

Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!)

Orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays







Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!)

Orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays



Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!) : orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays [Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation]

ISBN 978-92-4-251234-2

© Organisation mondiale de la Santé 2018

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!) : orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays [Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé dans la République du Congo

Avant-propos

Les adolescents ne sont pas juste des enfants plus âgés ou des jeunes adultes. Cette observation, peut-être pas aussi simple qu'il n'y paraît, est au cœur des orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays de l'Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!). Elle traduit en quelque sorte l'arrivée à maturité du domaine de la santé de l'adolescent dans le cadre mondial de la santé publique.

Les questions de santé propres à l'adolescence ont longtemps été mal comprises, voire ignorées dans certains cas. Aujourd'hui, la situation a évolué et la santé et le développement de l'adolescent font désormais partie intégrante de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) (la Stratégie mondiale) car, pour reprendre la formule du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, « [les adolescents sont] au cœur de tous nos objectifs et jouent un rôle déterminant dans la réalisation du Programme de développement à l'horizon 2030 ».

En matière de santé de l'adolescent, le retour sur investissement est triple : amélioration de la santé pendant l'adolescence, effets par la suite à l'âge adulte et transmission des avantages à la génération suivante. La santé et le bien-être des adolescents sont des moteurs du changement vers des sociétés plus durables et en meilleure santé.

En 2014, le rapport de l'OMS intitulé la Santé pour les adolescents du monde a démontré que les progrès considérables accomplis grâce aux investissements dans les programmes de santé de la mère et de l'enfant seraient remis en cause sans des efforts comparables pour la santé de l'adolescent. Selon les données les plus récentes, on compte chaque jour plus de 3000 décès d'adolescents dus en grande partie à des causes évitables et de nombreux facteurs de risque clés de maladies qui apparaîtront plus tard à l'âge adulte commencent à jouer un rôle ou se renforcent pendant l'adolescence. Or il arrive bien souvent que la santé mentale et le bien-être des adolescents ne retiennent pas l'attention.

Ces orientations représentent un tournant dans l'application de la Stratégie mondiale par des mesures concrètes. Elles offrent une mine d'informations aux décideurs, praticiens, chercheurs, enseignants, donateurs et organisations de la société civile – notamment les données les plus récentes sur les principaux traumatismes et maladies qui touchent les adolescents. Elles permettent d'appuyer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale en fournissant les informations complètes dont les pays ont besoin pour déterminer ce qu'il faut faire pour la santé des adolescents et comment procéder. Elles se fondent sur les efforts en cours pour que les adolescents puissent survivre, s'épanouir et parvenir à transformer les sociétés auxquelles ils appartiennent.

Les orientations offrent cependant beaucoup plus qu'une série de faits et de chiffres et représentent un véritable changement de paradigme dans la façon d'envisager et de planifier la santé des adolescents.

Premièrement, les orientations AA-HA! abordent l'adolescence non seulement du point de vue habituel de la santé publique fondé sur les facteurs de risque et de protection, mais considèrent les adolescents comme de puissants atouts sociaux dont on peut stimuler et renforcer la contribution en les associant et en les faisant participer aux initiatives. Le niveau et la qualité des contributions apportées au présent document par les adolescents et les jeunes, appartenant

notamment à des groupes vulnérables, confèrent une autorité accrue à ces recommandations.

Deuxièmement, l'approche suivie dans les orientations s'écarte radicalement de celle de la programmation traditionnelle concernant la santé des adolescents. Il fallait auparavant trouver des points d'entrée – comme le VIH ou la santé sexuelle et reproductive – pour obtenir des fonds permettant de répondre aux besoins sanitaires plus larges des adolescents. Nous soutenons que le triple retour sur investissement en matière de santé des adolescents suffit pour justifier que ce domaine retienne l'attention et soit doté de ressources pour son propre compte, ce qui n'empêche pas de préconiser parallèlement une approche de « santé de l'adolescent dans toutes les politiques ». À ce titre, les orientations recommandent des mesures clés, à prendre dans des secteurs aussi différents que l'éducation, la protection sociale, l'aménagement urbain et la justice pénale, afin de respecter, de protéger et de défendre le droit des adolescents à la santé.

Troisièmement, on constate de plus en plus que les adolescents sont souvent exposés à des risques disproportionnés en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité – maladies, troubles mentaux, harcèlement, sévices ou viol. On a donc intégré les considérations spécifiques aux adolescents dans la programmation concernant ce type de situation.

Enfin, ces orientations ne renseignent pas seulement sur ce qui reste à faire, mais aussi sur ce qui se fait déjà. Plus de 70 études de cas concernant le monde entier illustrent concrètement comment des pays ont mis en pratique les solutions que l'on cherche à promouvoir.

The partnership that was created while developing this Le partenariat constitué à l'occasion de l'élaboration de ces orientations interorganisations ouvre la voie à une nouvelle pour la santé des adolescents dans le monde. Leur élaboration coordonnée par l'OMS a bénéficié en effet de la participation active d'organismes des Nations Unies, d'organisations de la société civile, d'universitaires, de gouvernements et surtout des jeunes eux-mêmes. Ce modèle de collaboration met les jeunes aux commandes, conformément à la devise « rien sur nous, sans nous ».

À l'OMS, nous pensons que ce n'est là qu'un début. Nous voulons voir ce partenariat se renforcer et s'élargir pour appuyer la mise en œuvre des orientations AA-HA! et faire en sorte que la santé et le développement des adolescents restent au cœur des priorités sanitaires nationales, régionales et mondiales.

Flavia Bustreo
Sous-Directeur général

Santé de la famille, de la femme et de l'enfant
Organisation mondiale de la Santé

Tableau des matières

Avant-propos	iii		
Remerciements	vii		
Glossaire	viii		
Résumé d'orientation	ix		
1. AA-HA! – Un moment inédit pour la santé des adolescents	1		
1.1. Un appel pour une action accélérée en faveur de la santé des adolescents	1		
1.2. Pourquoi investir dans la santé des adolescents ?	2		
1.3. L'adolescence, une étape formatrice et particulière du développement humain	4		
1.4. Charge de morbidité et des traumatismes chez les adolescents	9		
1.5. Définir les interventions de santé destinées aux adolescents	10		
1.6. Définir les priorités, mettre en œuvre et évaluer les programmes nationaux	11		
2. Charge de morbidité et des traumatismes et facteurs de risque	12		
2.1. Charge mondiale et facteurs de risque	13		
2.2. Traumatismes involontaires	24		
2.3. Violence	25		
2.4. Santé reproductive et sexuelle, y compris le VIH	26		
2.5. Maladies transmissibles	28		
2.6. Maladies non transmissibles et malnutrition	29		
2.7. Santé mentale, usage de substances psychoactives et auto-agression	30		
2.8. La charge de morbidité et des traumatismes dans un contexte d'urgence humanitaire ou de fragilité	31		
3. Interventions fondées sur des données factuelles	32		
3.1. Interventions de santé et de développement positif	34		
3.2. Interventions de lutte contre les traumatismes involontaires	36		
3.3. Interventions contre la violence	40		
3.4. Interventions de santé sexuelle et reproductive, VIH compris	44		
3.5. Interventions contre les maladies transmissibles	51		
3.6. Interventions axées sur les maladies non transmissibles, l'alimentation et l'activité physique	56		
3.7. Santé mentale, usage de substances psychoactives et auto-agression	62		
3.8. Interventions en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité	67		
4. Définir les priorités nationales	70		
4.1. Évaluation des besoins	72		
4.2. Analyse globale	73		
4.3. Définir les priorités	74		
4.4. Autres aspects à prendre en compte	76		
5. Programmation nationale	78		
5.1. Un cadre logique pour transformer les priorités en plans et en programmes	80		
5.2. Direction globale assurée par le ministère de la santé et au niveau pangouvernemental	84		
5.3. Rôle moteur et participation des adolescents dans la programmation en matière de santé	86		
5.4. Financer les priorités de santé des adolescents dans les plans nationaux de santé et protéger les adolescents contre les risques financiers	88		
5.5. Programmation dans le secteur de la santé pour la couverture sanitaire universelle	91		
5.6. Programmation avec d'autres secteurs pour améliorer les déterminants plus larges de la santé	104		
5.7. Programmation en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité	117		
5.8. Développement positif et approches sexo-transformatrices dans la programmation	118		
6. Suivi, évaluation et recherche	120		
6.1. Suivi des programmes en faveur de la santé des adolescents	121		
6.2. Évaluation des programmes de santé destinés aux adolescents	128		
6.3. Domaines prioritaires pour la recherche future	130		
6.4. La participation des adolescents au suivi, à l'évaluation et à la recherche	131		
7. Conclusion	132		
8. Références	134		

Les annexes 1 à 6 et les appendices I à IV sont disponibles sur Internet à l'adresse http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-aa-ha-annexes.pdf

Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!) : Orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays. Annexes 1–6 et Appendices I–IV.

Annexe 1. Informations complémentaires sur les orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays de l'Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents et de leur développement

Annexe 2. Informations complémentaires sur les maladies et traumatismes

Annexe 3. Informations complémentaires sur les interventions reposant sur des bases factuelles

Annexe 4. Informations complémentaires sur la définition de priorités nationales

Annexe 5. Informations complémentaires sur la programmation nationale

Annexe 6. Informations complémentaires sur le suivi, l'évaluation et la recherche

Appendice I. La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) – domaines d'action, éléments du cadre opérationnel pour les interventions et objectifs pour la mise en œuvre

Appendice II. Les interventions plus larges incluses dans la Stratégie mondiale qui sont essentielles pour la santé des adolescents

Appendice III. Régions de l'OMS et niveau de revenu des pays d'après la méthode adoptée pour les Estimations sanitaires mondiales (Global Health Estimates) 2015

Appendice IV. Liste des études de cas portant sur des programmes et des interventions en faveur de la santé des adolescents



Remerciements

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) tient à témoigner sa reconnaissance envers tous ceux qui ont contribué à ce document.

Auteurs : Mary Louisa Plummer (consultante indépendante), Valentina Baltag (OMS), Kathleen Strong (OMS), Bruce Dick (consultant indépendant) et David Ross (OMS).

Groupe de travail interne de l'OMS : Jamela Al-Raiby (Bureau régional de la Méditerranée orientale), Annabel Baddeley (Programme mondial de lutte contre la tuberculose), Rachel Baggaley (Département VIH), Anshu Banerjee (Groupe Santé de la famille, de la femme et de l'enfant), Paul Bloem (Département Vaccinations, vaccins et produits biologiques), Marie Brune Drisse (Département Santé publique, déterminants sociaux et environnementaux de la santé), Sonja Caffè (Bureau régional des Amériques/Organisation panaméricaine de la Santé), Venkatraman Chandra-Mouli (Département Santé reproductive et recherche), Michelle Hindin (Département Santé reproductive et recherche), Kid Kohl (Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent), Theadora Swift Koller (Unité Genre, équité et droits de l'homme), Shyama Kuruvilla (Groupe Santé de la famille, de la femme et de l'enfant), Blerta Maliqi (Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent), Sympllice Mbola Mbassi (Bureau régional de l'Afrique), David Meddings (Département Prise en charge des maladies non transmissibles, handicap, prévention de la violence et du traumatisme), Rajesh Mehta (Bureau régional de l'Asie du Sud-Est), Martina Penazzato (Département VIH), Neena Raina (Bureau régional de l'Asie du Sud-Est), Pura Rayco-Solon (Département Nutrition pour la santé et le développement), Lale Say (Département Santé reproductive et recherche), Chiara Servili (Département Santé mentale et abus de substances psychoactives), Howard Sobel (Bureau régional du Pacifique occidental), Karin Stenberg (Département Gouvernance et financement des systèmes de santé), Andreas Ullrich (Groupe maladies non transmissibles et santé mentale), Temo Waqanivalu (Département Prévention des maladies non transmissibles) et Martin Weber (Bureau régional de l'Europe).

Groupe consultatif extérieur : Ana Milena Aguilar Rivera (Banque mondiale), Monika Arora (Public Health Foundation of India), Angela Bayer (University of California, États-Unis d'Amérique), Margaret Bolaji (étudiante, Nigéria), Doortje Braeken (Fédération internationale pour la planification familiale), Nazneen Damji (ONU-Femmes), Nonhlanhla Dlamini (Department of Health, Afrique du Sud), Danielle Engel (UNFPA), Gogontlejang Phaladi (Gogontlejang Phaladi Pillar of Hope Project, Botswana), Vandana Gurnani (Joint Secretary, Inde), Joanna Herat (UNESCO), Caroline Kabiru (African Population and Health Research Centre, Kenya), Song Li (Département de la santé de la mère et de l'enfant, Chine), Matilde Maddaleno (Gouvernement chilien), Meheret Melles et Anshu Mohan (Partnership for Maternal, Newborn and Child Health), Tatiana Moura (Promundo, Brésil), Edgar Necochea (Jhpiego), Shane Norris (Medical Research Council of South Africa), Ruben Pages Ramos (ONUSIDA), George Patton (University of Melbourne, Australie), Jan Pelozo (étudiant, Slovaquie), Martin Sabignoso (Programa SUMAR, Argentine), Majzoubeh Taheri (Ministère de la santé, République islamique d'Iran), Daniel Tobon Garcia (Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights, Colombie), Helen Walker (Department of Health, Royaume-Uni), William Wa Hoi Yeung (étudiant, Australie), Nabila Zaka (UNICEF), Tatiana Zatic (Ministère de la santé, République de Moldova) et Qiuling Zhang (Handicap International).

