



REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana

POLITIQUE NATIONALE DE SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

A Madagascar



MAI 2019

SOMMAIRE

PREFACE	4
INTRODUCTION	1
I. ANALYSE DE SITUATION	3
1. Profil épidémiologique.....	3
2. Principaux déterminants de la santé des adolescents et des jeunes.....	11
3. La place de la Santé des Adolescents et des Jeunes dans le Système de santé.....	13
II. CADRES DE REFERENCE	15
1. Références internationales.....	16
2. Références nationales.....	17
III. VISION	18
IV. PRINCIPES DIRECTEURS	18
1. Equité.....	18
2. Responsabilisation de tous les acteurs.....	18
3. Intégration.....	18
4. Appropriation.....	18
5. Décentralisation.....	18
6. Multisectorialité.....	18
7. Partenariat.....	18
8. Redevabilité.....	19
V. OBJECTIFS	19
1. Objectif général.....	19
2. Objectifs spécifiques.....	19
VI. AXES STRATEGIQUES	19
1. Plaidoyer et communication pour le développement.....	19
2. Accès facile aux services des adolescents et des jeunes.....	20
3. Acteurs pour le changement et la mobilisation pour la sante des adolescents et des jeunes.....	21
4. Gouvernance transparente et coordination multisectorielle.....	23
5. Partenariat.....	24
6. Recherches et amélioration des informations en santé des adolescents et des jeunes.....	25
VII. CADRES DE MISE EN ŒUVRE	26
1. Rôles du Ministère en charge de la Santé.....	26
2. Rôles des autres secteurs ministériels, Parlement, Autorités religieuses et traditionnelles, Partenaires, secteur privé, Société civile, Adolescents et Jeunes, Communauté.....	27
4. Cadres de suivi-évaluation.....	30
CONCLUSION	31

LISTE DES ABBREVIATIONS ET ACRONYMES

AA-HA	: Global Accelerated Action for the Health of Adolescents
AC	: Agent Communautaire
BM	: Banque Mondiale
CHRD	: Centre Hospitalier de Référence de District
CHRR	: Centre Hospitalier de Référence Régionale
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CHUGOB	: Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Befelatanana
CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CNSS	: Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé
CSB	: Centre de Santé de Base
EAH	: Eau Assainissement et Hygiène
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ENSOMD	: Enquête Nationale sur le Suivi de l'Objectif du Millénaire pour le Développement
FAF	: Fer-Acide Folique
FANOME	: Fonds d'Appui Non-stop en Médicaments ou Fandraisan'anjara no mba entiko
FO	: Fistule Obstétricale
FS	: Formation Sanitaire
HSH	: Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IMC	: Indice de Masse Corporelle
MDM	: Médecin du Monde
MSANP	: Ministère de la Santé Publique
NTIC	: Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
ODD	: Objectifs du Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSC	: Organisation de la Société civile
PAM	: Programme Alimentaire Mondiale
PF	: Planification Familiale
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNAN III	: Plan National d'Action pour la Nutrition (phase III)
PND	: Plan National de Développement
PNDRH	: Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé
PNJ	: Politique Nationale de la Jeunesse
PNSR	: Politique Nationale de la Santé de la Reproduction
PS	: Professionnels de sexe
PSE	: Plan Sectoriel de l'Education
PTF	: Partenaire Technique et Financier
RH	: Ressources Humaines
SAJ	: Santé des Adolescents et des Jeunes
Sida	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SONUB	: Soins obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Chirurgicaux
SRMNIA-N	: Santé de la Reproduction Maternelle Néonatale, Infantile et de l'Adolescent-Nutrition
UDI	: Utilisateurs de Drogues Injectables
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science, et la culture
UNFPA	: Agences des Nations Unies pour la Santé Sexuelle et Reproductive
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United States Agency International Development
VAD	: Visite à Domicile ou VangivangyArahan-Dinika
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

PREFACE

Cette Politique Nationale de Santé des Adolescents et des Jeunes réactualisée est le fruit d'une réflexion concertée et synergique du Ministère en charge de la Santé Publique avec tous les secteurs, appuyée par les Partenaires Techniques et Financiers. Il s'agit d'un document cadre et d'un instrument de référence qui servira de base pour l'élaboration d'un Plan Stratégique National en faveur de la Santé des Adolescents et des Jeunes.

Cette politique se veut être une expression de l'engagement du Gouvernement et un outil fondamental de plaidoyer et de mobilisation des ressources en faveur de la Santé des Adolescents et des Jeunes.

Ce document définit une orientation nationale assortie d'une vision, d'objectifs, de principes directeurs et d'axes stratégiques pour résoudre les problèmes de Santé des Adolescents et des Jeunes.

En remerciant sincèrement tous ceux qui ont contribué à la rédaction de ce précieux document, j'invite toutes les parties prenantes et acteurs à la Santé des Adolescents et Jeunes à en faire un outil de travail pour le développement de la Santé des Adolescents et des Jeunes à Madagascar, leur bien-être et leur plein épanouissement.

Le Ministre de la Santé Publique



Pr. RAKOTONIRINA Julio

INTRODUCTION

L'adolescence est une période charnière de la vie pendant laquelle les adolescents font face à des nombreux défis. Ces derniers sont sujets à des comportements à risques qui auront des conséquences néfastes sur leur santé, tout au long de leur vie. En effet, les mariages précoces, les grossesses précoces, les avortements, les fistules obstétricales, les infections sexuellement transmissibles/sida, les accidents de la circulation, le mésusage de drogues, les violences, la malnutrition constituent des problèmes majeurs des adolescents.

Madagascar, une grande île riche en biodiversité avec des zones enclavées est constitué essentiellement d'une population jeune, dont la frange de 10 à 24 ans s'estime à 32%¹ de la population totale, soit environ 8 138 370. Il n'est plus à démontrer la contribution et le rôle potentiel de ces jeunes dans le processus de développement socio-économique du pays, et dans la lutte contre la pauvreté. L'investissement dans la jeunesse représente un levier permettant au pays de tirer profit du dividende démographique. Pourtant, le taux de chômage est élevé et le taux de scolarisation des adolescents et des jeunes est faible, environ 2% arrivent au niveau universitaire². En grande majorité, ils vivent en milieu rural et ont très peu accès aux services de base. Ils sont exposés à des maladies et décès évitables.

Les us et coutumes constituent un déterminant crucial de la santé des adolescents et des jeunes influençant ainsi sur leurs comportements sexuels à l'encontre du respect des droits humains comme le mariage arrangé ou forcé, le mariage des enfants. D'autres déterminants comme la mauvaise utilisation des nouvelles technologies, le manque de disponibilité des parents à l'écoute des jeunes, le contexte sociopolitique du pays impactent sur le comportement des adolescents et des jeunes.

La dernière politique nationale de santé des adolescents et des jeunes est datée de l'année 2000. Elle retraçait les objectifs et les grands axes stratégiques en faveur de la Santé des Adolescents et des Jeunes. Ainsi, des actions et des efforts ont été réalisés par l'Etat Malagasy et les différents partenaires nationaux et internationaux afin de réduire ces fléaux qui frappent les jeunes à travers des engagements nationaux, internationaux. Néanmoins, malgré cela, il est indispensable d'évoluer au gré des changements politiques, des nouvelles directives et orientations en matière de santé. En effet, le pays dispose actuellement d'une politique générale de l'état (IEM, PGE) relançant l'importance de la jeunesse malgache. L'Etat doit considérer, par ses divers politiques et nombreux programmes, cette croissance démographique. Il doit, à cet effet, saisir les fenêtres d'opportunités démographiques offertes par l'importance de la jeunesse malgache dans la structure par âge de la

¹ PDSS 2015-2019 Madagascar

² EDSMD 2008-2009

population. Parmi les grandes orientations stratégiques de cette politique figure la dimension démographique qui s'intégrera dans tout le processus de développement afin de saisir les opportunités de dividende démographique. Par ailleurs, la loi sur la Santé de la Reproduction et Planification Familiale vient d'être promulguée en 2018 afin de donner beaucoup plus aux jeunes l'accès et les droits relatifs à ces services.

Dans cette optique, la réactualisation de la politique de santé des adolescents et des jeunes s'avère nécessaire.

I. ANALYSE DE SITUATION

1. Profil épidémiologique

1.1 . Concept de la jeunesse

L'adolescence correspond à la tranche d'âge de 10 à 19 ans et les jeunes entre 15 et 24ans³. La jeunesse recouvre les personnes âgées de 10 à 24 ans⁴. C'est un moment de croissance et de potentiel exceptionnel et également une période pendant laquelle le comportement est instable et facilement influençable. Certains jeunes sont exposés durant leur adolescence à des facteurs de risque externes et internes, leur rendant plus vulnérables.

1.2 . Situation démographique

En 2014, la moyenne d'âge de la population malagasy est de 21 ans⁵. Les adolescents et les jeunes de moins de 25 ans et de 10 à 24 ans représentent respectivement 62,3% et 32% de la population totale⁶.

Dix-sept pour cent (17%) des jeunes se trouvent en milieu urbain et 83% en milieu rural, travaillant notamment dans l'agriculture et dans le secteur du commerce. Sept jeunes sur 10 proviennent de ménages pauvres⁷.

La proportion d'adolescente ayant commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 8 % à 15 ans à 57 % à 19 ans, âge auquel 50 % des jeunes filles ont déjà eu, au moins, un enfant. Ce pourcentage est plus élevé en milieu rural (35 %) qu'en milieu urbain (17 %) ⁸. Avant 15 ans, 20% des filles de 15 à 19 ans ont eu leur première relation sexuelle et l'âge moyen des femmes de 20-24ans en activité sexuelle est de 16,6ans.

