jeunes ;
- Objectif spécifique 2 : Assurer aux enfants, aux adolescents et aux jeunes des soins de santé adaptés et de qualité ;
- Objectif spécifique 3 : Accroître le niveau d'utilisation des points d'accès à l'information ;
- Objectif spécifique 4 : Améliorer la gestion de l'information sanitaire relatif aux services de santé des adolescents et des jeunes.

## 6. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

*6.1 Priorité 1 : Consolider le cadre institutionnel de la politique de santé des adolescents et des jeunes.*

Il s'agit à ce niveau de :

- Assurer un plaidoyer permanent pour un environnement politique, législatif et réglementaire plus favorable aux adolescents et aux jeunes ;
- Diffuser et promouvoir le document des standards SAJ, la Politique SAJ ainsi que le Plan stratégique SAJ.

*6.2 Priorité 2 : Améliorer le cadre gestionnaire des services de santé des adolescents et des jeunes.*

Dans ce sens, il faudra :

- Renforcer les mécanismes de coordination intra et intersectoriels des interventions pour la santé des adolescents et des jeunes ;
- Assurer le fonctionnement régulier du cadre national de concertation des différentes parties prenantes à la santé des adolescents et des jeunes ;
- Mettre en place une plateforme de collaboration aux niveaux régional et départemental des différentes parties prenantes à la santé des adolescents et des jeunes.

*6.3 Priorité 3 : Améliorer la couverture en infrastructure sanitaire*

A cet effet, il est essentiel de :

- Intégrer les services SAJ dans les HG, CHR et CHU ;
- Construire au moins 30 CSUS/SSU supplémentaires (dont 10 dans les communes d'Abidjan et 20 à l'intérieur du pays) ;
- Réhabiliter les SSSU existants ;
- Equiper les SSSU existants selon les normes requises.

*6.4 Priorité 4 : Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées au niveau des services de santé des adolescents et des jeunes.*

A cet effet, il est important de :

- Renforcer les capacités techniques des ressources humaines aux directives relatives aux standards de la santé des adolescents et des jeunes ;
- Introduire la SAJ dans les curricula de formation dans les écoles de formation de base (INFAS, INFS, UFR Sciences Médicales, CAFOP, ...) ;
- Créer, au niveau de l'UFR des sciences médicales, une spécialité en Santé des adolescents et des jeunes.

*6.5 Priorité 5 : Améliorer la qualité des prestations de services de santé offerts aux adolescents et aux jeunes*

Dans cette perspective, il conviendra de :

- Instaurer un mécanisme de motivation basé sur la performance en vue de redynamiser les CSUS/SSU ;
- Renforcer les visites médicales systématiques et les visites d'aptitude chez les enfants, les adolescents et les jeunes scolarisés ;
- Assurer la prise en charge effective de toutes les pathologies courantes et handicapantes
- Réviser tous les trois ans les normes et protocoles de prise en charge des adolescents et jeunes.

*6.6 Priorité 6 : Améliorer le financement du secteur de la santé des adolescents et des jeunes*

Il s'agira de :

- Elaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financière en faveur de la santé des adolescents et des jeunes ;
- Accroître le financement de la santé des adolescents et des jeunes par la mobilisation des ressources auprès des collectivités territoriales, du secteur privé et des partenaires techniques et financiers ;
- Mettre en place un mécanisme de gestion efficiente des ressources mobilisées.

*6.7 Priorité 7 : Mettre en place une stratégie de communication pour un comportement favorable à la santé adolescents et des jeunes*

Il s'agira de :

- Concevoir des outils de communication en rapport avec les différentes thématiques des pathologies rencontrées chez adolescents et les jeunes ;



- Mettre les outils de communication à la disposition des services SAJ et des communautés.

*6.8 Priorité 8 : Accroître les interventions IEC/CCCC au niveau des CSUS/SAJ et/ou dans la communauté.*

Pour ce faire, il faudra :

- Créer les espaces d'interventions IEC/CCCC au niveau des CSUS/SAJ et/ou dans la communauté ;
- Animer les espaces d'information des points de prestation de services institués avec l'implication des A&J.

*6.9 Priorité 9 : Renforcer les ressources du système d'information SAJ*

Cela consistera à :

- Equiper les services SAJ en matériel informatique ;
- Renforcer les capacités des agents des services SAJ à la gestion de l'information sanitaire.