Contributions techniques complémentaires (OMS) : Flavia Bustreo (Groupe Santé de la famille, de la femme et de l'enfant), Robert Alexander Butchart (Département Prise en charge des maladies non transmissibles, handicap, prévention de la violence et du traumatisme), Luciana Campello R. de

Almeida (Bureau de l'OMS au Brésil), Anthony Costello (Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent), Theresa Diaz (Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent), Tarun Dua (Département Santé mentale et abus de substances psychoactives), Wahyu Retno Mahanani, Colin Mathers (Groupe Systèmes de santé et innovation), Leendert Maarten Nederveen (Département Prévention des maladies non transmissibles), Laura Pacione (Département Santé mentale et abus de substances psychoactives), Margaret Mary Peden (Département Prise en charge des maladies non transmissibles, handicap, prévention de la violence et du traumatisme), Juan Pablo Peña-Rosas (Département Nutrition pour la santé et le développement), Anayda Portela (Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent), Vladimir Poznyak (Département Santé mentale et abus de substances psychoactives), Julia Samuelson (Département VIH), Rukayah Sarumi (Save the Children), Soosmita Sinha et Marcus Stahlhofer (Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent), Sarah Watts (Département Santé mentale et abus de substances psychoactives) et Anne-Marie Worning (Groupe Santé de la famille, de la femme et de l'enfant).

Contributions d'experts complémentaires (extérieurs à l'OMS) : Peter Azzopardi (Murdoch Children's Research Institute), Mychelle Farmer (Jhpiego), Nina Ferencic (UNICEF), Jane Ferguson (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni), Nicola Gray (Society for Adolescent Health and Medicine), Meghan Greeley (Jhpiego), Gwyn Hainsworth (Fondation Bill & Melinda Gates), Catherine Lane (USAID), Thiago Luchesi (Save the Children), Douglas McCall (International School Health Network), Mary Mahy (ONUSIDA), Ali Mokdad (University of Washington, États-Unis d'Amérique), Susan Sawyer (University of Melbourne, Australie), Amy Uccello (USAID) et Rachel Wood (Department of Health and Human Services, États-Unis d'Amérique).

Travaux de recherche effectués à la demande de l'OMS : analyse secondaire des données issues de l'étude mondiale sur les jeunes adolescents – Robert Blum (Johns Hopkins University) ; ateliers sur les adolescents jeunes et vulnérables – Kristin Mmari (Johns Hopkins University) ; et résultats de deux enquêtes en ligne – Jones Adjei (consultant indépendant).

Ateliers de consultation avec des adolescents jeunes et vulnérables et contributions à l'élaboration de la version pour adolescents des orientations AA-HA! à l'appui de la mise en œuvre dans les pays : Torchlight collective, No Excuse (Slovaquie) ; Academy for Health Development (Nigéria) ; Fundación Niñas Sin Miedo (Colombie) ; Polytechnic University, RAS de Hong Kong (Chine) ; Forum Sharek des jeunes (Cisjordanie et Bande de Gaza) ; Youth Lead (Thaïlande) et Centre international de l'enfant (Turquie).

Participants à la consultation mondiale : Adolescents et jeunes, soignants et représentants de gouvernements, d'organisations (société civile, secteur privé et milieux universitaires) et d'organismes donateurs ayant participé aux deux consultations mondiales en ligne et/ou aux consultations régionales organisées dans chacune des Régions de l'OMS.

Appui administratif : Brenda Nahataba, Susan Helary et Tania Teninge.

Stagiaires : Francesca Cucchiara, Sophie Remoue, Serena Sherry, Divya Sisodia et Natalie Yap.

Soutien financier : Fondation Bill & Melinda Gates et USAID.

Glossaire

Adolescent : Personne ayant entre 10 et 19 ans. Les jeunes adolescents ont entre 10 et 14 ans, et les adolescents plus âgés entre 15 et 19 ans. Le Tableau A explique le lien entre le terme « adolescent » et les termes ou expressions « enfant », « jeune », « jeune adulte » et « jeune personne ».

Tableau A. Âges correspondant aux termes ou expressions « enfant », « adolescent », « jeune », « jeune adulte » et « jeune personne »

TYPE DE PERSONNE JEUNE	ÂGE EN ANNÉES																								
	0-9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24									
Enfant																									
Adolescent																									
Jeune																									
Jeune adulte																									
Jeune personne																									

Source : (1).

Charge de morbidité ou de traumatisme : Impact d'un problème de santé sur une population, mesuré par le taux de mortalité et les années de vie ajustées sur l'incapacité (voir ci-dessous). Elle ne se limite pas à la maladie, et mais concerne également d'autres charges, tels qu'un handicap causé par un traumatisme.

Niveau de revenu du pays : Défini par un revenu national brut par habitant 2014 inférieur ou égal à US \$1045 (pays à faible revenu), compris entre US \$1046 et US \$4125 (pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure), entre US \$4 126 et US \$12 735 (pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure) et supérieur ou égal à US \$12 736 (pays à revenu élevé) (2).

Année de vie ajustée sur l'incapacité (DALY) : Mesure permettant d'estimer les années de vie perdues par décès prématuré et les années de vie vécues dans un état de santé non optimal (3). La somme des DALY au sein d'une population mesure l'écart entre l'état de santé actuel et un état de santé idéal où l'ensemble de la population vit jusqu'à un âge avancé, sans maladie ni incapacité.

Dividende démographique : Croissance économique accélérée pouvant résulter d'une baisse des taux de mortalité et de fécondité dans un pays et d'un changement subséquent de la pyramide des âges. Si le nombre de naissances recule d'année en année, la part de la population jeune dépendante dans la population en âge de travailler d'un pays donné diminue. Lorsque la part de la population dépendante se réduit, le pays peut enregistrer une croissance économique rapide (4).

Transition démographique : Changement dans la structure de la population, qui s'opère, par exemple, lorsque les taux de natalité et de mortalité reculent fortement et que le pays passe d'une économie pré-industrielle à une économie industrialisée (4).

Déterminant : Facteur susceptible d'influer sur la santé des adolescents et de leur communauté. Il peut être d'ordre personnel, social, économique et environnemental. Les déterminants se situent à différents niveaux écologiques : caractéristiques individuelles (âge, croyances, revenu et statut social, éducation, réseaux de soutien social, génétique, services de santé et genre, par exemple), environnement immédiat (parents, enseignants, pairs, notamment), valeurs et normes sociales (normes genrées qui restreignent l'accès des filles à l'éducation, garçons qui sont encouragés à prendre des risques pour leur santé), action publique et lois (par exemple concernant le tabac et l'alcool), facteurs macrosociaux (répartition de l'argent et des ressources) et environnement physique et biologique (prévalence du paludisme, accès à des toilettes pendant la menstruation, notamment). Certains déterminants peuvent être liés entre eux et groupés, et avoir ensemble une incidence sur le développement des adolescents et leur capacité à apprendre et à acquérir des compétences (5).

Situation d'urgence : Événement survenu dans un ou plusieurs pays, dont les conséquences peuvent être minimales (niveau 1) à importantes (niveau 3) sur la santé publique et qui, aux yeux de l'OMS, nécessite une action. Dans les mois qui suivent immédiatement la classification d'une situation d'urgence, celle-ci est considérée comme « aiguë ». Lorsqu'il apparaît qu'une situation d'urgence va probablement durer plus de six mois, son classement peut être revu et la situation être déclarée « prolongée » (6).

Transition épidémiologique : Changement épidémiologique, par exemple lorsque l'on passe d'une mortalité principalement due à des maladies infectieuses aiguës à une mortalité due à des maladies dégénératives chroniques non infectieuses. Ce changement résulte de l'amélioration du niveau de vie et de l'introduction de pratiques médicales et de santé publique dans les pays à revenu élevé (7).

Équité : Absence de différences évitables, injustes ou remédiables entre des groupes de personnes qui peuvent être définis socialement, économiquement, géographiquement ou géographiquement, ou par d'autres moyens de stratification. L'équité en santé signifie que, idéalement, tout le monde a une chance équitable d'atteindre son plein potentiel de santé et personne ne devrait être désavantagé dans la réalisation de ce potentiel (8).

Intervention fondée sur des bases factuelles/reposant sur des données probantes : Intervention jugée efficace d'après une évaluation rigoureuse. Les normes utilisées pour évaluer l'efficacité varient en fonction de nombreux facteurs, notamment selon le type d'affection, l'intervention et les données disponibles. Par exemple, on peut considérer qu'une intervention biomédicale présente de solides preuves d'efficacité si plusieurs essais expérimentaux ont systématiquement démontré un impact positif sur les résultats souhaités (9). Cependant, de telles recherches ne sont pas toujours réalisables, en particulier dans les domaines non biomédicaux où le lien causal entre la mise en œuvre d'une intervention et tout impact potentiel sur la santé de la population peut être long et complexe à établir (5). Dans de tels cas, d'autres critères peuvent être utilisés pour identifier les interventions présentant la base factuelle la plus solide.

Fonction du système de santé : Objectif et activité essentiels du système de santé. Selon l'OMS quatre fonctions sont critiques pour un système de santé : la fourniture de services, la production de ressources humaines et physiques qui permettent la prestation de services, la mobilisation et la mutualisation des ressources servant à financer les soins de santé et la gestion du système (définir les règles et les faire appliquer, et donner une orientation stratégique à tous les acteurs). Ces fonctions poursuivent trois objectifs : santé, réactivité et financement équitable (10).

Renforcement des systèmes de santé : Processus d'identification et de mise en œuvre des changements de politique et de pratique dans le système de santé d'un pays, afin que ce dernier puisse mieux relever les défis auxquels son système de santé est confronté. Le renforcement des systèmes de santé peut également être défini comme tout ensemble d'initiatives et de stratégies qui améliorent le fonctionnement d'un système de santé et la santé en renforçant l'accès, la couverture, la qualité ou l'efficacité (10).

Situations de crise humanitaire et de fragilité : Situations de catastrophes et de chocs sociaux, économiques et environnementaux. Il s'agit notamment des situations de conflit et d'après-conflit, des crises transnationales, des pays qui ont connu une ou plusieurs catastrophes naturelles graves et des situations d'instabilité socioéconomique et politique prolongée. Dans de telles situations, les problèmes de santé sont particulièrement aigus chez les populations mobiles, déplacées à l'intérieur de leur propre pays ou vivant dans des camps de réfugiés ou des camps temporaires (11).

Programmation : Étape du cycle de planification dans un secteur lors de laquelle les priorités nouvellement identifiées sont traduites en plans opérationnels (10). La programmation et les programmes sont des concepts qui se chevauchent mais ils ne sont pas tout à fait identiques. La programmation (pour la santé des adolescents, par exemple) peut se faire en l'absence d'un programme spécifique, dans le cadre des cycles de planification stratégique et opérationnelle du secteur.

Programme : Ensemble coordonné et complet de stratégies, d'activités et de services de santé planifiés, séquentiels, conçus pour atteindre des objectifs et des cibles bien définis. Un programme national dispose généralement de coordinateurs nationaux, infranationaux et locaux, ainsi que d'un financement spécifique pour soutenir les activités prévues. Dans le secteur de la santé, on désigne souvent par « programme national de santé » les composantes du système de santé national qui administrent des services spécifiques (par exemple, les programmes nationaux pour le VIH, la santé des adolescents ou les services de santé scolaire) (10).

Facteur de protection : Facteur qui encourage et soutient les comportements positifs, réduit le risque de comportements préjudiciables pour la santé, diminue les conséquences négatives pour la santé et contribue au rétablissement. On peut citer comme exemples de facteurs de protection pour la santé des adolescents des relations marquées par l'affection/le soin, une structure et des limites appropriées, des possibilités de participation et de contribution, et l'incitation à s'exprimer (28).

Facteur de risque : Attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité pour un individu de développer, immédiatement ou ultérieurement, des conséquences négatives pour sa santé. Certaines affections peuvent être à la fois un facteur de risque et une charge de morbidité. Par exemple, l'anémie ferriprive constitue un facteur de risque de décès ou de handicap à la suite d'une hémorragie du post-partum, mais peut également être cause de fatigue et de faiblesse (13).

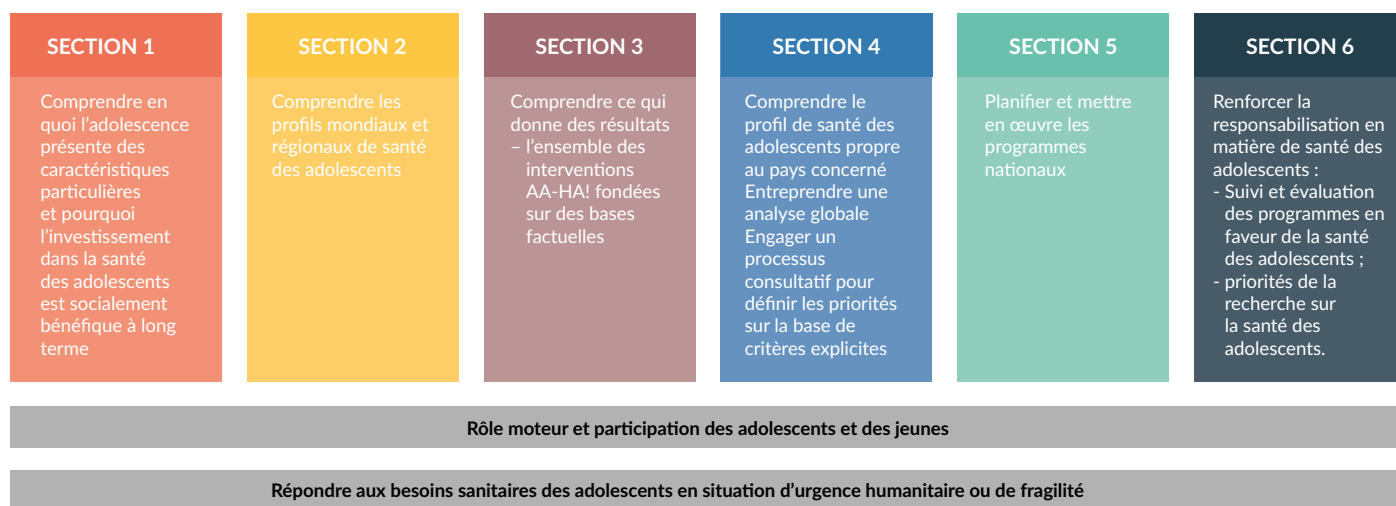
Résumé d'orientation

Les objectifs de développement durable (ODD), qui visent à parvenir à un développement économique, social et environnemental mondial durable d'ici à 2030, ne seront pas atteints sans investissements dans la santé et le bien-être des adolescents. La programmation en faveur de la santé des adolescents, dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs, qui devraient prêter attention aux besoins des adolescents dans tous les aspects de leur action, sera cruciale à cet égard. La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) a été lancée en 2015 dans le but de soutenir les objectifs de développement durable. Elle offre une occasion sans précédent d'améliorer la santé des adolescents et de répondre plus efficacement à leurs besoins. La Stratégie mondiale envisage un monde dans lequel chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent réalise ses droits à la santé physique et mentale, et elle considère que les adolescents sont essentiels à la réalisation des ODD. Pour appuyer la mise en œuvre des objectifs spécifiques de la Stratégie mondiale relatifs à la santé et au développement des adolescents, et en réponse à une demande des États Membres lors de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015, les partenaires des Nations Unies, emmenés par l'Organisation mondiale de la Santé, ont formulé des orientations visant à appuyer la mise en œuvre par les pays d'une action accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!). Ces orientations sont fondées sur les contributions reçues lors de consultations approfondies avec les États Membres, les organisations du système des Nations Unies, les adolescents et les jeunes, la société civile et d'autres partenaires.

Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents – Orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays

Les orientations AA-HA! visent à aider les pouvoirs publics à décider ce qu'ils prévoient de faire – et comment ils prévoient de le faire – pour répondre aux besoins de santé des adolescents. Il s'agit d'un document de référence à l'intention des décideurs politiques et des responsables de programmes au niveau national, qui vise à les aider à planifier, à mettre en œuvre, à suivre et à évaluer les programmes en faveur de la santé des adolescents. Après une brève introduction résumant les principaux arguments en faveur de l'investissement dans la santé des adolescents, ce document détaille les étapes clés allant de la compréhension du profil épidémiologique du pays à la réalisation d'une analyse globale afin de déterminer ce qui a été fait et par qui, d'engager un processus consultatif visant à définir les priorités, planifier, mettre en œuvre, suivre et évaluer les programmes nationaux en faveur de la santé des adolescents. Il énonce pour finir les grandes priorités de la recherche (Figure A). Il présente en outre des études de cas afin de montrer que les recommandations peuvent être appliquées, et dans certains cas qu'elles le sont déjà.

Figure A. Approche systématique pour accélérer l'action en faveur de la santé des adolescents



¹Voir le compte rendu de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, Commission A, dixième et onzième réunions, section 3 (document WHA68/2015/REC/3)

Résumé d'orientation

METTRE EN ŒUVRE les orientations AA-HA! ensemble : sept messages prioritaires

Un résumé des messages essentiels figure au début de chacune des six sections présentant les orientations AA-HA!. Ces messages peuvent être regroupés en sept messages prioritaires, suivant l'acronyme anglais : APPLY AA-HA! Together (Approach – Prevention – Priority-setting – Leadership – Yields from investing in adolescent health span across generations) (Figure B).

Figure B. Mettre en œuvre les orientations AA-HA! ensemble : les sept messages prioritaires du projet AA-HA!

Approche

Les orientations AA-HA! offrent une approche systématique qui permet de comprendre les besoins des adolescents en matière de santé, de les prioriser selon le contexte de chaque pays et de planifier, suivre et évaluer les programmes de santé de l'adolescent.



En matière de santé de l'adolescent, le retour sur investissement est intergénérationnel

Il est impératif de renforcer rapidement les investissements dans les programmes de santé de l'adolescent afin d'améliorer la santé et la survie à court terme et d'avoir des effets durables à l'âge adulte et pour la génération suivante. Une action d'urgence s'impose à cet égard pour enrayer l'épidémie de maladies non transmissibles, de préserver les acquis sanitaires et sociaux découlant des progrès majeurs récemment obtenus pour la santé de l'enfant et parvenir en fin de compte à des sociétés ÉPANOUIES et pacifiques.



Prévention

Plus de 3000 adolescents meurent chaque jour et ces décès sont dus en grande partie à toute une série de causes évitables – traumatismes involontaires, violence, problèmes de santé sexuelle et reproductive, VIH compris, maladies transmissibles comme les infections aiguës des voies respiratoires et les maladies diarrhéiques, maladies non transmissibles, mauvaise nutrition, consommation de substances psychoactives et suicide. Ces mêmes causes sont à l'origine de problèmes de santé chez un nombre bien plus important encore. S'il reste à entreprendre de nombreux travaux de recherche, les pays disposent déjà de moyens d'intervention efficaces qui leur permettent d'AGIR DÈS MAINTENANT.



Définition de priorités

La nature, l'ampleur et l'impact des besoins sanitaires des adolescents varient d'un pays à l'autre, d'une tranche d'âge à l'autre et entre les sexes. Les pays doivent définir les priorités en fonction des profils de facteurs de risque de maladie ou de traumatismes de leurs adolescents, en tenant compte du rapport coût/efficacité des interventions. Les besoins sanitaires des adolescents sont exacerbés en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité.



Direction

Une direction forte doit être assurée au niveau le plus élevé de l'État pour encourager la mise en œuvre de politiques et de programmes répondant aux besoins des adolescents. Afin d'accélérer les progrès en faveur de la santé des adolescents, les pays doivent envisager d'institutionnaliser un programme national de santé des adolescents. Les objectifs de développement durable et la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016–2030) ont énoncé des cibles mondiales en matière de santé de l'adolescent et mis au point des indicateurs pour suivre les progrès réalisés. La ventilation des données selon l'âge et le sexe joue un rôle essentiel.



Ensemble

AVEC les adolescents, POUR les adolescents

Les adolescents ont des besoins sanitaires particuliers du fait de leur développement physique, sexuel, social et affectif rapide et des rôles spécifiques qu'ils jouent dans la société. Il ne suffit pas de les traiter comme des enfants plus âgés ou des jeunes adultes. Les politiques, programmes et plans de développement nationaux doivent prendre en compte ces besoins sanitaires particuliers et le meilleur moyen d'y parvenir consiste à élaborer et appliquer ces programmes avec les adolescents.

Approche pangouvernementale

Afin d'atteindre les cibles des objectifs de développement durable, le secteur de la santé et les autres secteurs doivent se préoccuper de manière systématique des besoins des adolescents dans tous les aspects de leur action. L'approche de « la santé de l'adolescent dans toutes les politiques » doit être suivie pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques.



Participation des adolescents

Une véritable participation des jeunes aux décisions concernant tous les aspects de leur développement et de celui de leur communauté aura de nombreux effets positifs. Du point de vue opérationnel, elle contribue à améliorer les décisions et les politiques. Elle permet aussi aux décideurs de mettre à profit les points de vue, les connaissances et les expériences spécifiques des adolescents et ainsi de mieux comprendre leurs besoins et leurs problèmes pour parvenir à de meilleures solutions. En outre, si l'on respecte leur avis sur les soins qui leur sont destinés, les adolescents seront plus nombreux à faire appel à des services et à continuer à les utiliser.

Les pays doivent veiller à intégrer les attentes et les perspectives des adolescents dans leur processus de programmation nationale. La participation et le rôle moteur des adolescents doivent être institutionnalisés et soutenus activement lors de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des programmes de santé qui leur sont destinés.

Concernant le développement, la participation des adolescents renforce leurs relations avec les adultes, leur permet d'améliorer leur capacité de décision, leur motivation et l'estime de soi et de cultiver les compétences et la confiance nécessaires pour jouer un rôle actif et positif dans la société, ce qui a une influence bénéfique considérable sur leur développement social et affectif.

Du point de vue de l'éthique et des droits humains, le droit des adolescents à participer à la prise de décisions, consacré dans la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, a été réaffirmé dans la récente Observation générale sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence ; il s'agit d'un moyen de promouvoir l'équité en santé. L'absence d'équité a pour cause sous-jacente la répartition inégale du pouvoir, des ressources et des moyens financiers. L'intégration, la responsabilisation et la participation effective de l'ensemble des adolescents des deux sexes, y compris des plus vulnérables d'entre eux, représentent ainsi l'un des moyens d'instaurer l'équité en santé.



©Camila Eugenia Vargas

Résumé d'orientation

Section 1.

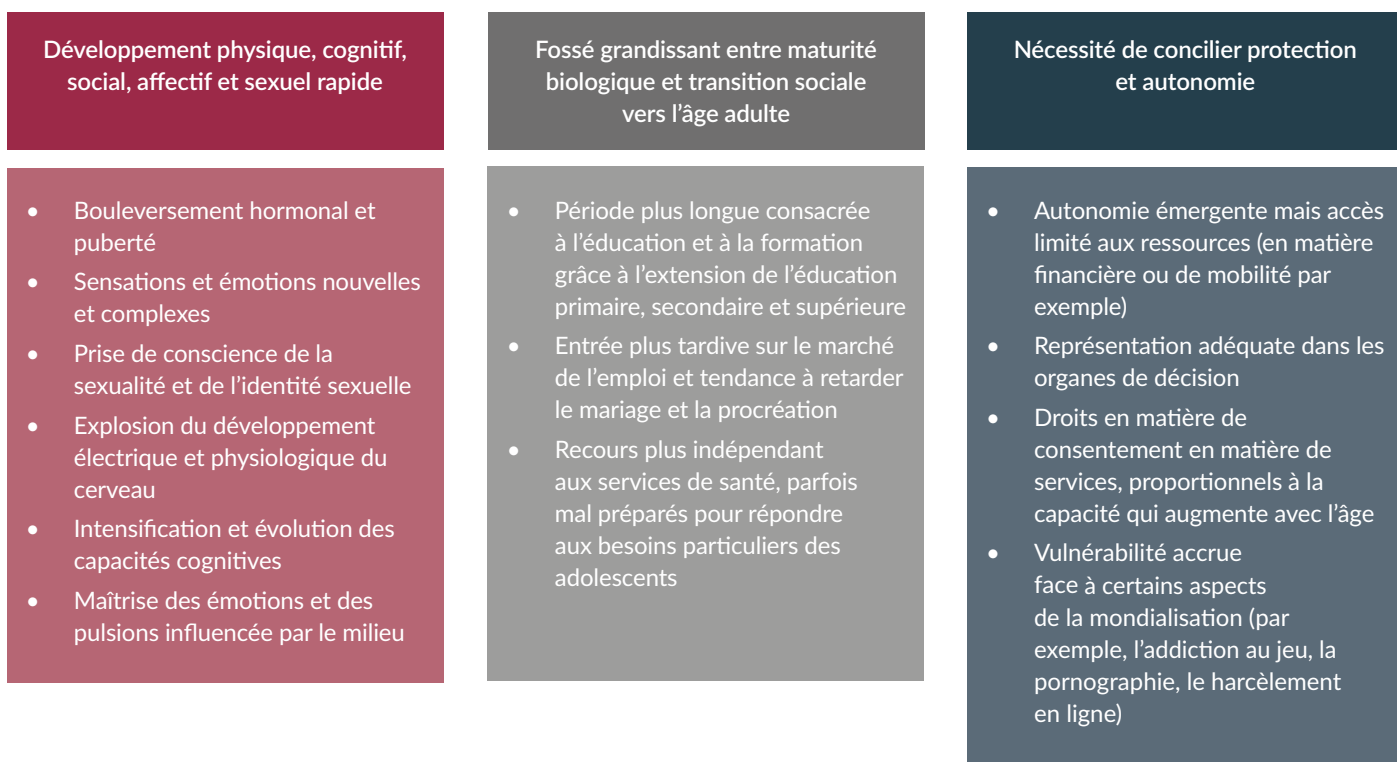
Un moment inédit pour la santé des adolescents

Les objectifs de développement durable et la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent offrent une occasion sans précédent d'intensifier l'action en faveur de la santé des adolescents. L'adolescence est une des phases les plus formatrices du développement humain, marquée par des changements rapides. Le développement physique, cognitif, social, affectif et sexuel rapide pendant l'adolescence (Figure C) requiert tout particulièrement l'attention dans les politiques, les programmes et les plans de développement nationaux. L'investissement dans la santé des adolescents s'appuiera sur les progrès déjà réalisés en matière de santé des jeunes enfants et les

pérennisera, et permettra aux adolescents de devenir des adultes en bonne santé dotés des moyens nécessaires pour apporter une contribution positive à la société. En matière de santé de l'adolescent, le retour sur investissement est triple : amélioration de la santé pendant l'adolescence, effets à l'âge adulte et transmission de ces effets à la génération suivante.

S'il reste encore à mener de nombreux travaux de recherche, les pays disposent déjà de moyens d'intervention efficaces et fondés sur des bases factuelles qui leur permettent d'agir dès à présent pour protéger et promouvoir la santé des adolescents.

Figure C. Qu'est-ce que l'adolescence a de spécial ?



Section 2.