Selon l'enquête nationale de suivi des OMD (ENSOMD 2012-2013), la fécondité de la tranche d'âge de 15 à 19 ans en 2012 se situe à 163 pour 1000 filles⁹. A Madagascar 41,2% des filles sont mariées avant l'âge de 18 ans.

Les jeunes de 15 à 19 ans qui sont sexuellement actifs courent un risque de grossesse précoce car ils ne se protègent pas, 76% n'ont jamais utilisé de méthode de contraception, seulement 13,7% utilisent des méthodes contraceptives modernes⁹.

Le taux d'acceptation de l'utilisation de méthodes contraceptives chez les 10 à 24 ans est de 5,6% qui se répartissent comme suit selon les tranches d'âge (i) chez les 10 à 14 ans : 0,13 % ;(ii) chez les 15 à 19 ans : 2,14% et (iii) chez les 20 à 24 ans : 3,40%⁹

L'enquête comportementale chez les jeunes menée en 2012 a montré les proportions suivantes¹⁰ :

³OMS, UNFPA, UNICEF

⁴ OMS, UNFPA, UNICEF

⁵Contexte de Madagascar 2016, UNDP Madagascar website

⁶Projection utilisée par MSANP, INSTAT lors des calculs des besoins

⁷Rapport de la Banque mondiale, 2015

⁸EDSMD 2008-2009

⁹ENSOMD 2012-2013

¹⁰ ESCB 2012

- le commerce du sexe est pratiqué par 30% des filles que des garçons;
- une fille sur quatre a eu au moins deux partenaires sexuels durant les douze derniers mois ; la moitié des garçons a eu au moins deux partenaires sexuels durant les douze derniers mois.

Il est à noter que 20 % des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et 76,8 % des Utilisateurs des drogues injectables (UDI) sont âgés de moins de 24 ans et 48,6% des Professionnels de sexe (PS) sont âgés de moins de 25 ans.

1.3 . Situation socio-économique

➤ **Famille- Ménage- Habitat**

Quatre-vingt pour cent de la population malagasy vit en milieu rural, 20% en milieu urbain dont 5% concentrés dans la capitale. La taille moyenne de la famille s'élève à 4,5 personnes. Dans 69% des cas, les membres de la famille partagent une même pièce ne permettant pas l'intimité des parents¹¹. L'indice synthétique de fécondité est de 4,8 naissances par femme¹².

➤ **Education – scolarisation**

Le niveau d'éducation est une variable significative pour l'adoption d'attitudes saines car chaque année supplémentaire de scolarité chez la femme entraîne une baisse du taux de fertilité de 5 à 10%¹³.

Le taux de fréquentation scolaire des enfants âgés de 6 à 14 ans a fortement reculé dans le pays, surtout en milieu rural et dans les régions du sud : 77% en 2005, 74% en 2010 et 69% en 2012¹⁴.

L'abandon scolaire est très net car seulement 12% des élèves entrant en première année du niveau primaire atteignent la classe de seconde dont plus de 90% issus des familles riches. Il est plus marqué chez les filles que chez les garçons, 15% en est dû aux grossesses précoces. La proportion de jeunes filles sans instruction de 10 à 14 ans est de 9% et de 10% pour les garçons de même âge¹⁵. L'âge auquel ont lieu les premiers rapports sexuels est influencé par le niveau d'instruction aussi bien chez les femmes que chez les hommes. En effet, la moitié des jeunes n'ayant aucun niveau d'instruction ont eu leurs premiers rapports sexuels à l'âge de 15,9 ans contre 17,1 ans quand ils ont un niveau primaire et 18,5 ans quand ils ont, au moins, un niveau secondaire¹⁶.

➤ **Emploi – Chômage¹⁷**

Les jeunes sont les premières victimes de la crise de l'emploi. Soixante-dix pour cent (70%) des jeunes travailleurs malagasy ont un travail non régulier ou dans le secteur informel, seuls 4% d'entre eux sont des employeurs. Les filles sont plus touchées et plus engagées que les garçons dans

¹¹EDSMD 2008-2009

¹²EDSMD 2008-2009

¹³PAHO/WHO, *Health in the Americas*, 1996.

¹⁴Annuaire statistique de l'éducation, 2006-2007 et 2013-2014

¹⁵EDSMD 2008-2009

¹⁶ENSOMD 2012-2013

¹⁷Organisation internationale du travail (OIT) en 2014

les travaux ménagers : 50% des filles de 6-11 ans et 76% des filles de 12-14 ans contre 26% des garçons de 6-11 ans et 38% des garçons de 12-14 ans.

Chaque année, environ 200 000 jeunes arrivent sur le marché du travail, dont 30 000, soit 15%, sans aucune formation (analphabètes) et 40% des demandeurs d'emploi sont des jeunes de moins de 25 ans.

La population active réellement occupée représente 60% de la population de plus de 10 ans dont 7% sont en chômage ou à la recherche d'un premier emploi. Les adolescents et jeunes de moins de 25 ans représentent 50,6% des chômeurs dont 60,2% sont des femmes. La durée du chômage est plus longue chez les femmes (42 mois) que celle des hommes (19mois).

➤ **Délinquance juvénile**

Elle se définit comme l'ensemble des infractions et crimes considérés sur le plan social.

A Madagascar, 10% de la population juvénile urbaine seraient des délinquants ; ce sont les adolescents et jeunes de 15 à 17 ans qui commettent des infractions dans 70% des cas et ont été jugés pour différentes affaires¹⁸.

Le problème de la délinquance juvénile se manifeste aussi bien chez les adolescents et jeunes des couches sociales les plus défavorisées, que chez les plus aisées.

L'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) est désormais incontournable. Au-delà de leurs bienfaits salutaires, il faut reconnaître que les NTIC sont devenues la cible d'actes de malveillance, comme la cybercriminalité. C'est une nouvelle forme de criminalité et de délinquance qui se distingue des formes traditionnelles.

➤ **Différents types de violence**

Environ 33% des femmes malagasy subissent une violence au cours de sa vie sous forme de violence conjugale, viol, inceste, exploitation sexuelle et proxénétisme¹⁹.

En 2013, sur un total de près de 2 800 cas de maltraitance signalés au niveau des réseaux de protection de l'enfant dans neuf régions de Madagascar, le nombre de violences à caractère sexuel s'élevait à 664²⁰.

L'adolescent est particulièrement vulnérable à toutes les formes de violence relative à sa faiblesse physique, sociale et économique.

Dans le pays, les jeunes femmes sont quatre fois plus exposées aux violences sexuelles que leurs aînées, 35% des auteurs sont des voisins ou des parentés²¹. Ceci est dû d'une part à la forte tolérance de la violence basée sur le genre dans la société malagasy (45,2% des femmes et 46,3% des hommes trouvent normal le fait qu'un conjoint bat sa femme) et d'autre part à la pratique

¹⁸ Parmi les affaires jugées, on peut citer : affaires de mineurs, homicides et blessures volontaires, coups et blessures volontaires, vols, abus de confiance, escroquerie, délits contre les propriétés, détournement correctionnel, faux, falsification, fraude, vols de bœufs chanvre,

¹⁹ Etude sur les violences basées sur le genre, UNFPA, 2013.

²⁰ BIT non à l'exploitation sexuelle des enfants

²¹ ENSOMD 2012-2013

répandue de la loi du silence sur ce type de violence favorisant l'impunité des auteurs : 73,5% des victimes de violence physique, 63,9% des victimes de violence sexuelle, 70% des victimes de violence psychologique et 50% des victimes des violences économiques n'ont jamais tenté de trouver une assistance.

Trente pour cent (30%) des femmes ont déclaré avoir subi au moins un des 4 types de violences²² :

- la violence psychologique, la plus fréquente, représente 19% ;
- la violence physique, 12%, la plus fréquente chez les femmes de 15-39 ans ;
- la violence sexuelle, est de 7%, dont 14% sont des filles de 15-19 ans ;
- et la violence économique rencontrée dans 5% de cas.

En 2018, 394 cas d'abus sexuel ont été enregistrés au niveau du centre Vonjy du Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Befelatanana (CHUGOB)²³, dont 22% sont des violences sexuelles aux adolescentes de 5 à 14ans et 24% à celles de 5 à 18 ans. Soixante-sept pour cent (67%) des cas d'attouchement enregistrés s'observaient chez les jeunes de 5 à 14 ans, par contre, les jeunes de la tranche d'âge de 5 à 18 ans étaient les plus touchés par la fugue associée à l'abus sexuel (75%).

Le châtement corporel est encore largement accepté ou toléré comme pratique permettant de discipliner les enfants dans la société malagasy. Quatre-vingt-neuf pourcent (89%) des jeunes interrogés déclarent en avoir été victimes²⁴.

➤ **Suicide**

Les conduites suicidaires ont été plus souvent constatées entre l'âge de 14 et 43 ans, avec un maximum de fréquence autour de 17 ans chez les femmes et 24 ans chez les hommes²⁵.

En 2016, le nombre de cas de tentatives de suicide vus en consultation externe au niveau des CHRR/CHU du pays est de 1 pour la tranche d'âge de 5 à 14 ans et de 58 pour les 15 à 24 ans²⁶.

➤ **Prostitution- Sévices sexuels**

• **Prostitution**

La prostitution n'est pas une infraction dans le pays, par contre, le détournement des mineurs et le proxénétisme sont punis par la loi.