*6.10 Priorité 10 : Améliorer l'information sanitaire des services SAJ*

Elle nécessitera de :

- Mettre à la disposition des services SAJ, les outils de collecte de données concernant la santé des adolescents et des jeunes ;
- Instituer le dossier médical informatisé des adolescents et des jeunes dans tous les services SAJ ;
- Communiquer périodiquement les rapports analytiques des informations sanitaires issues des services SAJ aux différentes parties prenantes à la SAJ
- Effectuer des recherches opérationnelles pour ajuster les interventions

## **7. CADRE DE MISE EN ŒUVRE**

### **7.1 Rôle du niveau central du secteur de la santé**

Le Ministère en charge de la santé devra assurer la coordination générale de la mise œuvre de la politique SAJ. Un comité national de pilotage de la stratégie nationale de la santé des adolescents et des jeunes sera mis en place. Ce comité définira les actions prioritaires à mener. Il impliquera les acteurs des autres secteurs ministériels et les représentants des partenaires de la société civile, des ONG et des partenaires techniques et financiers. La présidence sera assurée par le Ministre en charge de la santé et le secrétariat par la Direction générale de la santé et se réunit au moins deux fois l'an.

Le comité technique sera placé sous la présidence du programme national de santé des adolescents et des jeunes scolarisés et non scolarisés et sera composé par les structures techniques des différents ministères impliqués dans le comité de pilotage. Il est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie nationale de la santé des adolescents et des jeunes. Il se réunit une fois par trimestre et autant de fois que le besoin se fait sentir.

## **7.2 Rôle du niveau intermédiaire et périphérique du secteur de la santé**

Au niveau régional, des plateformes de collaboration seront instituées. Elles seront animées par le ministère en charge de la santé et impliqueront les autres secteurs ministériels, les ONG, les représentants locaux des partenaires techniques et financiers et les autorités locales. Elles veilleront à la prise en compte des priorités de la politique nationale au travers des plans d'actions des régions et districts sanitaires. Les rencontres des plateformes régionales seront trimestrielles.

Au niveau des districts sanitaires, la coordination sera identique à celle du niveau régional et sera assurée par les médecin-chefs de district sous l'autorité des Préfets. Elle sera animée par les médecin-chefs des CSUS/SSU. Les plateformes au niveau des districts se réuniront au moins tous les deux mois et aussi souvent que nécessaire.

## **7.3 Rôle des autres secteurs**

Les autres secteurs du développement tels que les ministères en charge de l'économie et des finances, de la famille, de l'éducation, de la jeunesse, des affaires sociales et de la formation professionnelle, devront chacun en ce qui le concerne s'approprier ce document de politique nationale et apporter un appui technique et financier nécessaire en faveur des priorités retenues.

## **7.4 Rôle de la communauté**

Les collectivités locales, la société civile, les communautés et les ONG contribueront au plaidoyer, au 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'exécution du plan stratégique issu de la politique nationale.

## **7.5 Rôle des partenaires au développement**

Les Partenaires Techniques et Financiers seront impliqués dans le processus de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des lignes d'actions préconisées. Leurs appuis technique et financier seront requis à tous les niveaux. Leurs actions devront contribuer à renforcer le leadership du Ministère en charge de la santé en matière de santé des adolescents et des jeunes afin d'avoir une synergie d'actions.

## **7.6 Partenariat Public – Privé et Public-Public**

La présente politique de santé des adolescents et des jeunes est favorable au développement des partenariats public-privé et public-public. Avec le privé, des contributions devront être recherchées auprès des organisations et industries du monde agricole, des sociétés de téléphonie mobile et de communication, des entreprises du secteur pétrolier ainsi que celles du secteur bancaire et financier. Dans le partenariat public-public, la collaboration des collectivités locales doit être accrue et effectivement active.

## **8. MECANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION**

La politique aura pour sa mise en œuvre un plan stratégique quinquennal. Le plan stratégique sera à son tour décliné en plan opérationnel annuel. L'évaluation se fera par le Comité de Pilotage et le suivi par le Comité technique. Un plan unique de suivi et d'évaluation sera élaboré pour suivre et évaluer toutes les actions prévues dans le plan stratégique.

## REFERENCES

1. Aide-mémoire n°345, OMS, mai 2014
2. Afrique – Génération 2030, La démographie infantile en Afrique, Unicef, août 2014
3. EDS III, 2012
4. European Scientific Journal, October 2013 edition vol. 9, n° 30 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e – ISSN 1857 - 7431
5. Global Youth Tobacco Survey (GYTS), 2009
6. Direction des affaires pénitentiaire du Ministère de la Justice
7. Rapport national sur l'état et le devenir de la population de la Côte d'Ivoire, Population et développement : défis et perspectives pour la Côte d'Ivoire, 2006
8. Rapport sur le statut des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne, Possibilités et enjeux, UNFPA, 2012
9. Connaissances, attitudes et pratiques de l'avortement provoqué en Côte d'Ivoire, Gneninfo Lazare COULIBALY, ENSEA, 2015
10. Etude du milieu des connaissances, attitudes et pratiques des populations de Yopougon en matière de planification familiale, Association Ivoirienne pour le Bien Etre Familiale (AIBEF), 2008
11. Document de politique nationale de la jeunesse, Ministère de la promotion de la jeunesse, des sports et des loisirs,
12. Bilan annuel 2013 – 2014, PNSSU