Charge de morbidité et de traumatismes et facteurs de risque chez les adolescents

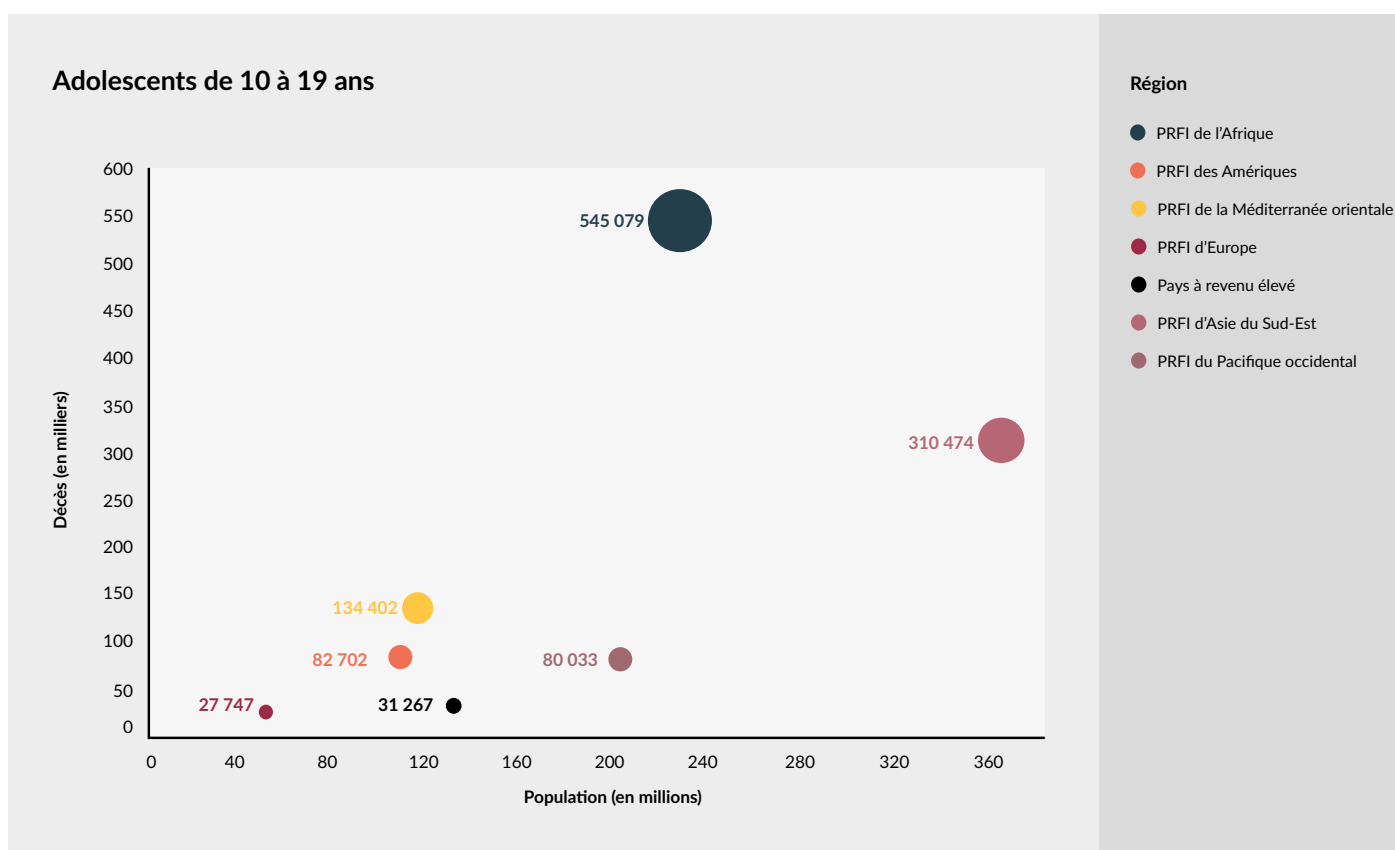
De nombreux traumatismes ou affections qui touchent les adolescents peuvent être évités ou traités, mais sont souvent négligés. Ils nécessitent une attention et un investissement constants. En 2015, plus de 1,2 million d'adolescents sont morts.

Chez les garçons, les accidents de la route étaient la principale cause de décès, aussi bien parmi les plus jeunes que parmi les plus âgés. Chez les filles, c'était les infections des voies respiratoires inférieures parmi les plus jeunes, et les affections liées à la maternité parmi les plus âgées.

Certaines causes sont plus répandues chez les garçons (comme la noyade) ou les filles (comme les affections liées à la maternité), ainsi que chez les adolescents jeunes (par exemple les infections des voies respiratoires inférieures) ou plus âgés (par exemple la violence interpersonnelle et l'auto-agression) (voir le Tableau 2.1 et la Figure 2.1 à la Section 2). Il est par conséquent nécessaire de ventiler les données afin d'identifier les besoins sanitaires et de définir des priorités pour les interventions visant différentes catégories d'adolescents.

La charge de morbidité qui touche des adolescents varie en fonction des Régions du monde. Plus de deux tiers des décès d'adolescents se produisent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) de l'Afrique (45 %) et de l'Asie du Sud-Est (26 %), où vivent respectivement 19 % et 30 % des adolescents (Figure D).

Figure D. Estimation du nombre de décès d'adolescents en fonction de la taille de la population et des Régions modifiées de l'OMS, 2015



Certains enjeux de santé concernent la plupart des adolescents du monde. C'est le cas, par exemple, des accidents de la route, de l'auto-agression et de la noyade, qui sont des causes de décès majeures dans une grande partie des Régions (voir le Tableau 2.3 et la Figure 2.3 à la Section 2). Certaines causes de mortalité adolescente, à l'instar des anomalies congénitales, ont une forte incidence dans quelques régions seulement, mais n'en restent pas moins des causes importantes dans des Régions à forte charge de morbidité comme les PRFI de l'Afrique ou les PRFI de l'Asie du Sud-Est.

D'autres affections figurent parmi les cinq premières causes de décès dans certaines régions seulement. C'est le cas de la méningite et du sida dans les PRFI de l'Afrique, des maladies diarrhéiques et de la tuberculose dans les PRFI d'Asie du Sud-Est, de la violence interpersonnelle dans les pays à revenu élevés (PRE), les PRFI des Amériques et de la Méditerranée orientale, de la violence collective et des interventions légales dans les PRFI de la Méditerranée orientale et de la leucémie dans les PRFI du Pacifique occidental.

Résumé d'orientation

Les années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) perdues, une mesure qui combine la charge de mortalité et de morbidité, sont indiquées dans la Figure E par groupe d'âge et par sexe, et dans la Figure F par Région modifiée de l'OMS.

Figure E. Estimations des cinq principales causes de DALY perdues, par sexe et tranche d'âge, 2015

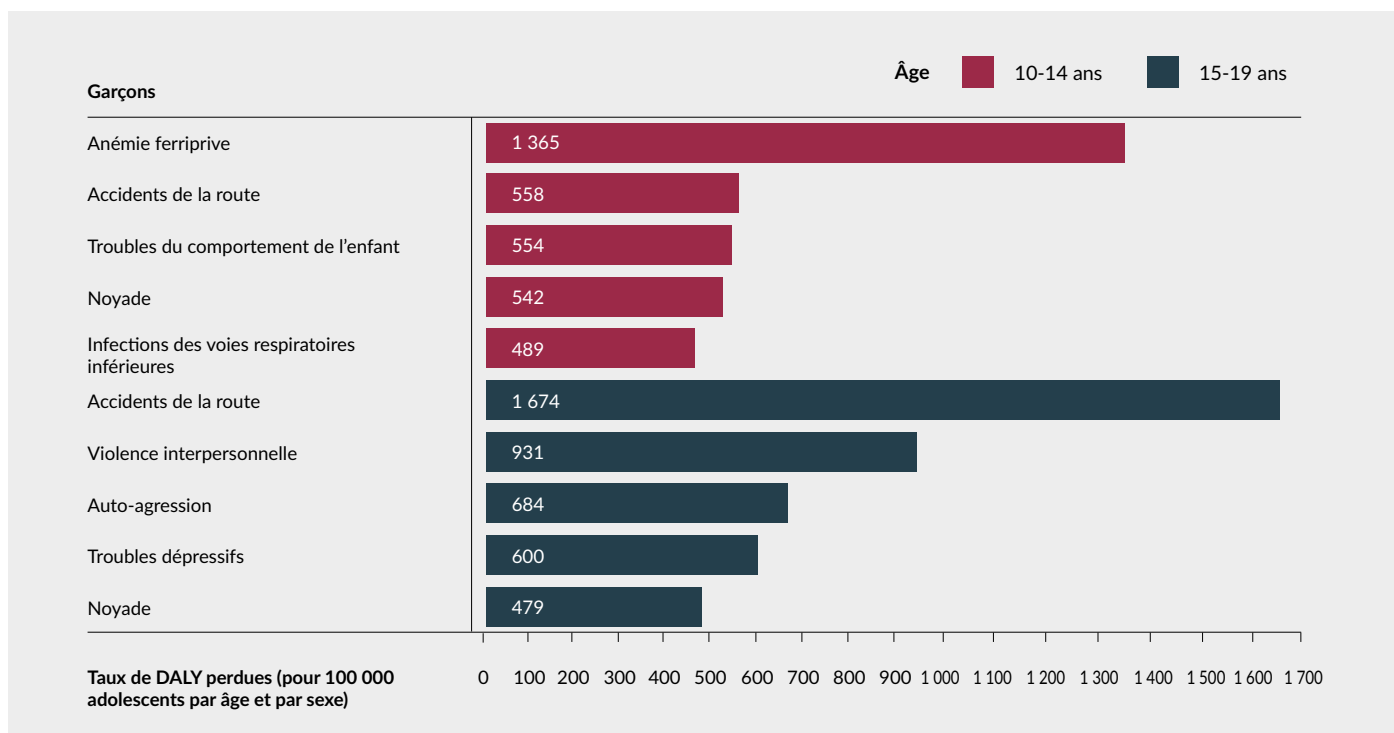
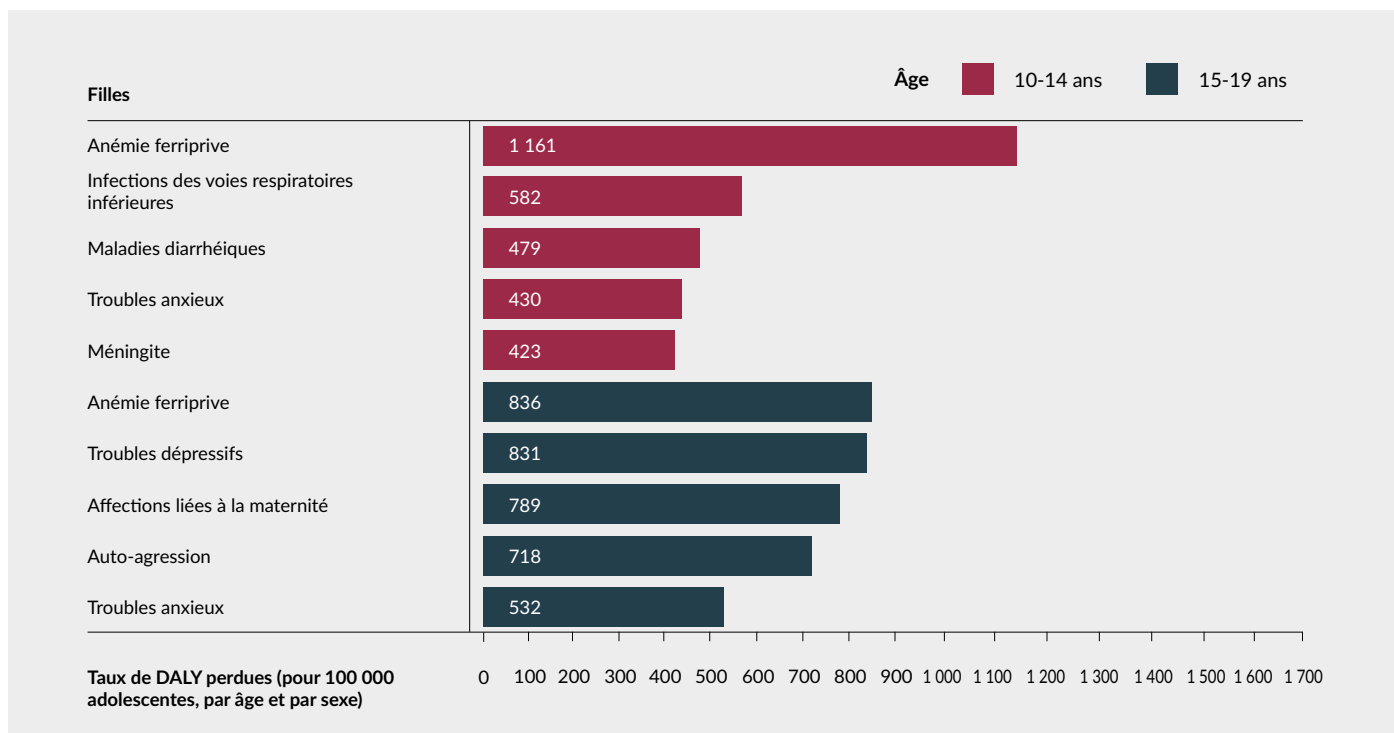
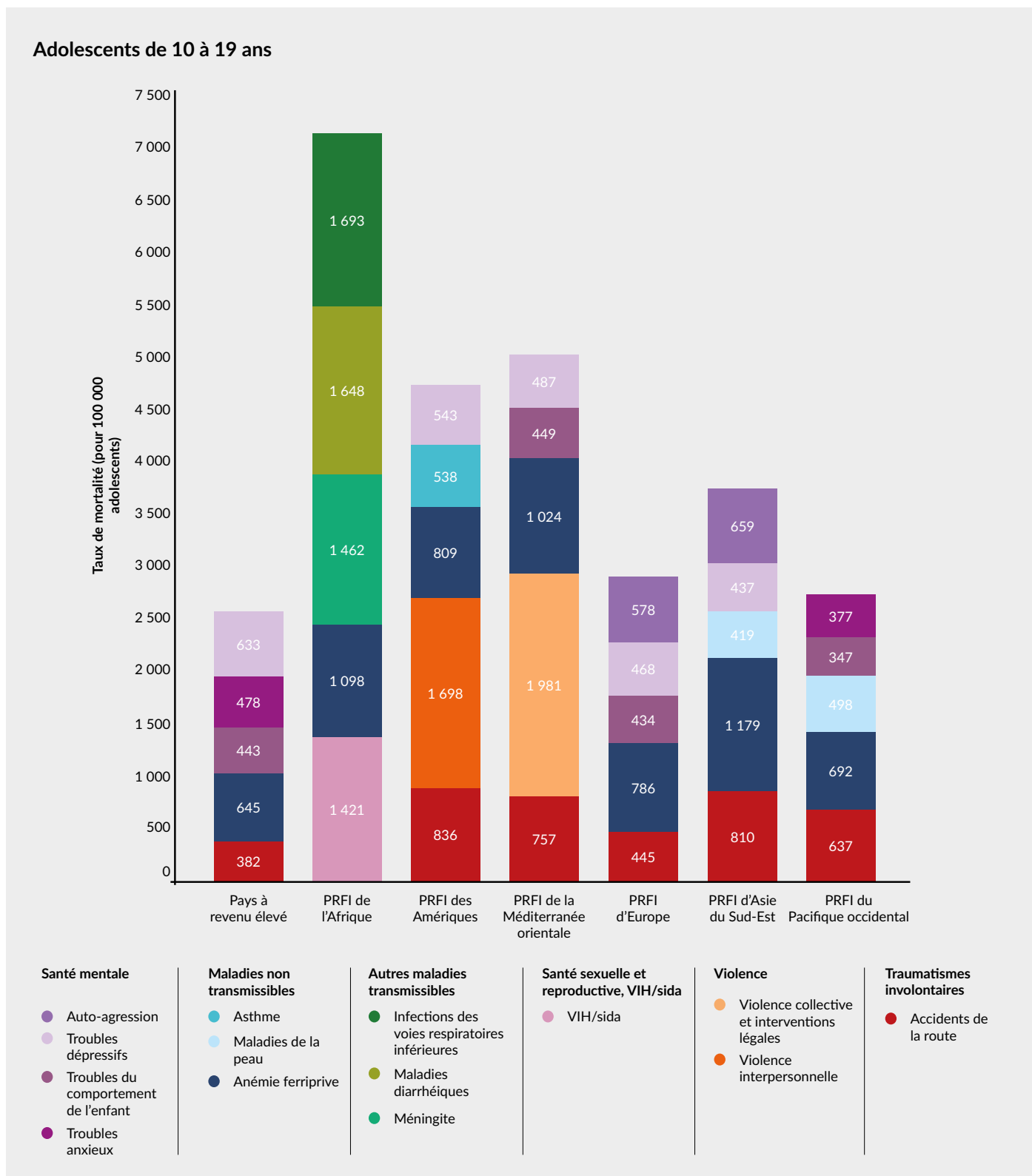