²² ENSOMD 2012-2013

²³Le centre Vonjy basé à CHUGO Befelatanana est un centre qui offre des services intégrés de prise en charge pour les enfants victimes de violences. Le centre a comme objectif de prévenir les violences contre les enfants et veille à ce que les enfants victimes aient accès aux soins et aux soutiens nécessaires. Toamasina, Majunga et Nosy Be disposent aussi de centre Vonjy.

²⁴Le Comité sur les droits de l'enfant donne la définition du châtement « physique » ou « corporel » suivante : « ... toute punition qui implique de la force physique ou dont l'intention est de causer un certain degré de douleur ou de gêne, peu importe la perspective. La plupart comporte des coups (fessés, claques, gifles) à un enfant avec la main ou à l'aide d'un objet. Mais cela peut également impliquer, par exemple, donner des coups de pieds, secouer ou jeter des enfants, égratigner, pincer, mordre, tirer les cheveux ou frapper les oreilles avec la main, forcer les enfants à rester dans une position inconfortable, brûlures, ébouillanter ou ingestion forcée (par exemple, rincer la bouche des enfants avec du savon ou les forcer à avaler des épices fortes) » - Observation générale n 8, Comité des Droits de l'Enfant, 2006.

²⁵D.Andriambao et Al, contribution à l'étude des conduites suicidaires à Madagascar

²⁶ Annuaire statistique sanitaire 2016

La pauvreté incite les jeunes à se prostituer pour gagner un peu d'argent. La prostitution est considérée par les professionnels de sexe mineurs comme une activité économique provisoire pour bâtir leur avenir, ou refaire leur vie. Elle permet aussi d'acquérir une position sociale ou économique dans la société. Les jeunes qu'ils soient scolarisés ou déscolarisés²⁷, plongent dans cette activité pour les mêmes raisons.

- **Sérvices sexuels**

Les victimes des sérvices ne sont pas en état de se défendre, soit pour des raisons d'infériorité physique soit pour des raisons psychologiques. La loi actuellement en vigueur pour leur protection concerne le tourisme sexuel. Ce phénomène gagne du terrain et se développe surtout dans la capitale, dans les régions côtières à vocation touristique.

Dans la plupart des sites enquêtés ces dernières années, les enfants victimes d'exploitation sexuelle interrogés ont identifié les visiteurs étrangers et nationaux parmi leur clientèle²⁸. Quant à la pédophilie, le projet de loi est en attente d'adoption.

1.4 Situation sanitaire

- **Morbidité**

Les adolescents, en plein âge de découverte, sont exposés à plusieurs maladies dont les infections pulmonaires par l'usage de tabac et de drogue, les maladies mentales, les accidents de circulation, la grossesse précoce, les infections sexuellement transmissibles, la malnutrition, la fistule obstétrico-vaginale. La liste n'est pas exhaustive car bien d'autres maladies affectent les adolescents et jeunes du pays.

- **Mortalité**

Sur les 10 femmes qui meurent par jour pendant la grossesse ou l'accouchement, 3 sont des adolescentes de 15 à 19 ans²⁹. Cette situation est imputable (i) au manque d'accès à l'accouchement assisté par un personnel qualifié dans les établissements de santé estimé à 43%, (ii) au faible accès aux soins d'urgence en cas de complication, (iii) à la faible utilisation de méthode contraceptive moderne, (iv) aux avortements non sécurisés.

Le taux de mortalité maternelle est cinq fois plus élevé chez les filles de 10 à 14 ans, que chez les femmes de 20 ans³⁰. En effet, les adolescentes enceintes sont plus exposées en raison des complications qui peuvent apparaître au cours de la grossesse et de l'accouchement, dont l'arrêt du travail, le travail prématuré, le travail prolongé pouvant entraîner la fistule obstétricale (FO) ou l'avortement spontané.

- **Fécondité, sexualité et grossesse précoce**

La loi malagasy, datant du 20 aout 2007 (loi n 2007-022 relative au mariage et aux régimes matrimoniaux), n'autorise le mariage civil qu'à partir de l'âge de dix-huit ans révolus.

²⁷ Scm Direction Générale de la Gestion Financière du Personnel de l'Etat

²⁸ BIT lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants

²⁹ Enquête nationale sur les décès maternels, UNFPA, 2012

³⁰ EN SOMD 2012-2013

Selon l'Enquête du Suivi de l'Objectif du Millénaire pour le Développement 2012-2013, Madagascar est classé parmi les 13 premiers pays à avoir un taux de prévalence de la grossesse précoce les plus élevés au monde et représente 163 sur 1000 adolescentes. Ce chiffre résulte d'une faible appropriation des méthodes contraceptives des adolescentes et d'un faible niveau d'instruction.

La Loi n° 002-2017 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale est disponible. Cette loi précise dans son article 5 que : « Indépendamment de son âge, tout individu a droit à des services complets : information, éducation, communication, prise en charge, référence en matière de Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale ». En 2016, 36% des jeunes possèdent au moins un téléphone mobile avec accès à internet. Vingt-quatre pour cent (24%) d'entre eux sont connectés fréquemment aux réseaux sociaux. Environ neuf pour cent (9%) visualisent des sites web d'hébergement de vidéos et de musiques dont youtube.com, 19,4% utilisent les moteurs de recherche tels que google.com, yahoo.com...³¹. L'Internet et les réseaux sociaux ont évoqués parmi les facteurs de risques à la prostitution et à la délinquance juvénile, leur usage s'est considérablement développé chez les 13-25 ans au cours de la dernière décennie³².

➤ **Fistule obstétricale**

La fistule obstétricale est une pathologie invalidante s'observant dans 8,3 pour 1000 accouchements chez les moins de 20 ans³³, et affecte plus de 2000 femmes par an, soit 2 ou 3 nouveaux cas de FO pour 1000 naissances à Madagascar³⁴. La fistule vésico-vaginale est la plus fréquente. La tranche d'âges la plus touchée est celle comprise entre 14 et 17 ans, de couche sociale pauvre, vivant en milieu rural et avec un faible niveau d'instruction³⁵. Seules 9,9% des jeunes femmes et 6,9% des jeunes hommes âgés de 15 à 19 ans ont entendu parler de la fistule obstétricale.

➤ **Avortement**

Les complications de l'avortement sont la deuxième cause (16%) des décès maternels enregistrés au niveau des Formations Sanitaires. Madagascar a signé le protocole à la charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs aux droits des femmes³⁶. Dans son article 14, ce protocole demande aux états membres de prendre toutes mesures appropriées. L'avortement médicalisé est autorisé pour protéger les droits reproductifs des femmes particulièrement en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste, et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus.

³¹Données issues de la conférence de la société Facto Saatchi

³² Système des Nations Unies. Enquête McRAM, Antananarivo. Mai 2010

³³ ENSOMD2112_2013

³⁴ Etude sur l'ampleur et les impacts de la FO (Minsan/UNFPA) en 2007

³⁵ ENSOMD 2012_2013

³⁶ Protocole à la charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs aux droits des femmes. Article 14

Cependant, la Loi malagasy n°2017-043 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale dans son Article 28 précise que « Toute personne physique qui aura pratiqué l'interruption de la grossesse pour motif médical au mépris des conditions prévues par la loi sera punie par les peines prévues par le Code pénal article 317 ».

➤ **IST et VIH/Sida**

De par leurs pratiques sexuelles à risque, les adolescents et les jeunes malagasy figurent parmi les sous-populations les plus exposées aux IST et à la transmission du VIH. Les proportions des jeunes filles et de garçons qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel sont identiques (15%). Ces proportions sont très réduites en milieu rural³⁷.

La tranche d'âge la plus touchée par les IST est celle de 15 à 49 ans (87,7%), puis les moins de 15 ans (6,7%). Cette forte prévalence des IST constitue un facteur de risque majeur pour l'expansion de l'épidémie de sida. Selon l'EDS IV, le niveau de connaissance des jeunes de 15 à 19 ans en matière des IST est de 47,5% chez les filles et de 44,3% chez les garçons.

Bien que la séroprévalence du VIH/sida pour la population générale est relativement faible à 0,37%, plus de la moitié du taux d'infection concerne les jeunes de moins de 25 ans. Il est à noter que 54,7% des femmes enceintes séropositives sont âgées de 15 à 24 ans³⁸.

Chez les adolescents et jeunes de 15 à 24 ans, la connaissance sur l'infection VIH est relativement faible quel que soit le type de jeunes³⁹. En 2012, seulement 27,4% des jeunes connaissent les moyens de prévention et 16,3% rejettent les idées fausses sur l'infection VIH. Seulement 3 adolescents et jeunes sur 10 (29,5%) utilisent de manière systématique le préservatif au cours des rapports sexuels à risque. Une proportion de 15,7% des jeunes ont fait le test VIH et ont retiré le résultat.

Les nouveaux cas d'infection VIH se concentrent au niveau des jeunes âgés de 20 à 29 ans et ce taux est deux fois plus élevé chez les filles.

La prévalence du VIH chez les jeunes femmes est de 0,1% et 0,2% chez les jeunes hommes⁴⁰. La prévalence nationale du VIH est à 14,9% chez les hommes ayant des rapports sexuelles avec les hommes (HSH)⁴¹ et 8,5% chez les utilisateurs des drogues injectables⁴² (UDI). Par ailleurs, la prévalence du VIH chez les professionnelles de sexe (PS) est de 5,5%⁴³.

Le nombre de jeunes de 15-24 ans vivant avec le VIH était estimé en fin 2011 à 6 590 dont 2 950 jeunes-hommes et 3 640 jeunes-femmes⁴⁴.