Figure F. Estimations des cinq principales causes de DALY perdues par Région modifiée de l'OMS, 2015



Résumé d'orientation

Certains facteurs de risque ont été abordés dans l'étude de 2013 sur la charge mondiale de la morbidité. Pour les 10-14 ans, l'eau non potable, l'assainissement et l'hygiène des mains inadaptée font partie des principaux facteurs de risque sanitaires, tant pour la mortalité que pour les DALY perdues chez les adolescents des deux sexes. D'autres facteurs environnementaux (comme la pollution de l'air et l'exposition au plomb), l'anémie ferriprive, la glycémie plasmatique à jeun élevée, l'hypertension, la consommation d'alcool, les sévices sexuels dans l'enfance et les relations sexuelles non protégées sont également très élevés dans cette tranche d'âge. Ce sont également des facteurs de risque importants pour les adolescents entre 15 et 19 ans.

Pour ces derniers toutefois, les principaux facteurs de risque sont notamment des risques comportementaux : consommation d'alcool, relations sexuelles non protégées et, dans une moindre mesure, consommation de substances psychoactives. D'autres facteurs de risque ne concernent que les adolescents plus âgés, comme la violence du partenaire intime et les risques professionnels (exposition à des toxines ou traumatismes professionnels). Il ne faut pas oublier que certains types de risques ou de facteurs protecteurs pouvant avoir une incidence

non négligeable, par exemple la structure familiale ou l'école, n'ont pas été pris en compte dans l'étude.

Certains adolescents sont particulièrement vulnérables. Ils sont davantage exposés à des risques sanitaires, ne peuvent pas accéder facilement à des services de santé, présentent des résultats sanitaires moins bons et doivent faire face aux conséquences sociales de leur mauvaise santé. Les inégalités en matière de santé adolescente dépendent souvent de facteurs tels que le sexe, le revenu, l'éducation et le lieu d'habitation (zone urbaine ou rurale).

Les adolescents particulièrement vulnérables sont ceux qui :

- sont handicapés ou présentent des affections chroniques ;
- vivent dans des zones isolées, ou doivent faire face à des perturbations sociales dues à une catastrophe naturelle ou à un conflit armé ;
- sont stigmatisés ou marginalisés en raison de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre ou de leur origine ethnique ;
- sont institutionnalisés, ou exposés à des violences ou à une consommation de substances psychoactives au sein de leur famille ;
- sont exploités et victimes de sévices ;
- sont mariés, ou ont émigré pour des raisons professionnelles ou économiques et se retrouvent sans soutien familial ou social ;
- sont exposés à des discriminations raciales ou ethniques ;
- ne font pas d'études, ne travaillent pas et ne suivent pas de formation ;
- n'ont pas accès à des services de santé ou à une protection sociale.

Les besoins sanitaires des adolescents sont plus importants dans les contextes d'urgence humanitaire et de fragilité, y compris en ce qui concerne la malnutrition, le handicap, les traumatismes involontaires, la violence, la santé reproductive et sexuelle (grossesses précoces, VIH et autres IST et avortements non sécurisés, par exemple), l'eau, l'assainissement et les besoins sanitaires liés (hygiène menstruelle, par exemple) ainsi que la santé mentale.

Les adolescents particulièrement vulnérables en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité sont les plus jeunes (10-14 ans), les handicapés, ceux qui appartiennent à une minorité ethnique ou religieuse, les enfants soldats, les autres enfants associés à des forces armées, les filles-mères, les orphelins, ceux qui se retrouvent chefs de famille, les victimes de sévices sexuels, les victimes de la traite ou d'autres formes de violence sexiste, ceux qui ont des rapports sexuels transactionnels ou avec des personnes du même sexe et les VIH-positifs.



Section 3.

Interventions pour la santé des adolescents fondées sur des données factuelles

Malgré d'importantes lacunes dans la base factuelle, nombre des interventions destinées à promouvoir et à protéger la santé des adolescents reposent sur des données factuelles substantielles. Ces lacunes ne justifient donc pas l'inaction, du moment que des interventions fondées sur des bases factuelles sont sélectionnées pour être mises en œuvre. Les orientations pour l'Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!) synthétisent a) les interventions de développement positif qui revêtent une importance universelle pour tous les adolescents, b) les 27 interventions de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent qui sont directement liées à la santé des adolescents, et c) les interventions pour la santé des adolescents qui sont particulièrement essentielles dans une situation d'urgence humanitaire ou de fragilité (Figure G) : la Figure G présente des exemples d'interventions axées sur le développement positif, six grands domaines de santé et les interventions particulièrement prioritaires en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité. On en trouvera la liste complète dans la Section 3.

Figure G. Vue d'ensemble des interventions AA-HA! pour la santé des adolescents fondées sur des données factuelles^a

Développement positif	Traumatismes involontaires	Violence	Santé sexuelle et reproductive, y compris VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Services de santé à l'écoute des adolescents • Établissements d'enseignement menant des actions de promotion de la santé • Interventions axées sur l'hygiène et la nutrition • Protection en ligne de l'enfant • Interventions de cybersanté et de santé mobile en faveur de l'éducation à la santé et de la participation des adolescents à leurs propres soins • Interventions de responsabilisation parentale • Participation des adolescents et interventions visant à promouvoir chez les adolescents les compétences, la confiance, la connexion, le caractère et la compassion 	<ul style="list-style-type: none"> • Lois sur l'âge minimum pour la conduite d'un véhicule, sur l'alcoolémie, sur le port de la ceinture de sécurité et du casque, sur le permis de conduire progressif • Mesures de ralentissement de la circulation et de sécurité • Soins préhospitaliers et hospitaliers • Campagnes communautaires et interventions individuelles pour promouvoir un changement de comportement lié à une conduite sûre et des lois encourageant un changement de comportement • Mesures de prévention de la noyade auprès de l'ensemble de la population, au sein de la communauté et au niveau individuel • Évaluation et prise en charge des adolescents présentant des traumatismes involontaires, y compris liés à l'alcool • Conception et amélioration des infrastructures • Normes de sécurité des véhicules 	<p>Stratégies INSPIRE destinées à prévenir et à réagir à toutes les formes de violence à l'encontre des enfants et des adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lois concernant l'interdiction du recours à la violence à titre punitif, les sévices sexuels et l'exploitation sexuelle des enfants, la prévention de l'abus d'alcool et la limitation de l'accès des jeunes aux armes à feu et aux autres armes • Normes et valeurs : modifier l'acceptation de normes de genre et de normes sociales restrictives et néfastes, programmes de mobilisation communautaire, interventions de témoins • Environnements sûrs : intervenir dans les « zones sensibles », interrompre la propagation de la violence, améliorer l'environnement construit • Appui aux parents et aux personnes s'occupant des enfants, par des visites à domicile, des approches communautaires et des programmes complets • Amélioration du revenu et de la situation économique : transferts monétaires, épargne et crédits mutuels, microfinance • Services de soutien et d'intervention : dépistage et interventions, conseils et traitements, programmes destinés aux jeunes délinquants, placement dans des familles d'accueil • Éducation et compétences essentielles : taux de scolarisation plus élevé, environnement scolaire favorable et sûr, formation aux compétences essentielles et à la vie en société 	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation sexuelle complète • Information, conseils et services pour une santé sexuelle et reproductive complète, dont contraception • Prévention et action en cas de pratiques néfastes, telles que les mutilations sexuelles féminines et le mariage précoce ou forcé • Soins avant, pendant et après la grossesse, lors de l'accouchement et lors d'une interruption de grossesse (si la loi l'autorise), adaptés aux adolescentes • Prévention, détection et traitement des infections génitales et sexuellement transmissibles, y compris VIH et syphilis • Circoncision masculine médicale volontaire (dans les pays confrontés à une épidémie généralisée de VIH) • Soins complets de l'enfant (y compris l'adolescent) vivant avec le VIH ou exposé au virus
Maladies transmissibles	Maladies non transmissibles, nutrition et activité physique	Santé mentale, usage de substances psychoactives et auto-agression	Problèmes particulièrement prioritaires en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité
<ul style="list-style-type: none"> • Prévention, détection et traitement des maladies transmissibles, notamment la tuberculose • Vaccination systématique, par exemple contre le papillomavirus humain, l'hépatite B, la diphtérie et le tétanos, la rubéole, la rougeole • Prévention et prise en charge des maladies de l'enfant, notamment du paludisme, de la pneumonie, de la méningite et de la diarrhée • Prise en charge des cas de méningite 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions au niveau structurel, environnemental, organisationnel, communautaire, interpersonnel et individuel pour promouvoir un comportement sain (par exemple nutrition ; activité physique ; pas de tabac, d'alcool ou de drogues) • Prévention, détection et traitement des maladies non transmissibles • Prévention, détection et prise en charge de l'anémie, en particulier chez les adolescentes ; supplémentation en fer, le cas échéant • Traitement et réadaptation des enfants présentant une anomalie congénitale ou un handicap 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins aux enfants présentant un retard de développement • Soins et stimulation répondant aux besoins • Soutien psychosocial et services apparentés pour la santé mentale et le bien-être mental des adolescents • Formation aux compétences parentales adaptées à la prise en charge des troubles du comportement de l'adolescent • Interventions structurelles, environnementales, organisationnelles, communautaires, interpersonnelles et individuelles pour prévenir l'abus de substances psychoactives • Détection et prise en charge en cas de consommation de substances dangereuses et nocives • Interventions structurelles, environnementales, organisationnelles, communautaires, interpersonnelles et individuelles pour prévenir le suicide chez les adolescents • Prise en charge en cas de risque d'auto-agression ou de suicide 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les problèmes et veiller à l'adéquation de la nutrition dans les catégories de population adolescente, en fonction de l'âge, du sexe, du poids, du niveau d'activité physique et d'autres facteurs clés • Services de santé essentiels destinés aux adolescents handicapés en situation d'urgence • Dépistage médical d'anciens enfants soldats, prise en charge clinique et soutien psychosocial communautaire pour les victimes de sévices sexuels ou d'actes de violence sexuelle • Ensemble initial minimal de services en santé sexuelle et reproductive • Accès en toute sécurité à des toilettes et mesures pour assurer leur utilisation et la propreté des lieux ; matériels et fournitures pour l'hygiène féminine, et autres interventions concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène • Promotion de la santé mentale par des activités récréatives normales pour les adolescents, reprise d'une scolarité formelle ou informelle et participation à des activités pratiques d'intérêt commun • Premiers secours psychologiques et prise en charge en première ligne des troubles mentaux, neurologiques et des affections liées à la consommation de substances psychoactives chez les adolescents

^a Des exemples d'interventions dans chaque domaine sont présentés ; liste complète dans la Section 3

Résumé d'orientation

Nombre d'interventions efficaces en faveur de la santé des adolescents s'adressent spécifiquement à ces populations. Ces interventions ciblent soit l'ensemble des populations adolescentes (par exemple l'éducation sexuelle complète) soit des sous-populations d'adolescents particulièrement vulnérables (par exemple la supplémentation en fer pour les adolescentes postpubertaires dans les zones où la prévalence de l'anémie est élevée).