³⁷ ESCB, 2012

³⁸ ENS.OMD 2012-2013

³⁶ PSN 2018-2022

⁴⁰ ONUSIDA Fiches pays MADAGASCAR 2017

⁴¹ Etude de surveillance biologique et comportementale chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, Année 2014

⁴² Rapport préliminaire de l'Etude de surveillance biologique et comportementale chez les consommateurs de drogue injectable, 2016

⁴³ Rapport préliminaire de l'Etude de surveillance comportementale et biologique chez les professionnelles de sexe, 2016

⁴⁴ Plan stratégique national de réponse aux infections sexuellement transmissibles et au SIDA à Madagascar 2013-2017

➤ **Nutrition**

Les besoins nutritionnels des adolescents et des jeunes sont plus élevés. La nutrition a un impact profond sur la santé actuelle et future des adolescents (âgés de 10 à 19 ans) d'où l'importance des pratiques alimentaires saines pendant l'adolescence.

L'état de pauvreté manifeste de la population fait que la majorité des adolescents sont sous alimentés⁴⁵:

- 28,3% des filles de 15-19 ans sont maigres, IMC < 15.5kg/m² (norme 19-25kg/m²) ;
- 12,5% des filles de 15-19 ans ont une petite taille (<145 cm) ;
- 35.1% des filles et 40% des garçons de 15 -19 ans sont anémiques.

Cependant, 30% seulement des adolescentes sont supplémentées en Fer-Acide Folique (FAF) en milieu scolaire et au niveau communautaire⁴⁶.

Ce mauvais état nutritionnel de départ handicape le développement de la future mère.

➤ **Tabac et Toxicomanies**

Parmi les maladies non transmissibles 50% sont dues au tabagisme⁴⁷, dont les jeunes sont fortement habitués. Selon l'OMS, le tabac représente un facteur de risque commun aux quatre principaux groupes de maladies non-transmissibles (cancer, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques et le diabète) et tue près de 6 millions de personnes chaque année, chiffre qui est appelé à augmenter et pourrait atteindre plus de 8 millions de décès chaque année d'ici à 2030.

Le tabac tue la moitié de ses consommateurs qui sont surtout des jeunes, ce qui peut nuire fortement au développement. Etant un pilier du développement, la dépendance au tabac et aux substances psychoactives chez les jeunes aura un impact sur leur santé et sera ainsi un handicap au développement socio-économique du pays.

Actuellement, à Madagascar⁴⁸ :

- 11,3% des élèves dont 16,7% des garçons et 6,8% des filles utilisaient des produits du tabac ;
- 10,1% des élèves dont 16,5% des garçons et 4,9% des filles fumaient du tabac ;
- 8,9% des élèves dont 15,0% des garçons et 4,1% des filles fumaient des cigarettes ;
- 1,6% des élèves dont 1,1% des garçons et 2,0% des filles utilisaient du tabac sans fumée ;
- 59,6% des fumeurs de cigarettes actuels ont acheté des cigarettes dans une épicerie, un marchand ambulant ou un kiosque ;
- environ 72 % des fumeurs de cigarettes ayant essayé d'en acheter n'ont pas été empêché en raison de leur âge.

⁴⁵ EDS IV 2008-2009q

⁴⁶PNAN III, effectués en 2017

⁴⁷OFNALAT

⁴⁸ Enquête GYTS (Global Youth Tobacco Survey) de l'OMS auprès des élèves de 13 à 15 ans en 2018

➤ **Santé mentale**⁴⁹

Les problèmes de santé mentale chez les adolescents et jeunes peuvent se manifester par des comportements et d'un ensemble de signes. Ces problèmes sont de plus en plus une préoccupation majeure en matière de santé publique. Dix (10) à 20 % d'adolescents dans le monde sont affectés par les problèmes de santé mentale. La dépression est la première cause de maladie et d'invalidité chez les adolescents et jeunes. Le suicide qui est une conséquence du trouble de comportement se classe au troisième rang parmi les causes de décès. Des études ont montré que la moitié des individus qui développent des troubles mentaux ont eu leurs premiers symptômes à l'adolescence. Chez les adolescents, les problèmes de santé mentale non traités ont de multiples conséquences comme la baisse des résultats scolaires, le chômage, la dépendance aux produits stupéfiants, les comportements à risque notamment la criminalité, l'automutilation, voire même le suicide – autant de facteurs qui accroissent les risques de mortalité. L'automutilation et le suicide sont classés au troisième rang de causes de décès chez les adolescents et jeunes.

Au niveau national, 2607 jeunes présentant des troubles mentaux ont été vus en consultation externe au niveau des formations sanitaires. Trois cent quatre-vingt-onze (391) cas d'hospitalisation et 12 décès ont été enregistrés⁵⁰.

➤ **Accident de circulation**⁵¹

Près de la moitié des personnes tuées sur les routes sont des « usagers vulnérables » (piétons, cyclistes et motocyclistes). Les accidents de la route sont la première cause de décès chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans.

Dès leur jeune âge, les hommes risquent davantage que les femmes d'être impliqués dans un accident de la route (73%). Chez les jeunes conducteurs, les jeunes hommes de moins de 25 ans encourent près de 3 fois plus de risques d'être tués dans un accident de voiture que les jeunes femmes.

Les facteurs de risque sont : (i) l'excès de vitesse ; (ii) la conduite à l'état d'ivresse ; (iii) la conduite en état d'ébriété ou sous l'influence de substances psychoactives ; (iv) ne pas porter de casque pour les motocyclistes ; (v) ne pas mettre la ceinture de sécurité et ne pas utiliser de dispositifs de sécurité ; (vi) distraction au volant : usage de téléphone au volant ; (viii) ignorance/insuffisance de l'application du code de la route. Au niveau des CHD, 1045 jeunes de 15 à 24 ans ont été vus en consultation externe et 270 cas d'hospitalisation et 4 décès ont été enregistrés⁵².

2. Principaux déterminants de la santé des adolescents et des jeunes

2.1. Causes liées à l'individu

⁴⁹ Manuel de formation des Agents de santé – 2018

⁵⁰ Annuaire des statistiques sanitaires 2016

⁵¹ Principaux repères sur les accidents de la route. OMS, déc. 2018.

⁵² Annuaire des statistiques sanitaires 2016

Certains jeunes adoptent des comportements à risque pouvant engendrer des impacts négatifs comme l'utilisation des substances psychoactives, le viol, le harcèlement sexuel, la prise de risque sexuel, les violences. Ces comportements à risques peuvent mettre en danger leur vie.

2.2. Causes liées à l'environnement

L'environnement où vivent les adolescents et les jeunes demeure non favorable à leur santé. Selon l'ENSOMD 2012-2013, les facteurs suivants sont les plus marquants :

Sur le plan Socio- culturel :

- des pratiques traditionnelles entraînant des risques d'exploitation sexuelle ou de prostitution comme : l'offre d'une case aux jeunes filles pour une liberté sexuelle ;le tsenan'ampela⁵³ ; le moletry⁵⁴ ;
- le proxénétisme, pratique courante mais interdit par la loi ;
- le manque d'occupations ou de loisirs et l'influence négative des pairs entraînant facilement les adolescents et jeunes à la consommation de substances psycho actives (alcool, tabac, cannabis, etc.) et même aux différentes infractions ;
- Les nouvelles technologies avec l'influence des réseaux sociaux (Facebook, twitter...) et l'internet sont comme des épées à double tranchant pour l'éducation des adolescents et les jeunes : elles offrent d'immenses opportunités, mais créent aussi des terribles menaces et défis à lever pour l'éducation.

Sur le plan Economique :

Les adolescents et les jeunes malagasy, potentiels pour le développement du pays, sont confrontés à :

- un chômage avec un taux très élevé de l'ordre de 50%⁵⁵;
- une inadéquation de la formation à l'emploi, de 6 jeunes sur 10⁵⁶ ;
- une pauvreté extrême;

Sur le plan éducatif :

Dans l'ensemble du pays, le niveau d'instruction est très bas, Madagascar figure parmi les pays à fort taux d'analphabétisme, 30% d'adultes et 22% d'enfants⁵⁷ ne savent ni lire ni compter. On note qu'environ 13% des enfants ne s'inscrivent jamais dans une école, le taux moyen de redoublement est de 20% et un taux moyen d'abandon de 16% (22% en première année)⁵⁸ plus marqué chez les filles que chez les garçons. Malgré une amélioration des taux de scolarisation, la majorité d'adolescents et de jeunes ne peuvent pas bénéficier d'éducation de base de qualité.

*53*Se traduit par "Marché des filles", se tenant en parallèle au marché des zébus où les adolescents vont au marché de bétail local, soit de leur propre gré ou envoyées par leurs parents pour être "achetées" pour passer la nuit avec un riche.

54 Mariage basé sur le marchandage

*55*OIT

56 Enquête sur la transition de jeunes vers l'emploi, OIT, 2014

57 MEN, 07/09/2017

58 Plan sectoriel de l'Education (2018-2022) page15

2.3. Causes liées à l'accessibilité :

L'insuffisance d'éducation sexuelle complète (éducation des parents ...), d'informations sur la santé et sur les services adaptés aux jeunes rendent difficile l'accès des jeunes aux informations et aux services répondant à leurs besoins. Ceci constitue l'une des causes majeures de blocage de leur épanouissement. Selon ENSOMD, 79,6% n'ont reçu aucun message de PF et 18,2% n'ont jamais entendu parler de méthodes modernes de contraception⁵⁹ au cours des trois derniers mois précédant une enquête.