Cependant, afin de réduire certaines des principales causes de morbidité et de mortalité des adolescents, les interventions couvrant l'ensemble de la population doivent être adaptées aux besoins spécifiques des adolescents. Par exemple, il est nécessaire d'abaisser le seuil d'alcoolémie pour les conducteurs adolescents, ou de communiquer plus d'informations aux adolescents vivant avec le VIH et de les aider davantage à respecter leur traitement. Pour atténuer d'autres causes de morbidité et de mortalité importantes et facteurs de risque majeurs chez les adolescents,

il est également essentiel de veiller à la qualité et à la couverture universelle des interventions destinées à toutes les tranches d'âge. Il faut à cet égard faire appliquer les lois et politiques relatives à la circulation, créer une infrastructure d'alimentation en eau et d'assainissement adéquate, et mettre en œuvre des mesures et une législation qui rendent financièrement moins accessibles les produits du tabac, l'alcool et les aliments et boissons nocifs pour la santé.

Les principaux déterminants de la santé des adolescents étant extrasanitaires, nombre d'interventions doivent impérativement associer d'autres secteurs. Celui de l'éducation joue un rôle fondamental : il peut influencer sur le comportement, la santé et le bien-être des adolescents au travers d'initiatives intensives, de long terme et à grande échelle, déployées par des professionnels, et l'éducation elle-même constitue un déterminant clé à la fois de la santé des adolescents et, plus tard, des adultes.

Section 4.

Définir les priorités nationales pour la programmation en faveur de la santé des adolescents

Il n'existe pas d'interventions idéales et universelles, pour la santé des adolescents, qui répondraient aux besoins de tous les pays. De fait, la nature, l'ampleur et l'impact des besoins sanitaires des adolescents diffèrent d'un pays à l'autre. En outre, étant donné que tous les pays manquent de ressources, ils doivent opérer des choix difficiles pour veiller à ce que celles allouées à la santé des adolescents soient utilisées avec le plus d'efficacité. Ils devraient donc évaluer les besoins de cette population au niveau national avant d'élaborer leur propre programme en faveur de la santé des adolescents. Ce processus comporte trois étapes : évaluation des besoins, analyse globale et définition des priorités (Figure H).

Figure H. Définition des priorités nationales pour la programmation en faveur de la santé des adolescents



Les pays devraient revoir périodiquement leurs priorités et leur programmation en matière de santé des adolescents, au moins tous les cinq ans, pour vérifier qu'elles continuent de répondre aux besoins de cette population. Ils devraient prendre en considération les évolutions ayant trait à la santé et aux services de santé, au développement économique, à l'emploi, aux migrations, à l'urbanisation, aux conflits, à la dégradation de l'environnement et à l'innovation technologique.

Section 5.

Programmation nationale en faveur de la santé des adolescents

Les éléments spécifiques de la conception et de la mise en œuvre des programmes nationaux en faveur de la santé des adolescents sont fonction des priorités identifiées, ainsi que des objectifs et des secteurs concernés. Les éléments de programmation communs en matière de santé des adolescents peuvent être résumés dans un cadre logique (Figure I). Le leadership des pouvoirs publics, la participation des adolescents, un financement adéquat et la responsabilisation constituent les quatre conditions essentielles de la programmation nationale en faveur de la santé des adolescents.

Même s'il n'est pas le seul secteur concerné, le secteur de la santé joue un rôle déterminant dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

Les pays pourraient envisager de nommer un point focal chargé de la santé des adolescents au sein du ministère de la santé afin que, dans ce secteur, les besoins des adolescents bénéficient d'une attention explicite, continue et spécifique.

Cette personne serait chargée de :

- promouvoir la santé des adolescents au sein du ministère
- coordonner l'attention systématique accordée aux besoins des adolescents dans tous les programmes de santé
- servir d'agent de liaison lors des interventions intersectorielles.

Figure I. Cadre logique de la programmation nationale en faveur de la santé de l'adolescent



Résumé d'orientation

Dans le but d'accélérer les progrès en direction de la couverture sanitaire universelle, les pays pourraient envisager d'institutionnaliser, dans le cadre du secteur de la santé, des programmes répondant à un large éventail de priorités pour la santé des adolescents. Dans ce cas, le point focal chargé de la santé des adolescents au sein du ministère de la santé sera également le coordonnateur du programme national ad hoc.

Des programmes intersectoriels seront probablement nécessaires pour progresser dans des domaines complexes tels que la prévention des maladies non transmissibles, du suicide, des grossesses précoces et de l'utilisation de substances psychoactives. Parallèlement aux progrès de la scolarisation aux niveaux primaire et secondaire, les programmes de santé scolaire qui traitent des grandes priorités de manière intégrée sont au cœur de l'action intersectorielle en faveur de la santé des adolescents.

Chaque école devrait devenir une école de promotion de la santé conformément aux directives de l'OMS. Les pays qui ne disposent pas encore d'un programme national de santé scolaire institutionnalisé devraient envisager d'en mettre un sur pied, et les pays qui en sont déjà dotés devraient s'efforcer de l'améliorer constamment pour le faire correspondre aux bases factuelles relatives aux interventions efficaces et aux priorités émergentes.

Pour prendre en compte des déterminants plus larges de la santé et pour atteindre d'autres cibles des ODD au-delà de la couverture sanitaire universelle, d'autres secteurs joueront un rôle clé, épaulés par le secteur de la santé. Les pouvoirs publics devraient veiller à ce que toutes les politiques mettent l'accent sur la santé des adolescents dans le cadre de la planification stratégique et opérationnelle de routine de tous les secteurs concernés. Une action intersectorielle sera nécessaire et fera intervenir l'éducation, la protection sociale, les routes et transports, les télécommunications, le logement et l'urbanisme, l'énergie, l'eau et l'assainissement et l'environnement, ainsi que le système de justice pénale.

Le secteur de la santé doit participer de manière systématique à la planification stratégique et opérationnelle de ces secteurs de sorte que l'approche de « la santé de l'adolescent dans toutes les politiques » soit déployée pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques. Cette approche pourrait être facilitée par la mise en place d'un groupe de coordination national qui superviserait les efforts en faveur de la santé et du bien-être des adolescents dans tous les secteurs et les différents ministères.

La participation et le rôle moteur des adolescents doivent être soutenus activement lors de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des programmes de santé qui leur sont destinés. En outre, une approche axée sur l'équité devrait guider toutes les étapes de la programmation, depuis l'identification des buts, des cibles et des objectifs, jusqu'à la définition d'indicateurs de suivi des interventions, des services et des activités. Il est impératif de concevoir des stratégies spécifiques pour les catégories de population marginalisées car elles sont les plus exposées aux risques et sont généralement les plus difficiles à atteindre. Il s'agit des adolescents qui vivent dans des zones reculées, qui ne sont pas scolarisés ou qui travaillent dans le secteur domestique ou informel.

Section 6.

Suivi, évaluation et recherche portant sur les programmes en faveur de la santé des adolescents

Le suivi et l'évaluation doivent considérer individuellement chaque étape et chaque activité importante à l'intérieur du cadre logique régissant la programmation nationale en faveur de la santé des adolescents (Figure I). Dans la mesure du possible, les programmes pour la santé des adolescents devraient assurer le suivi de l'éventail complet des indicateurs – intrants et processus, extrants, résultats et impact – car ils répondent à différentes questions.

Pour le suivi des programmes, tout particulièrement de leurs résultats et de leur impact, la Stratégie mondiale comporte 60 indicateurs, dont 43 concernent spécifiquement les adolescents (tels que le taux de mortalité des adolescents) ou les prennent en compte (par exemple l'expérience de la violence

sexuelle).

Les pays devraient recueillir des données sur ces indicateurs et les utiliser afin de suivre leurs avancées vers les ODD et, spécialement dans le secteur de la santé, les progrès en direction de la couverture sanitaire universelle. Ils devraient, à tout le moins, suivre les 16 indicateurs clés, dont 12 sont pertinents pour les adolescents. Dans le contexte national, il faut aussi mesurer les indicateurs retenus pour le suivi des intrants, des processus et des extrants spécifiques à la situation du pays. On pourra ainsi améliorer l'efficacité, l'efficience et la pérennité des programmes. Si les ressources sont limitées, les indicateurs les plus importants seront ceux qui guideront les décisions et l'action à l'échelon local.

La Section 6 présente des exemples de tous ces types d'indicateurs permettant de déterminer dans quelle mesure un programme appuie un système national de santé à l'écoute des adolescents. Par ailleurs, elle prend l'exemple de trois programmes intersectoriels spécifiques (un programme visant à réduire le nombre de grossesses d'adolescentes, un programme de santé scolaire et un programme pour la santé mentale des adolescents) pour montrer comment les pays peuvent mesurer chacun de leurs intrants, de leurs processus, de leurs extrants, de leurs résultats et de leurs impacts.

La Section 6 énonce aussi, au niveau national, les sources de données possibles pour les indicateurs relatifs à la santé des adolescents, y compris ceux ayant trait aux résultats de santé de cette population ; à la disponibilité, à la prestation et à l'état de préparation des services ; aux politiques ; à la législation et à la réglementation ; au financement et aux ressources alloués aux programmes ; et aux processus disponibles en appui à un programme pour la santé des adolescents. Le projet de collaboration sur les données sanitaires (Health Data Collaborative) travaille avec les pays à améliorer la disponibilité, la qualité et l'exploitation des données pour la prise de décisions et pour le suivi, au niveau local, des progrès dans la réalisation des ODD relatifs à la santé. Des évaluations périodiques des programmes en faveur de la santé des adolescents sont

indispensables et devraient s'appuyer sur des données de suivi qui sont recueillies systématiquement.

Les changements physiques, affectifs et sociaux rapides qui se produisent à l'adolescence représentent des défis particuliers pour ces programmes, ce qui nécessite de ventiler les données selon l'âge (tranches d'âge de cinq ans) et par sexe. Le suivi de l'équité et des droits des adolescents revêt, lui aussi, une importance cruciale. En outre, les adolescents eux-mêmes devraient prendre part au suivi, à l'évaluation et à la recherche portant sur les programmes. Il faudrait tout particulièrement veiller à ce que les adolescents participent à ces efforts en fonction de l'évolution de leurs capacités et étant donné la nécessité d'une protection adaptée. Les pays devraient également envisager d'instaurer des mécanismes de collecte de données pilotés par les jeunes, afin que ces derniers puissent être associés à la mise en œuvre des ODD et à la responsabilisation dans ce domaine.

Trois récents exercices mondiaux visant à définir les priorités de la recherche en santé des adolescents montrent que ces priorités évoluent : les questions de base sur l'état de santé des adolescents cèdent la place à une réflexion sur les meilleures solutions permettant d'optimiser le renforcement des interventions existantes et de vérifier l'efficacité des interventions nouvelles.

Section 7. Conclusion

Les perspectives sont actuellement très encourageantes pour la santé des adolescents. Dans de nombreux pays, les services et les programmes en faveur de la santé des adolescents ne sont plus simplement intégrés dans ceux axés sur les enfants ou les adultes. Beaucoup de pays ont élaboré et mettent en œuvre des programmes de santé nationaux spécifiques aux adolescents. Ces efforts sont très différents tant au sein d'un même pays ou d'une même Région que d'un pays ou d'une Région à l'autre, mais de nombreux pays ont réussi à intensifier l'éducation de base en matière de santé sexuelle et reproductive dans les écoles et à fournir des services et des produits ad hoc aux adolescents par le biais des établissements de santé. En outre, certains pays s'efforcent d'élargir les programmes de santé des adolescents pour y inclure d'autres priorités, telles que les traumatismes et la violence, les maladies transmissibles et non transmissibles, la nutrition et l'activité physique, la santé mentale et la consommation de substances psychoactives.

Il reste cependant encore beaucoup à faire. De nombreux problèmes de santé des adolescents contribuent largement à la mortalité et au mauvais état de santé des adolescents et des adultes. Il s'agit notamment de la santé mentale, de la nutrition, de la violence et des traumatismes. Mais les programmes nationaux s'intéressent généralement peu aux adolescents, alors qu'il faudrait leur consacrer des programmes spécifiques.

Les stratégies d'apprentissage et d'action qui requièrent la participation des adolescents doivent être évaluées sans plus attendre car elles pourraient se révéler très prometteuse pour améliorer la santé des adolescents, mais aussi pour faire diminuer la charge de morbidité future des adultes.

Aujourd'hui, même s'il reste beaucoup de recherches à mener pour étayer la base de données factuelles et pour découvrir et tester des interventions et approches nouvelles, il existe déjà des interventions et des outils reposant sur des données probantes à même de relever efficacement ces défis. Les pouvoirs publics ont de bonnes raisons de s'y atteler, que ce soit dans un but économique, de santé publique et/ou de défense des droits humains. Et, ce faisant, ils obtiendront le triple retour sur investissement pour les adolescents aujourd'hui, pour les adultes qu'ils seront demain et pour la prochaine génération.

Il est important que les pouvoirs publics et leurs partenaires enrichissent leurs connaissances à mesure qu'ils mettent en œuvre des programmes en faveur de la santé des adolescents sur la base des orientations AA-HA! et de la Stratégie globale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) dans son ensemble. Il faudra créer des plateformes d'apprentissage qui contribueront au partage d'expériences, de sorte que les orientations AA-HA! puissent évoluer.