2.4. Causes liées aux systèmes existants

Les jeunes sont les premières victimes de l'inadéquation entre l'éducation et l'offre d'emploi et l'insuffisance d'orientation et de formations professionnelles. Ils sont les plus affectés par le sous-emploi et la crise d'emploi dont 50% sont au chômage⁶⁰. Le manque de qualification lors de la première embauche constitue un blocage pour les candidatures jeunes.

Les environnements politico juridico financiers ne sont pas favorables au développement des adolescents et jeunes. L'insuffisance d'engagement de prise en charge des leaders, la faiblesse de contrôle au niveau des frontières, sont tout autant des facteurs exposant les adolescents et les jeunes aux trafics de stupéfiants, traite de personnes, tourisme sexuel...

3. La place de la Santé des Adolescents et des Jeunes dans le Système de santé

3.1. Organisation du système de santé

La santé des adolescents et des jeunes est prise en compte à tous les niveaux du système :

- existence d'un Service de la Santé de Reproduction des Adolescents (SSRA) sous la Direction de la Santé Familiale au niveau central, mais englobe aussi toutes les questions de santé des adolescents et des jeunes.
- au niveau régional et du district, représenté par un point focal respectif de la santé des adolescents et jeunes,
- la prise en charge des problèmes de santé des adolescents et jeunes dans tous les centres de santé de base,

Parallèlement un comité de coordination en SAJ à tous les niveaux est mise en place :

- Le niveau central chargé de la coordination générale du secteur santé, des orientations politiques et stratégiques, de la définition des normes et standards.
- Le niveau régional, ayant pour mission la planification, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des programmes de la SAJ au niveau des régions et districts sanitaires.
- Le niveau périphérique chargé de coordonner et d'appuyer l'offre de services en SR au niveau des formations sanitaires de base servant de première référence.

⁵⁹ ENSOMD 2012-2013, INSTAT

⁶⁰ EDSMD 2008-2009

- Le niveau communautaire contribuant à la promotion de la santé (existence de pairs éducateurs, d'agents communautaires), au fonctionnement des structures sanitaires de base ainsi qu'à la référence de cas vers les formations sanitaires de base d'une part, et à certaines prestations de service autorisées (PF 4 méthodes, Planning Familial injectables) d'autre part.

3.2. Organisation du système de soins

Il n'existe pas de structures spécialisées, mais les problèmes de santé des adolescents et jeunes sont traités en intégré dans les services spécialisés selon le type de maladies. L'organisation des soins fait appel à trois échelons :

a/Le premier échelon au niveau communautaire constitue la porte d'entrée des usagers dans le système de soins. Par le biais de formations sanitaires de base : les centres de santé de base (CSB) niveau 1 et 2 offrant le paquet minimum d'activités (PMA) et assurant les activités en stratégie avancée. Tous les centres de santé de base prennent en charge les problèmes des adolescents et jeunes, bien que 236 formations sanitaires sur les 2 647 sont seulement des CSB Amis des Jeunes, dont 207 publics, et 29 sur 859 formations sanitaires privées (706 cabinets médicaux, dentisterie, centres d'accouchement)⁶¹, dont le SONUB est de 39 et le SONUC est de 21 pour l'année 2017⁶². La stratégie de santé communautaire pour les adolescents et les jeunes dont le principal objectif est d'améliorer l'état de santé surtout des groupes vulnérables est mise en œuvre.

b/ Le deuxième échelon constitué par les Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD) avec ou sans chirurgie assure le paquet complémentaire d'activités (PCA) représente les hôpitaux de 1er recours ou de 1er niveau de référence.

c/ Le troisième échelon formé par les centres hospitaliers de référence régional (CHRR) et les centres hospitalo-universitaires (CHU) : ce sont les hôpitaux de 2ème recours ou de 2ème référence.

3.3. Les piliers du système de santé

Parmi les six piliers de la santé : (i) Infrastructure et environnement, (ii) prestation de service, (iii) Système d'information sanitaire et activité communautaire, (iv) ressources humaines, (v) Financement, (vi) Intrants.

1. Ressources humaines :

Les ressources humaines (RH) constituent un pilier déterminant majeur de la performance du système de santé, car il influe à la fois sur l'effectivité de l'offre de service et sur la qualité des soins de santé.

Le Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS 2015-2019) englobe toutes les catégories de personnels de santé, mais un déficit important persiste. Les

⁶¹Rapport trimestriel du SLMDP/DDS, septembre 2018

⁶² Rapport monitoring 2016-2017

médecins représentent 26,03% des agents fonctionnaires du MSANP, 37,90% de paramédicaux, 16,55% d'agents administratifs et 19,56% de personnel d'appui en 2015. Il y a une répartition géographique déséquilibrée des ressources humaines au détriment des zones périphériques dont les régions rurales, avec une proportion écrasante de médecins (72 %) dans les centres urbains et couvre de manière disproportionnée une petite proportion de la population (21 %)⁶³.

2. Financement :

Une forte centralisation budgétaire a été constatée dans la répartition du budget de l'Etat d'après la Loi des Finances 2017. La part du budget national allouée à la santé stagne autour de 7,5% du budget national (la moitié du 15% de la déclaration d'Abuja). Toutefois, des partenaires techniques et financières contribuent à la santé des adolescents : OMS, UNICEF, USAID, UNFPA, BM, UNESCO, PAM, MDM, pour l'achat des intrants et des consommables, et en majeure partie pour l'achat des produits en Maternité Sans Risque. La mise en place de la facilité d'accès aux soins à moindre coût à travers la CNSS (Caisse Nationale de Solidarité pour la Santé) est en cours.

3. Intrants :

Le MNSANP dispose d'une Politique Nationale Pharmaceutique (2012-2016) laquelle constitue l'actuelle référence assurant la disponibilité à toute la population malagasy des médicaments essentiels, de bonne qualité, en bonne quantité, à prix abordable, au bon moment, et au bon endroit de la chaîne de distribution logistique. La sélection des produits repose sur la Liste Nationale de Médicaments Essentiels et Intrants de Santé qui est mise à jour actuellement.

Le financement du système de distribution des intrants de santé dans le secteur public comprend schématiquement :

- le système de la participation financière des usagers suivant un système de recouvrement de coûts Fandraisan'anjara no mba entiko ou Fond d'Appui Non-stop en Médicaments (FANOME) ;
- le budget annuel de l'Etat, pour l'achat complémentaire de médicaments essentiels génériques, des médicaments anticancéreux etc,
- l'appui des Partenaires Techniques et Financiers, focalisé en priorité sur les programmes de lutte contre les maladies prioritaires (VIH Sida, paludisme, tuberculose, lèpre), les produits de SAJ et de la santé maternelle et infantile délivrés gratuitement à la population.

II. CADRES DE REFERENCE

La présente politique est élaborée dans le respect de l'application des Conventions internationales que Madagascar a ratifiées et des politiques adoptées posant d'importants jalons en matière de santé des adolescents et des jeunes.

⁶³ Projet « d'élaboration du Plan national de développement des ressources humaines en santé » (PNDRHS) partie 1, page 27

1. Références internationales

Dans l'élaboration de cette politique, Madagascar :

- s'est conformé à la :
 - déclaration universelle des droits de l'homme, 1948.
 - déclaration de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur les Objectifs du Développement Durable (ODD), New York, Septembre 2015.
- a ratifié plusieurs conventions :
 - convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, 1963.
 - convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard de la femme, 1981.
 - convention Internationale des Droits de l'Enfant, 1989.
 - convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, New York 2004.
 - pacte international aux droits civils et politiques signé et ratifié.
 - convention contre la torture et autres peines ou traitement cruel inhumain ou dégradant (signé et ratifié).
 - CIPD 2014 (recommandation internationale 2014).
 - convention cadre des Nations Unies sur le changement climatique.
- s'est souscrit à :
 - la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981 (incluant le droit à l'accès aux services de la SR et le devoir à la PF).
 - la Charte africaine de la jeunesse, 2006.
- s'est référé aux résolutions des différentes conférences internationales :
 - conférence Mondiale sur les Droits de l'Homme, 1968.
 - conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire en 1994.
 - conférence Mondiale de l'Organisation des Nations Unies sur les femmes en 1995 à Pékin (le droit des femmes à la maîtrise de leur fécondité a été reconnu comme un élément essentiel du renforcement de leur pouvoir d'action).
 - conférence Mondiale sur les femmes, Beijing, 1995.
- s'est aligné :
 - au programme d'Action Mondiale pour la Jeunesse, 1995.
 - à l'engagement de Madagascar au partenariat mondial de Planification Familiale FP2020 en Septembre 2015.
 - à la feuille de route de l'Union Africaine sur le dividende démographique, Agenda 20⁶³.

- a signé le Protocole de Maputo sur les Droits des Femmes (Plan d'action élargi de Maputo sur la santé sexuelle et reproductive et les droits y relatifs 2016-2030) mais ne l'a pas encore ratifié.

2. Références nationales

Cette politique nationale s'est référée à la :

- Constitution de la République de Madagascar (art. 21).
- Code Pénal Malagasy.
- Loi n° 97 – 039 du 04 novembre 1997 sur le contrôle des stupéfiants, des substances psychotropes et des précurseurs à Madagascar.
- Loi n°2005-040 du 20/02/2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- Loi n° 2007- 022 du 20 août 2007 relative au mariage et aux régimes matrimoniaux.
- Loi 2007-023 du 20 août 2007 sur les droits et la protection des enfants.
- Loi n. 2007-038 du 14 janvier 2008 modifiant et complétant certaines dispositions du Code pénal sur la lutte contre la traite des personnes et le tourisme sexuel.
- Loi n°2011-002 du 15 juillet 2011 portant Code de la Santé Publique.
- Loi n°2015-038 modifiant et complétant certaines dispositions de la loi n°2004-028 du 09 septembre 2004 portant Politique Nationale de la Jeunesse.
- Loi PF 2017 -043 du 13 Décembre 2017 fixant les règles générales régissant la SR et la PF.

Cette politique est cadrée des différents plans et politiques déjà existants :

- Plan National de Développement (PND) 2015-2019).
- Politique Nationale de la Santé de la Reproduction PNSR, 2000.
- Politique Nationale de Santé des Adolescents et des Jeunes, 2000.
- Politique Nationale de Santé Communautaire, 2009.
- Orientations politiques en Santé de la Reproduction, 2012.
- Politique Nationale de riposte contre le VIH/sida dans le monde du travail, 2013.
- Politique Nationale de Santé réactualisée en 2016.
- Politique Nationale de la Jeunesse (PNJ), 2016.
- Feuille de Route Nationale pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale 2015-2019.
- Plan Sectoriel de l'Education (PSE), 2017.
- Stratégie Nationale de lutte contre le mariage des enfants 2017-2024.
- Séminaire National de l'Enseignement Catholique (SNAEC), Antsirabe 2013.

III. VISION

La présente Politique Nationale se donne comme vision :

« Adolescents et jeunes malagasy sains, responsables et épanouis dans un environnement propice jouissant pleinement de leurs droits ».

IV. PRINCIPES DIRECTEURS

Pour atteindre cette vision, la Politique Nationale va se conformer aux principes directeurs suivant :

1. Equité.

L'accessibilité égale de tous les adolescents et les jeunes aux soins et l'acquisition d'un état de santé optimal sans être défavorisé par sa position sociale ou d'autres attributs sociaux (capacités, âge, culture, ethnie, état matrimonial, genre, langue, race, religion, sexe, condition socioéconomique) sont à prévoir. Cela implique la disponibilité des services de qualité, et efficaces à tous les niveaux.

2. Responsabilisation de tous les acteurs.

L'alignement et la participation pleine de tous les acteurs sont favorisés. Cette politique vise la responsabilisation des communautés dans la recherche des solutions sur les problèmes affectant la santé des adolescents et des jeunes. Elle implique aussi les hauts Responsables de l'Etat sur la décision relative à la priorisation de la politique de financement, de soutien au programme santé, éducation et emploi des jeunes.

3. Intégration.

L'offre de services intégrés de qualité est exigé (promotion, prévention, curatif) respectant la confidentialité, les droits et répondant à leurs besoins. L'intégration de la santé des adolescents dans tous les programmes des services de formation sanitaire ainsi qu'au développement du pays est exigée.

4. Appropriation.

Les adolescents et les jeunes sont des responsables à part entière dans le fonctionnement de la société. Ils doivent être acteurs et associés à toutes les étapes du processus gestionnaire. Pour ce faire, un renforcement de capacités des adolescents et des jeunes ainsi que les acteurs en santé et les enseignants est nécessaire. Des propositions concrètes seront développées dans le document stratégique.

5. Décentralisation.

La Politique s'applique à tous les niveaux des services déconcentrés. Elle implique la participation effective des structures décentralisées qui ont chacune des missions bien spécifiques.

6. Multisectorialité.

L'implication de la participation effective de tous les secteurs est à promouvoir. Leur collaboration sera basée sur la complémentarité des interventions.

7. Partenariat.

Le développement du partenariat aussi bien national qu'international est préconisé. Le partenariat intégrera les volets techniques et financiers à tous les niveaux.

8. Redevabilité.

Le mécanisme de redevabilité sociale joue un rôle déterminant pour améliorer la prestation de services de qualité répondant aux besoins des adolescents et des jeunes. Cette politique préconise la mise en place d'un système permettant de rendre compte des réalisations à toutes les parties prenantes.

V. OBJECTIFS

1. Objectif général.

Contribuer à l'amélioration du bien-être physique, mental et social des adolescents et des jeunes afin de leur permettre de s'épanouir et d'adopter des comportements responsables.

2. Objectifs spécifiques.

- Améliorer l'environnement politique, institutionnel, socioculturel et programmatique du développement des activités en santé des adolescents et des jeunes à Madagascar ;
- Améliorer les connaissances et les compétences des adolescents et des jeunes, parents, acteurs communautaires, leaders (traditionnels, religieux, politiques et autres), ainsi que les prestataires de service en matière de santé des adolescents et des jeunes ;
- Accroître la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services de santé de qualité en faveur des adolescents et des jeunes ;
- Amener les adolescents et les jeunes à adopter des comportements sains et responsables ;
- Renforcer la coordination, le suivi-évaluation et la documentation des interventions harmonisées en matière de santé des adolescents et des jeunes ;
- Encourager les recherches.

VI. AXES STRATEGIQUES

1. Plaidoyer et communication pour le développement

1.1.Plaidoyer

La stratégie du plaidoyer comportera des approches et des actions concrètes :

- Plaidoyer et dialogue politique auprès du Gouvernement, et des autres décideurs (Assemblée Nationale, Senat), Partenaires Techniques et Financiers, ONG, Société Civile, Secteur Privé, Leaders Communautaires et Religieux ;
- Considération de la santé des adolescents et des jeunes dans les secteurs en charge

- (Finances et budget, Justice, Brigade des mœurs, Education, EAH, Environnement, Jeunesse et Sport, Population, Travail, Communication, Economie et plan, Défense) ;
- Elargissement de la portée des services de santé des adolescents et des jeunes, et augmentation de l'allocation budgétaire auprès du Ministère des finances et du budget pour la mise en œuvre des activités relatives à la santé des adolescents et des jeunes (création de PIP⁶⁴ pour les services en charge de la santé des adolescents et des jeunes) ;
- Renforcement de la collaboration avec les partenaires techniques et financiers ;
- Développement du partenaire public et privé ;
- Vulgarisation des textes en faveur de la santé des adolescents et jeunes ;
- Ratification du protocole de Maputo et sa mise en application ;
- Mise en application du PF2020.

1.2. Communication

Il est indispensable de partager des informations sur la santé des adolescents et des jeunes. La Communication pour le Développement vise à promouvoir le changement social de comportement, dans le but de favoriser l'amélioration de la santé des adolescents et des jeunes.

Plusieurs approches stratégiques de communication sont préconisées :

- le changement social et comportemental (CCSC) ;
- l'éducation par les pairs ;
- l'utilisation appropriée des média et autres canaux de communication et l'usage d'informations spécifiques et pertinentes pour inciter les adolescents et les jeunes à adopter des comportements sains ;
- l'information des éducateurs, des leaders d'opinion, des chefs traditionnels dans la communauté en vue de favoriser la santé et le développement social ;
- la sensibilisation des parents et le dialogue communautaire pour la résolution des problèmes des Adolescents et des Jeunes ;
- l'implication des Adolescents et des Jeunes dès la conception jusqu'à la production et l'utilisation des matériels de sensibilisation.

2. Accès facile aux services des adolescents et des jeunes.

La politique prévoit l'amélioration de l'accès aux services à travers :

- la disponibilité de l'offre de services de qualité en santé des adolescents et des jeunes, adaptés à leurs besoins : accessibles, acceptables, abordables, équitables, adéquats, efficaces et pérennes ;
- l'augmentation de l'utilisation des services sera renforcée par le biais de la stimulation de la demande ;

⁶⁴ PIP : Programme d'Investissement Public

- la disponibilité et la diffusion des informations sur les offres de service en santé des adolescents et des jeunes ;
- l'application des lois en vigueur concernant les droits en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes ;
- la non discrimination et la non stigmatisation envers les adolescents et les jeunes.

3. Acteurs pour le changement et la mobilisation pour la sante des adolescents et des jeunes.

L'éducation et la formation ont un rôle majeur dans les changements de comportement des acteurs

3.1. Les acteurs

Plusieurs acteurs sont concernés dans l'amélioration de l'accès des adolescents et des jeunes aux services de santé.

Les Ministères en charge de :

- la santé ;
- l'éducation nationale ;
- l'enseignement technique ;
- l'enseignement supérieur ;
- la jeunesse et sport ;
- la population, la protection sociale et la promotion de la femme ;
- la culture ;
- la justice ;
- la sécurité ;
- la communication et des relations avec les institutions ;
- les finances et du budget ;
- l'économie et du plan ;
- la défense nationale ;
- la gendarmerie ;
- la fonction publique ;
- le tourisme ;
- l'agriculture ;
- autres.

Les autres acteurs : adolescents et jeunes, pairs éducateurs, parents, enseignants, journalistes, agents de santé, agents communautaires, leaders communautaires, autorités, locales, ONG, secteur privé, société civile, autres institutions.

3.2. Renforcement de capacités des acteurs.

3.2.1. Les objectifs du renforcement de capacité des acteurs.

Ils permettront aux adolescents et aux jeunes d'acquérir une estime de soi, une confiance en leur compétence, une ouverture vers d'autres horizons, et une aptitude à jouer un rôle au sein de la famille et de la communauté.

3.2.2. Les actions viseront à :

- faciliter les possibilités d'éducation de base pour les jeunes particulièrement les filles ;
- former les adolescents et les jeunes en compétences à la vie ;
- renforcer les capacités des acteurs en santé des adolescents et des jeunes en matière d'information, communication, éducation et suivi ;
- assurer un suivi adéquat des personnes formées comme conseillers ;
- vulgariser les écoles des parents, les coins jeunes et les centres de santé amis des jeunes les maisons des jeunes et les espaces jeunes;
- mettre à l'échelle le programme de l'éducation à la vie et à l'harmonie et former les professionnels (enseignants) en charge de mettre ce programme en place ;
- intégrer la Santé des Adolescents et des Jeunes dans les programmes de formations initiales et continues des agents de santé ;
- former les adolescents et les jeunes en milieu scolaire et dans la communauté sur les techniques de conseils en vue d'une éducation par leurs pairs.