1. AA-HA! – Un moment inédit pour la santé des adolescents

Messages prioritaires

- Les objectifs de développement durable ne pourront être atteints sans investir dans la santé et le bien-être des adolescents. Il faut notamment parvenir aux buts relatifs à la pauvreté, à la faim, à l'éducation, à l'égalité hommes-femmes, à l'eau et à l'assainissement, à la croissance économique, aux établissements humains, au changement climatique et à des sociétés pacifiques et inclusives.
- Les investissements dans ces domaines offrent un triple retour sur investissement : pendant l'adolescence, pour la vie future à l'âge adulte et pour la génération suivante.
- L'adolescence étant l'une des phases les plus rapides et les plus formatrices du développement humain, elle a des conséquences importantes pour les politiques et les programmes nationaux.
- Le développement physique, cognitif, social, affectif et sexuel rapide pendant l'adolescence doit tout particulièrement retenir l'attention dans les politiques, programmes et plans nationaux de développement.
- L'adolescence est également une période au cours de laquelle apparaissent ou se cristallisent des habitudes à risque ou des comportements protecteurs. Ils auront des effets majeurs sur la santé à l'âge adulte.
- Les adolescents représentent un sixième de la population mondiale ; et supportent une part non négligeable de la charge mondiale de morbidité et de traumatismes. Les programmes nationaux doivent, dans chaque pays, prêter une attention particulière aux facteurs de risques, usages ou comportements des adolescents.
- Les investissements dans la santé de l'adolescent permettront de consolider les améliorations obtenues chez le jeune enfant et permettront aux adolescents de devenir des adultes en bonne santé, équipés pour apporter une contribution positive à la société.
- Les autorités nationales peuvent agir aujourd'hui pour protéger et promouvoir la santé des adolescents en :
 - identifiant les facteurs les plus importants du bien-être des adolescents, de la charge de traumatismes et de morbidité qu'ils supportent ainsi que de risques pour leur santé à l'âge adulte ;
 - déterminant les interventions qui sont les plus efficaces, les plus adaptées et les plus acceptables ;
 - instaurant un ensemble personnalisé d'interventions, divers mécanismes pour les mettre en œuvre ainsi qu'un plan de suivi et d'évaluation.

1.1.

Un appel pour une action accélérée en faveur de la santé des adolescents

Il existe aujourd'hui une occasion sans précédent d'améliorer la santé des adolescents. Dans le monde entier, on perçoit un sentiment d'urgence croissant à répondre plus efficacement à leurs besoins. La croissance et le développement physiques, cognitifs et psychosociaux rapides qui se produisent entre 10 et 19 ans influencent l'individu pour le reste de sa vie. En outre, les adolescents supportent une part non négligeable de la charge mondiale de morbidité et des traumatismes. Nombre de ces problèmes peuvent être évités ou traités, mais ils restent à ce jour négligés et il faut leur consacrer davantage d'attention et d'investissements. Reconnaître l'importance critique du développement des adolescents — et investir suffisamment pour promouvoir et protéger pleinement leur santé et leur bien-être — est indispensable au développement durable.

La communauté internationale répond à cet appel à l'action. En septembre 2015, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies a lancé la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016–2030) (la Stratégie mondiale) en appui à la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (51). La Stratégie mondiale imagine un monde dans lequel chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent réalisera ses droits à la santé et au bien-être physique et mental, disposera d'opportunités sociales et économiques et pourra participer pleinement à la construction de sociétés prospères et durables. Voir la Section A1.1 de l'annexe 1 pour plus d'informations sur la Stratégie mondiale (11).

Pour cette nouvelle stratégie, les adolescents jouent un rôle central pour parvenir aux objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030, notamment en ce qui concerne la pauvreté, la faim, l'éducation, l'égalité hommes-femmes, l'eau et l'assainissement, la croissance économique, les établissements humains, le changement climatique et des sociétés pacifiques et inclusives (52).

S'appuyant sur l'élan créé par le Programme 2030 et la Stratégie mondiale, la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a demandé au Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) d'élaborer des orientations mondiales sur la manière de prendre des mesures accélérées pour la santé des adolescents (AA-HA!) (389). Les orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays de l'Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!) aideront les décideurs et les gestionnaires de programmes au niveau national à répondre aux besoins sanitaires des adolescents dans leur pays, en fixant des priorités claires et en réalisant une planification, une mise en œuvre et un suivi sur mesure dans leurs plans nationaux. Le présent document d'orientation a été élaboré sous l'égide de l'OMS, en consultation avec les adolescents et les jeunes, les États Membres, les organismes des Nations Unies, les organisations de la société civile et d'autres partenaires. Les Sections A1.2 et A1.3 de l'annexe 1 décrivent ces consultations et le processus d'élaboration et d'examen de ces orientations.

1. AA-HA! – Un moment inédit pour la santé des adolescents

1.2.

Pourquoi investir dans la santé des adolescents ?

L'une des raisons essentielles, et primordiales, d'investir dans la santé des adolescents tient au fait que les adolescents ont, comme tous les êtres humains, un droit fondamental à la vie, au développement, au meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre et à l'accès aux services de santé (voir la Section A1.4 de l'annexe 1 pour plus d'informations sur les droits des adolescents). Ces droits sont soutenus par des instruments mondiaux relatifs aux droits humains, auxquels presque tous les pays sont signataires (14) (15) (53).

Plus précisément, il apparaît de plus en plus clairement que la promotion et la protection de la santé des adolescents mèneront à d'importants bienfaits en matière de santé publique, économiques et démographiques (4) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61). Les efforts en faveur de la santé des adolescents offrent un triple retour sur investissement (55) :

- **À court terme pendant l'adolescence** – la promotion de comportements positifs a des effets bénéfiques immédiats sur la santé (par exemple, une bonne hygiène du sommeil, la prise de risques dans un cadre constructif comme les activités sportives ou le théâtre) ; il en va de même de la prévention, du dépistage et du traitement précoce (pour ce qui est par exemple de l'abus de substances psychoactives, des troubles mentaux, des traumatismes et des infections sexuellement transmissibles).
- **Pour la vie future à l'âge adulte** – afin de favoriser des modes de vie sains et de réduire la morbidité, les handicaps et la mortalité prématurée par la suite, il faut chercher à promouvoir des comportements sains dès l'adolescence (une bonne alimentation, une activité physique suffisante et l'utilisation de préservatifs par ceux qui sont sexuellement actifs) et à réduire l'exposition à des substances nocives et les comportements néfastes pour la santé (pollution de l'air, obésité, consommation d'alcool et de tabac, par exemple).
- **Pour la génération suivante** – les enfants que les adolescents d'aujourd'hui auront plus tard ont tout à gagner de la promotion du bien-être affectif et des pratiques saines de ceux-ci (par exemple en matière de gestion des conflits, de vaccinations appropriées et de nutrition) et de la prévention de certains facteurs de risques, usages ou comportements (exposition au plomb et au mercure, violence interpersonnelle, mutilations sexuelles féminines, usage de substances psychoactives, grossesses précoces et grossesses rapprochées, par exemple).

Les investissements dans la santé des adolescents maintiennent et renforcent les interventions de santé efficaces dont les enfants ont bénéficié durant la petite enfance, et remédie aux problèmes de santé antérieurs. Inversement, les gains réalisés grâce à des investissements substantiels dans les programmes de santé maternelle et infantile au cours des dernières décennies risquent d'être perdus si les investissements dans les programmes de santé des adolescents sont insuffisants aujourd'hui (62).

En outre, l'amélioration de la santé des adolescents se traduit par des avantages économiques et sociaux plus importants, grâce à une productivité accrue, des coûts de santé réduits et un capital social amélioré (59). Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'investissement dans la santé des adolescents entraînera probablement une baisse des taux de mortalité et de fécondité, ce qui peut contribuer à accélérer la croissance économique. Lorsque, dans un pays, le nombre annuel de naissances recule, la part de la population jeune dépendante dans la population en âge de travailler (15-64 ans) diminue, créant une fenêtre d'opportunité pour une croissance économique rapide (4) (58). Dans les pays à revenu élevé, l'investissement dans la santé et le bien-être des adolescents ayant peu de ressources financières, y compris de ceux qui affichent des taux de natalité élevés et sont plus exposés aux facteurs de risque de mauvaise santé, peut éviter que la pauvreté et la précarité continuent de se transmettre de génération en génération (63) (64).

Il est également essentiel d'investir dans la santé des adolescents si l'on veut parvenir aux 17 ODD et à leurs 169 cibles, qui portent chacune directement ou indirectement sur le développement, la santé ou le bien-être des adolescents. Certains ODD, tels que ceux concernant la santé et la sécurité alimentaire, englobent la santé et le bien-être des adolescents dans des cibles couvrant des populations plus larges. D'autres ciblent précisément les adolescents, comme le résume l'Encadré 1.1.



Encadré 1.1. Cibles des objectifs de développement durable qui portent spécifiquement sur les adolescents

- Réduire de moitié au moins la proportion d'enfants qui vivent dans la pauvreté sous tous ses aspects, telle que définie par chaque pays (Cible 1.2).
- Répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes (Cible 2.2).
- Faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons suivent, sur un pied d'égalité, un cycle complet d'enseignement primaire et secondaire gratuit et de qualité, qui débouche sur un apprentissage véritablement utile (Cible 4.1).
- Augmenter considérablement le nombre de jeunes disposant des compétences, notamment techniques et professionnelles, nécessaires à l'emploi, à l'obtention d'un travail décent et à l'entrepreneuriat (Cible 4.4).
- Éliminer les inégalités entre les sexes dans le domaine de l'éducation et assurer l'égalité d'accès à tous les niveaux d'enseignement et de formation professionnelle aux enfants en situation vulnérable (Cible 4.5).
- Veiller à ce que tous les jeunes sachent lire, écrire et compter (Cible 4.6).
- Faire construire des établissements scolaires qui soient adaptés aux enfants ou adapter les établissements existants à cette fin et fournir un cadre d'apprentissage effectif, qui soit sûr, exempt de violence et accessible à tous (Cible 4.a).
- Mettre fin, dans le monde entier, à toutes les formes de discrimination à l'égard des filles (Cible 5.1).
- Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes formes de violence faite aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation (Cible 5.2).
- Éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine (Cible 5.3).
- Adopter des politiques bien conçues et des dispositions législatives applicables en faveur de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des filles à tous les niveaux et renforcer celles qui existent (Cible 5.c).
- Assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des filles (Cible 6.2).
- Parvenir au plein emploi productif et garantir à tous les jeunes un travail décent et un salaire égal pour un travail de valeur égale (Cible 8.5).
- D'ici à 2020, réduire considérablement la proportion de jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation (Cible 8.6).
- Prendre des mesures immédiates et efficaces pour supprimer le travail forcé, mettre fin à l'esclavage moderne et à la traite d'êtres humains, interdire et éliminer les pires formes de travail des enfants, y compris le recrutement et l'utilisation d'enfants soldats et, d'ici à 2025, mettre fin au travail des enfants sous toutes ses formes (Cible 8.7).
- D'ici à 2020, élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale en faveur de l'emploi des jeunes et appliquer le Pacte mondial pour l'emploi de l'Organisation internationale du travail (Cible 8.b).
- Assurer l'accès de tous à des systèmes de transport sûrs, accessibles et viables, à un coût abordable, en améliorant la sécurité routière, notamment en développant les transports publics, une attention particulière devant être accordée aux besoins des enfants (Cible 11.2).
- Assurer l'accès de tous, en particulier des enfants, à des espaces verts et des espaces publics sûrs (Cible 11.7).
- Promouvoir des mécanismes de renforcement des capacités afin que les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement se dotent de moyens efficaces de planification et de gestion pour faire face aux changements climatiques, l'accent étant mis sur les jeunes (Cible 13.b).
- Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants (Cible 16.2).

Enfin, investir dans la santé des adolescents revêt une importance vitale car l'adolescence représente une phase particulière du développement humain, mais aussi en raison de la charge de morbidité et des traumatismes que supportent les populations adolescentes. Le reste de cette section se concentrera sur ces deux thèmes avant d'aborder la nécessité d'adopter des approches individualisées des interventions portant sur la santé des adolescents et de l'établissement des priorités dans les programmes nationaux en la matière.

1. AA-HA! – Un moment inédit pour la santé des adolescents

1.3.


L'adolescence, une étape formatrice et particulière du développement humain

Les 1,2 milliard d'adolescents dans le monde représentent aujourd'hui plus d'un sixième (18 %) de la population mondiale (65). Ils sont loin de représenter une population homogène : ils diffèrent sur le plan de la culture, de la nationalité, de la richesse, de l'éducation, de la famille et sur bien d'autres plans, ce qui peut avoir des conséquences non négligeables sur leur santé et leur bien-être. Néanmoins, dans toutes les sociétés et tous les contextes, les adolescents connaissent les mêmes expériences clés de développement lorsqu'ils passent de l'enfance à l'âge adulte : croissance physique rapide, changements hormonaux, développement sexuel, émotions nouvelles et complexes, augmentation des capacités cognitives et intellectuelles, développement moral et évolution des relations avec les autres adolescents et avec leur famille (19).

Le bien-être des adolescents repose sur une santé et un développement physiques, sexuels, neurologiques et psychosociaux positifs (66) (68) (73) (318). Une santé physique positive à l'adolescence recouvre l'expérience de la puberté (c'est-à-dire la manifestation biologique de l'adolescence), un sommeil suffisant, la consommation d'eau salubre, la qualité de l'air, l'absence de traumatismes, un régime alimentaire nutritif, une bonne santé et la non-consommation de substances psychoactives. Pendant l'adolescence, les jeunes développent également leur identité sexuelle. Certains commencent à avoir des relations sexuelles, à vivre en couple et à fonder une famille, parfois contre leur gré (69). La santé sexuelle positive recouvre des facteurs physiques, affectifs, mentaux et sociaux.