3.2.3. Thèmes de formation

Ils concerneront la promotion de la santé, la réduction des comportements à risque, la prévention des infections, l'accès aux services de santé, la communication pour le changement de comportement, le suivi et évaluation.

Les renforcements de capacité se feront en cascade allant du niveau central au niveau communautaire.

3.2.4. Documents et supports

Les documents et supports prennent en compte la problématique de la santé des adolescents et des jeunes. Les documents ci- après sont disponibles pour la formation et les références :

- la politique nationale de santé des adolescents et des jeunes ;
- le document de plan stratégique national en santé de la reproduction des adolescents et des jeunes ;
- le plan de mise en œuvre budgétisé ;

- le manuel de formation en santé des adolescents et des jeunes ;
- les normes et procédures en santé de la reproduction ;
- le curriculum de formation en santé des adolescents ;
- la loi sr-pf 2017-043;
- le guide AA-HA ;
- le cadre d'investissement en SRMNIA- N ;
- le plan stratégique VIH/Sida ;
- la politique nationale de santé de l'enfant ;
- le PNAN III ;
- la politique nationale de la jeunesse ;

Il est à préciser que la liste n'est pas exhaustive.

3.2.5. Canaux

Tous les canaux de communication peuvent être utilisés, à savoir les supports audio-visuels et de communication, le média, l'internet.

3.2.6. Structures

Toutes les structures en contact avec les jeunes et adolescents seront utilisées, telles que :

- les centres de santé amis des jeunes ;
- les centres de santé de base en contact avec les jeunes ;
- les centres des jeunes (maisons des jeunes, espaces jeunes);
- les coins jeunes dans les établissements scolaires ;
- autres.

4. Gouvernance transparente et coordination multisectorielle.

4.1. Gouvernance

La gouvernance est sous le leadership du Ministère de la Santé et inclut les domaines suivants :

- la capacité de coordonner ;
- la transparence ;
- la gestion rationnelle des ressources, logistiques, financières et humaines ;
- l'obligation de résultat et la redevabilité.

4.2. Comités de coordination

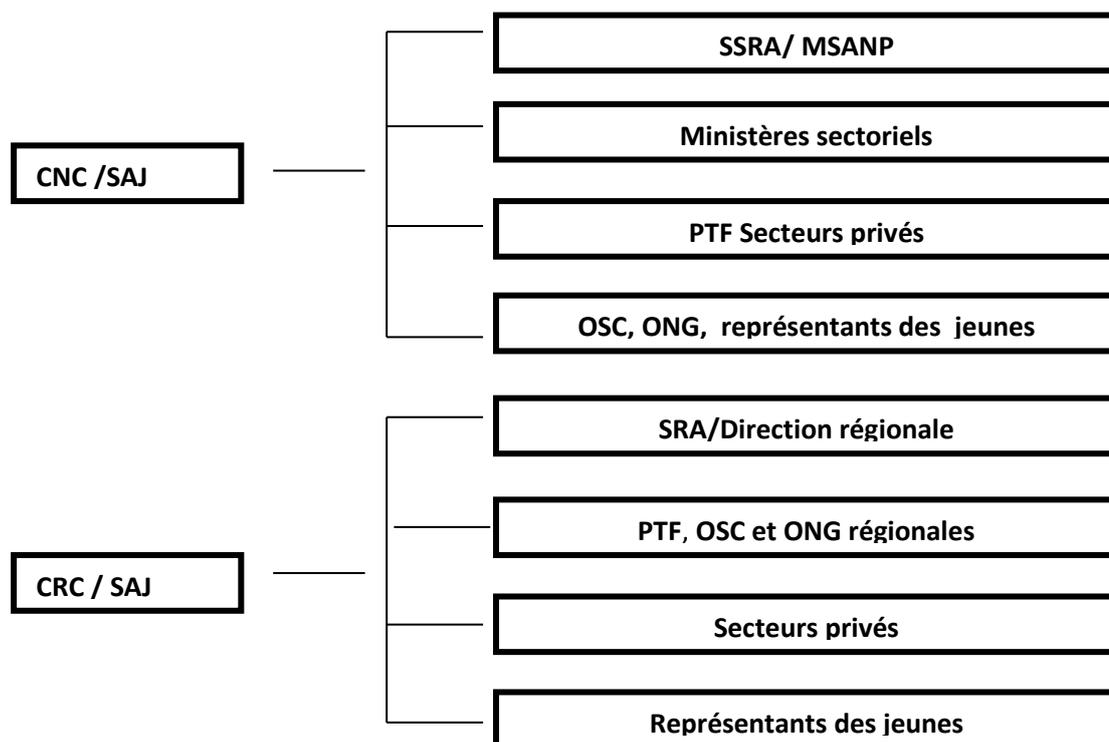
Pour avoir un plus grand impact des actions en faveur des adolescents et des jeunes, il faudrait :

- redynamiser le comité de coordination nationale ;
- mettre en place les comités régionaux de coordination en santé des adolescents et des jeunes ;

- que le ministère en charge de la santé dirige la mise en œuvre avec la participation de tous les partenaires œuvrant pour la santé des adolescents et des jeunes, ainsi que les organisations de la jeunesse.

Ces comités de coordination auront pour rôle de :

- coordonner toutes les activités en santé des adolescents et des jeunes ;
- suivre les activités de chaque intervenant, de participer à la validation normative des supports IEC et des documents de formation ;
- assurer la bonne gouvernance des ressources logistiques, financières et humaines.



**Au niveau national : le Comité national de coordination (CNC/SAJ)*

**Au niveau régional : le comité régional de coordination (CRC/SAJ)*

5. Partenariat.

Le partenariat est un axe incontournable car la Politique de Santé des Adolescents et des Jeunes implique les différents secteurs et d'autres intervenants.

5.1. Domaine technique

Dans le domaine technique, le partenariat est développé à travers :

- l'élaboration de cadre juridique (ministère de la santé publique, ministère de la justice, ministère du tourisme, parlement, primature, secteur privé etc) ;
- l'élaboration du programme d'enseignement (conception des thématiques portant sur l'éducation sexuelle complète, ministère de l'éducation nationale) ;
- la sensibilisation, la communication, l'éducation (ministère en charge de la communication, ministère de l'éducation nationale, ministère de la jeunesse et des sports, ministère de la

- population, ministère de la justice, associations des jeunes, agents communautaires, paires éducateurs, organisation non gouvernementale, collectivités territoriales décentralisées etc) ;
- l'amélioration de l'implication des collectivités territoriales décentralisées, autorités politico-administratives religieuses et traditionnelles, opérateurs économiques locaux, forces de l'ordre ;
- l'amélioration des infrastructures et dotations d'équipements favorables à l'accueil des adolescents et des jeunes aux centres de santé amis des jeunes (organisations non gouvernementales, associations, partenaires techniques et financiers) ;
- la formalisation du partenariat par la réalisation de contractualisation (ex : renforcement en effectif du personnel...) ;
- l'implication du corps des professeurs universitaires dans le renforcement de leur capacité en santé des adolescents et des jeunes ;
- les appuis des institutions internationales à travers l'élaboration de documents cadres, le renforcement de capacité des intervenants en matière de santé des adolescents et des jeunes.

Le partenariat devrait être « gagnant-gagnant », c'est-à-dire, les autres secteurs (économique, sociale et culturelle etc) investissent dans la santé des adolescents et les adolescents en bonne santé contribuent dans le développement de ces secteurs.

5.2. Domaine de financement

Dans le domaine de financement, l'état devrait allouer un budget en faveur du Programme de Santé des Adolescents et des Jeunes (Ministère des Finances et du Budget, Etat Malagasy). La recherche et le renouvellement de financements internationaux (Agences des Nations-Unies, Organisations Internationales, Agences de coopération pour le développement, Partenaires bilatéraux et multilatéraux ...) sont obtenus grâce au partenariat.

6. Recherches et amélioration des informations en santé des adolescents et des jeunes.

Cet axe stratégique « recherches » est défini afin de pallier à la quasi-inexistence de données et indicateurs relatifs à la santé des adolescents et des jeunes. Plusieurs études sont nécessaires et feront l'objet de recherches :

- étude sur l'évaluation des impacts des approches réalisées sur le plan national (approche par les pairs ou autres) et aussi dans le domaine anthropologique (identification des besoins, des comportements, des différents déterminants sur la santé des adolescents et des jeunes, institutionnel, économique afin de trouver des solutions adéquates à leurs problèmes de santé) ;
- étude des aspects socioculturels : réserve des autorités religieuses, des parents ;

- étude épidémiologique sur les infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et les jeunes ;
- étude des goulots d'étranglement de l'accès des adolescents et des jeunes à la planification familiale ;
- étude des facteurs de vulnérabilité des adolescents et des jeunes ;
- étude des facteurs favorisant la sexualité précoce ;
- étude des facteurs favorisant la grossesse précoce.

Les résultats de ces études et recherches seront diffusés et serviront de base pour la réactualisation de programmes visant à améliorer la santé des adolescents et des jeunes.

VII. CADRES DE MISE EN ŒUVRE

1. Rôles du Ministère en charge de la Santé

1.1. Niveau central

Le niveau central a un rôle stratégique ; il est chargé d'une manière générale de :

- la conception des documents de politique nationale et stratégiques, des normes et procédures et des documents de formation ;
- la réactualisation des textes législatifs en faveur des adolescents, si besoin ;
- la coordination et la mise en œuvre des activités par les partenaires ;
- le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des parties prenantes (gouvernement, ONG, société civile et partenaires) ;
- la mise en œuvre de la politique nationale de santé des adolescents et des jeunes par le service santé de la reproduction des adolescents et jeunes ;
- la coordination générale assurée par le comité national de la coordination qui se réunit semestriellement; présidée par le secrétaire général du ministère en charge de la santé.

1.2. Niveau régional

Déclinaison régionale du comité national de santé des adolescents et des jeunes, le comité régional a un rôle tactique de coordination et d'appui technique aux services déconcentrés, mettant en œuvre la politique de santé des adolescents et des jeunes au niveau de la région et district sanitaire de couverture. Il est dirigé par le Directeur Régional de la Santé.

1.3. Niveau périphérique

Mise en œuvre de la politique et des orientations stratégiques.

a. Niveau district

Le niveau district est en charge de l'application de la politique nationale au niveau des formations sanitaires.

b. Niveau formation sanitaire et communautaire.

Le niveau formation sanitaire et communautaire est en charge de :

- la mise en œuvre des activités et des soins de qualité en matière de Santé des Adolescents et des Jeunes ;
- l'appropriation des activités en Santé des Adolescents et des Jeunes ;
- l'orientation des Adolescents et des Jeunes vers les services de santé des Adolescents et des Jeunes.

2. Rôles des autres secteurs ministériels, Parlement, Autorités religieuses et traditionnelles, Partenaires, secteur privé, Société civile, Adolescents et Jeunes, Communauté.

2.1 . Les autres secteurs ministériels

- Les Ministères en charge de l'éducation Nationale / de la Formation Technique et Professionnelle / Enseignement Supérieur auront pour rôle de :
 - institutionnaliser le programme d'éducation sexuelle complète et l'éducation parentale dans les établissements d'enseignement ;
 - intégrer les activités/programmes en santé des adolescents et des jeunes dans les établissements d'enseignements publics et privés ;
 - redynamiser les infirmeries scolaires ou médecine préventive ;
 - mettre à l'échelle des structures d'assistance et réseaux des jeunes.
- Le Ministère en charge de la Jeunesse et du Sport aura pour rôle de :
 - intégrer la santé des adolescents et des jeunes dans les directions techniques, structures d'encadrement ;
 - harmoniser les activités en Santé des Adolescents et des Jeunes dans les réseaux des jeunes ;
 - assurer la promotion communautaire (événements avec les adolescents et les jeunes, sensibilisation lors des diverses rencontres des adolescents et jeunes...).
- Les Ministères en charge de la défense et de la sécurité publique auront pour rôle de :
 - intégrer la Santé des Adolescents et des Jeunes dans les écoles nationales des différentes forces de l'ordre ;
 - intégrer la prise en charge adaptée à la Santé des Adolescents et des Jeunes dans les prestations des forces de l'ordre et leurs centres de santé.
- Le Ministère de la justice est chargé de :
 - vulgariser les textes en vigueur ;

- garantir l'application de la loi.

- L'Administration pénitentiaire est acteur dans l'assurance de l'éducation surveillée des mineurs, dans la mise en œuvre d'une politique à la préparation à la réinsertion sociale, et dans la lutte contre la surpopulation carcérale.
- Le Ministère en charge de la Communication/ Eau et Assainissement/ Tourisme a pour rôle de :
 - mener des Activités de Communication pour le Changement Social et Comportemental de qualité en Santé des Adolescents et des Jeunes à travers les mass media et réseaux sociaux ;
 - réaliser un forum de discussion ciblant la population (numérique et autre) ;
 - assurer l'Intégration des activités/messages de Santé des Adolescents et des Jeunes dans les prestations de tous les secteurs.
- Le Ministère chargé du Plan et de l'Economie Finance et budget a pour rôle d'assurer :
 - le renforcement du budget alloué pour le programme en santé des adolescents et des jeunes ;
 - la priorisation de la santé des adolescents et des jeunes dans les documents de planification et Suivi-Evaluation.
- Les Ministères en charge de la Population/ des Cultures/ Travail ont pour rôle de mener :
 - la sensibilisation de masse et communautaire ;
 - les activités de Santé des Adolescents et des Jeunes auprès des groupes vulnérables ou marginalisés (filles mères, orphelins, en situation d'urgence, adolescents et jeunes de la rue, migrants, victimes de la traite, jeunes travailleurs, victimes de violence basée sur le genre, en situation d'handicap dans les centres d'accueil...);
 - la promotion d'emplois décents pour les jeunes.

2.2 . Le Parlement

Il veille au respect et à la promotion des lois favorables à la santé des adolescents et des jeunes.

2.3 . Les Autorités Religieuses et Traditionnelles

Ils assurent la promotion du comportement responsable et des valeurs morales en faveur de la Santé des Adolescents et des Jeunes.

2.4 . Les Partenaires Techniques et Financiers

Ils ont pour rôle de :

- partager les directives de politique et stratégie mondiale en matière de santé des adolescents et des jeunes ;

- contribuer à l'élaboration des supports et à la mobilisation des ressources pour la Santé des Adolescents et des Jeunes ;
- appuyer l'application des directives des politiques mondiales en matière de santé des adolescents et des jeunes.

2.5 . Le Secteur Privé

Il a pour rôle d'assurer :

- l'intégration de la santé des adolescents et des jeunes dans leurs activités ;
- l'engagement dans la promotion et activités en santé des adolescents et des jeunes ;
- les prestations et promotion en santé des adolescents et des jeunes dans les organisations sanitaires interentreprises.

2.6 . L'Organisation de la Société Civile (OSC)

Elle a pour rôle de :

- contribuer à la promotion, au plaidoyer, à la prestation et aux supports techniques en santé des adolescents et des jeunes ;
- veiller au respect de la politique de santé des adolescents et des jeunes.

2.7 . Les Adolescents et Jeunes, Organisations et Mouvements de jeunesse

Ils auront pour rôle d'assurer :

- la participation au processus de la politique de la santé des adolescents et des jeunes, l'implication dans le processus de planification, suivi évaluation des services de santé ;
- la défense de leurs droits relatifs à la santé des adolescents et des jeunes ;
- la contribution à la promotion de la politique de la santé des adolescents et des jeunes en tant que pairs éducateurs ou agents communautaires.

2.8 . La Communauté

Elle aura pour rôle d'assurer:

- le respect et l'application de la politique de la santé des adolescents et des jeunes ;
- l'encouragement de bonnes pratiques de la politique de la santé des adolescents et des jeunes.

3. Directives de mise en œuvre :

Toutes les parties prenantes sont dans le devoir de :

- Vulgariser des textes en vigueur sur la santé des adolescents et des jeunes ;
- intégrer des activités/messages de santé des adolescents et des jeunes dans les prestations de tous les secteurs ;
- intégrer la santé des adolescents et des jeunes dans les politiques de chaque ministère ;
- introduire le plaidoyer auprès des ministères : sur l'application, le suivi et évaluation, et le rapportage en santé des adolescents et des jeunes ;

- respecter la politique nationale de santé des adolescents et des jeunes.

4. Cadres de suivi-évaluation

4.1. Mécanisme de Suivi-évaluation

La réussite de la mise en œuvre de la politique nationale de santé des adolescents et des jeunes dépendra d'un certain nombre de facteurs y compris le dispositif de suivi-évaluation opérationnel à tous les niveaux. Cette politique se déclinera en stratégies triennale ou quinquennale et en plan opérationnel annuel.

4.2. Responsable de Suivi-évaluation

Le comité National de Coordination au niveau central, le comité de pilotage au niveau régional, et le comité de pilotage au niveau du district sont chargés du suivi évaluation, sous le leadership du Ministère en charge de la santé par l'intermédiaire du Service de la Santé de la reproduction des Adolescents. Ils vont se réunir 2 fois par an à chaque niveau.

4.3. Attributions

Le comité national de coordination en Santé des Adolescents et des Jeunes se chargera d'approuver les évaluations ou les recherches opérationnelles en Santé des Adolescents et Jeunes menées par les intervenants dans le cadre de la mise en œuvre de leur mission. Il est le premier à informer de l'intention de l'étude. Il sera amené à donner ses recommandations suivant les besoins du pays et sera destinataire des résultats. Il sera également chargé d'élaborer un canevas de suivi à utiliser pour les activités de promotion à base communautaire ou ciblée, pour servir de référence unique à tout intervenant dans la collecte des données.

CONCLUSION

La présente Politique Nationale de Santé des Adolescents et des Jeunes est l'aboutissement d'un travail inclusif et consensuel de toutes les parties prenantes. Elle vise à répondre aux problèmes de santé des adolescents et des jeunes.

Elle cherche à promouvoir une approche basée sur la collaboration en proposant des orientations stratégiques en termes de plaidoyer et communication, d'un renforcement de l'accès aux services adaptés aux adolescents et jeunes, d'une gouvernance et coordination multisectorielle, d'un partenariat et recherche.

Reconnaissant le faible niveau d'attention accordée généralement à la jeunesse par la société, il est du devoir de l'Etat d'y apporter un correctif en assurant et en protégeant les droits et la santé des adolescents et des jeunes. L'application de cette Politique Nationale de Santé des Adolescents et des Jeunes contribue à diminuer la morbidité et la mortalité dues aux différents problèmes les concernant et à favoriser leur épanouissement tout en les rendant acteurs de leur propre santé pour le développement du pays.