Elle porte notamment sur la prévention de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et d'autres infections sexuellement transmissibles, ainsi que l'absence de grossesse précoce ou non désirée ou d'avortement risqué, et non seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Le bien-être sexuel repose sur une approche des relations sexuelles informée et respectueuse et, si une personne est sexuellement active, sur des expériences sexuelles sans risque et mutuellement consenties (70).

Le développement neurologique positif à l'adolescence est facilité par la prise de risques dans un cadre constructif, ainsi que par l'apprentissage et l'expérience de sorte à stimuler des connexions cérébrales positives. La santé psychosociale positive à l'adolescence passe notamment par un sens positif de l'identité et de l'estime de soi, des relations saines avec sa famille et ses pairs, une protection contre la violence et la discrimination, la possibilité d'apprendre et d'être productif, la capacité à utiliser les ressources culturelles pour maximiser son développement et des occasions de prendre des décisions, de développer des valeurs et de cultiver des compétences sociales et le souci de la justice à travers des activités de groupe. Pour les adolescents qui vivent avec des affections physiques ou psychologiques chroniques ou un handicap, la santé signifie qu'ils ont des stratégies d'adaptation positives, sont aussi actifs que possible, respectent leur traitement et restent en lien avec les services de soins et de soutien.



« Nous faisons parfois des devoirs jusque tard dans la nuit. Certains camarades de classe vivent loin et doivent se lever très tôt, vers 6 heures du matin, pour aller à l'école tous les jours. Ils dorment moins que les élèves qui vivent plus près de l'école, et s'endorment pendant les cours. Ils sont incapables de se concentrer sur les leçons. »

Adolescente dans la RAS de Hong Kong (Chine)

Les adolescents ne sont pas juste des enfants plus âgés ou des jeunes adultes. Les déterminants de la santé humaine prennent alors des formes particulières et ont des répercussions considérables (71).

La Figure 1.1 illustre comment ces déterminants peuvent influencer la santé des adolescents à différents niveaux d'un modèle écologique : individuel, interpersonnel, communautaire, organisationnel, environnemental, structurel et macro.

Figure 1.1. Exemples de facteurs à différents niveaux écologiques ayant des impacts uniques à l'adolescence

Individuel	Développement physique, neurocognitif, psychosocial rapide : bouleversement hormonal et puberté ; sensations et émotions nouvelles et complexes ; prise de conscience de la sexualité et de l'identité sexuelle ; explosion du développement électrique et physiologique du cerveau ; intensification et évolution des capacités cognitives ; maîtrise des émotions et des pulsions influencée par le milieu
Interpersonnel	Évolution des compétences sociales ; engagement accru au-delà du cercle familial ; remise en question de l'autorité ; prise de décisions de plus en plus autonome ; importance accrue des relations avec les pairs ; formation de relations amoureuses
Communautaire	Intérêt croissant pour l'équité et la justice ; influence des valeurs et des normes communautaires, liées au genre et à l'âge par exemple
Organisationnel	Période plus longue consacrée à l'éducation et à la formation grâce à l'extension de l'éducation primaire et secondaire ; entrée plus tardive sur le marché de l'emploi et tendance à retarder le mariage et la procréation ; recours plus indépendant aux services de santé, parfois mal préparés pour répondre aux besoins particuliers des adolescents
Environnemental	Installations d'eau et d'assainissement (par exemple, les filles qui ont leurs règles) ; infrastructure routière (par exemple, en tant que piétons non accompagnés par des adultes) ; qualité de l'air et sécurité incendie (par exemple, les filles qui cuisinent en utilisant des réchauds dangereux)
Structurel	Accès limité à des moyens pratiques (argent, moyens de transport, par exemple) ; représentation limitée dans les instances décisionnelles et rares opportunités de faire entendre leur voix ; politiques de protection de la santé et des droits, par exemple pour la santé sexuelle et reproductive
Macro	Vulnérabilité accrue dans des situations de crise humanitaire et de fragilité, vulnérabilité accrue face à certains aspects de la mondialisation (par exemple, l'addiction au jeu et le harcèlement en ligne à cause de leur exposition à Internet et aux réseaux sociaux)

1. AA-HA! – Un moment inédit pour la santé des adolescents

1.3.1.

Déterminants au niveau individuel

Le début de l'adolescence est aussi une période où le cerveau subit une formidable poussée de développement neurophysiologique (65). Le volume cérébral total atteint son maximum au début de l'adolescence et les réseaux de neurones sont profondément réorganisés, ce qui a des répercussions sur les capacités émotionnelles, physiques et mentales (65) (72). Les changements se produisent plus rapidement dans certaines régions du cerveau, comme le système limbique, qui sont responsables de la recherche du plaisir, du traitement des récompenses, de la réponse émotionnelle et de la régulation du sommeil (73). Les changements se produisent à un rythme un peu plus lent dans le cortex préfrontal, la zone responsable de la

prise de décisions, de l'organisation, du contrôle des impulsions et de la planification pour l'avenir (73) (75). Ces développements commencent plus tard et prennent plus de temps chez les garçons que chez les filles, de sorte que les garçons ont généralement tendance à agir impulsivement et à manquer d'esprit critique plus longtemps que les filles (65). Cela ne veut pas dire que les jeunes adolescents sont incapables de prendre des décisions ou de planifier leur avenir (73). En fait, certains des changements dans les processus sociaux et affectifs qui se produisent pendant l'adolescence augmentent la capacité des adolescents à s'adapter à des contextes sociaux en mutation (74).



©Edith Kachingwe

Les développements neurologiques à l'adolescence ont des implications sur la propension à l'exploration, à l'expérimentation et à la prise de risques qui survient souvent à ce stade de la vie. Fait important, la maturité biologique précède la maturité psychosociale et, dans une certaine mesure, contribue à un équilibre différent entre les capacités physiques des adolescents, leur recherche de sensations et leur capacité de maîtrise de soi par rapport aux adultes (73). Néanmoins, la plupart des adolescents sont capables d'explorations et d'expérimentations qui contribuent à leur développement positif, et n'adoptent pas de comportements qui compromettent leur santé. À la fin de l'adolescence, les jeunes ont davantage de capacités d'abstraction, d'analyse, de réflexion et de raisonnement (65).

« Je pense que c'est chouette de grandir, parce qu'on peut faire des choses nouvelles et apprendre des choses nouvelles. »

Jeune adolescent aux États-Unis

La nature évolutive des capacités physiques, émotionnelles et cognitives des enfants signifie que le potentiel d'autonomie des adolescents augmente à mesure qu'ils grandissent, ce qui a des implications importantes pour les politiques et la législation nationales. Ces documents d'orientation devraient reposer sur une compréhension des étapes de développement des adolescents, afin que le droit des adolescents à la protection n'entre pas en conflit avec leur droit émergent à l'autonomie (15) (73).

1.3.2.

Déterminants aux niveaux interpersonnel et communautaire

Aux niveaux interpersonnel et communautaire, de nouvelles aptitudes et compétences sociales se développent durant l'adolescence, et les relations familiales et entre pairs se transforment. Les jeunes adolescents commencent à définir leurs propres valeurs et critères de moralité, s'intéressent à l'équité et à la justice et peuvent chercher à tester les limites (65) (73). Ils recherchent plus d'indépendance et de responsabilité, souhaitent se soustraire au contrôle parental et affirment leur autonomie en matière de décisions, d'émotions et d'actions. Alors qu'ils s'éloignent de plus en plus de la cellule familiale et commencent à prendre des décisions indépendantes (allant des personnes qu'ils fréquentent à la nourriture qu'ils consomment), il est important de leur donner des informations sur les changements qu'ils expérimentent et sur la manière de se protéger des risques. Au début de l'adolescence, ils prennent conscience de l'opinion que leurs pairs portent sur eux et ils y attachent beaucoup d'importance.

« Mon amie est importante pour moi, car elle m'aide à surmonter tout ce que je ressens, comme le stress. Nous avons conclu un pacte : malgré ce que nous traversons à l'école (par exemple nous nous faisons harceler), nous devons toujours essayer d'avoir de bonnes notes, parce que nous voulons toutes les deux entrer dans un bon lycée. »

Jeune adolescente aux États-Unis

À la fin de l'adolescence, l'influence du groupe de pairs commence à perdre de son importance à mesure que l'identité et les opinions de l'adolescent lui-même se clarifient et se confirment (65) (76). L'adolescent commence également à accorder une plus grande importance aux relations amoureuses. À la fin de l'adolescence, les jeunes ont souvent une compréhension plus complexe et plus philosophique de l'éthique, des questions sociales et des droits humains. Certains s'engagent dans des mouvements politiques, se forment un cadre de valeurs et se soucient davantage de leur communauté. La fin de l'adolescence peut être une période d'opportunités, d'idéalisme et de promesses, car les jeunes confortent leur identité et leur propre vision du monde et commencent à chercher activement à façonner leur communauté et la société (73).

Avec l'expansion rapide des médias numériques dans de nombreux pays, les interactions interpersonnelles et sociales à l'adolescence

ont subi — et continuent de subir — des changements profonds, ce qui amène à s'interroger sur la façon dont l'utilisation d'Internet, des réseaux sociaux, du téléphone portable et d'autres nouvelles technologies de communication peut influencer le développement de l'adolescent, à la fois positivement et négativement (22) (77) (78) (79) (80). Par exemple, les adolescents peuvent tirer de nombreux avantages d'un accès régulier et fiable aux médias numériques, y compris pour échanger avec des amis, trouver d'autres adolescents qui partagent les mêmes idées et accéder à des informations et des réseaux diversifiés où ils trouvent une aide, indépendamment des parents et des autres adultes, ce qui les rend plus autonomes (80) (81).

« Beaucoup de gens disent que jouer à des jeux vidéo n'est qu'un sport d'intérieur. Mais, en réalité, l'utilisation de la manette améliore votre motricité, vous apprenez à gérer une situation qui ne cesse d'évoluer et devient de plus en plus difficile, et vous essayez de résoudre ce problème calmement et sans vous stresser. »

Adolescent dans la RAS de Hong Kong (Chine)

Cependant, plusieurs risques importants existent également, y compris l'équivalent électronique de problèmes hors ligne traditionnels tels que le harcèlement et l'accès à des images violentes et dégradantes ou à des informations antisociales (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91). Les pressions sociales peuvent être amplifiées en ligne, car elles sont moins visibles des adultes, et ceux-ci peuvent moins les atténuer.

« Des trucs comme la pornographie... je ne vais pas du tout sur ces sites, mais je connais des petits voisins qui les regardent. »

Jeune adolescent en Égypte

La Section A1.5 de l'annexe 1 décrit les recherches en cours sur l'impact de l'exposition aux médias numériques sur la santé et le bien-être des adolescents, et la Section A3.1.3 décrit les interventions au niveau des médias numériques.

1. AA-HA! – Un moment inédit pour la santé des adolescents

1.3.3.

Déterminants depuis le niveau organisationnel jusqu'au niveau macro

Au niveau organisationnel, les établissements (écoles primaires, secondaires, tertiaires ou professionnelles) jouent un rôle essentiel dans la promotion et la protection de la santé des adolescents. Une meilleure éducation est associée à une amélioration de la santé et du bien-être tout au long de la vie et dans des contextes socioéconomiques, culturels et politiques très différents (92). En particulier, les bienfaits de l'enseignement secondaire pour la santé (baisse de la fécondité, de la mortalité et de la prévalence du VIH chez les adolescents, par exemple) peuvent être encore plus importants que ceux associés à l'éducation primaire, en particulier pour les femmes et les habitants des pays à revenu faible ou intermédiaire (93). L'expansion mondiale de l'enseignement primaire et secondaire au cours des dernières décennies a donc été importante, car elle a permis aux adolescents de consacrer un plus grand nombre d'années qu'auparavant à l'éducation et à la formation. Il en résulte un creusement de l'écart entre la maturité biologique (mesurée par la ménarche, par exemple) et le fait d'assumer les rôles et responsabilités qui incombent aux adultes (comme fonder une famille) (73).

Les systèmes de santé exercent également une influence cruciale sur le bien-être des adolescents. Du fait de leur développement physique, sexuel, cognitif et émotionnel particulier, et en évolution rapide, les adolescents ont, en matière de soins de santé, des besoins différents de ceux des jeunes enfants et des adultes (73). Pourtant, la plupart des systèmes de santé ont toujours été axés sur les services aux mères, aux enfants en bas âge et aux personnes âgées, et ne comportent pas de programmes spécifiquement adaptés aux besoins des adolescents. Les déterminants au niveau environnemental peuvent également

influencer profondément la santé et le développement des adolescents. L'environnement biologique (comme la prévalence du paludisme ou du VIH), l'environnement chimique (plomb, mercure ou autres perturbateurs endocriniens) et l'environnement physique (routes ou réseaux d'eau et d'assainissement) peuvent avoir des effets profonds sur les adolescents, qu'ils soient filles ou garçons (94) (95) (96) (97). Par exemple, la période d'exposition à laquelle les individus seront les plus sensibles aux perturbateurs endocriniens correspond aux phases critiques du développement humain, telles que la puberté. Ces expositions peuvent provoquer des changements qui, bien que moins évidents que les anomalies congénitales, peuvent induire des changements permanents qui entraînent une augmentation de l'incidence de certaines maladies tout au long de la vie adulte (96) (98) (99).

Au niveau structurel, les politiques et les lois peuvent avoir des effets sur le bien-être des adolescents de plusieurs façons, par exemple par le biais de la fiscalité, des mises en garde sanitaires et des restrictions d'accès qui visent à éviter l'exposition nuisible aux opérations de marketing de l'industrie du tabac, de l'alcool, de l'alimentation et des boissons, ainsi que de la mode (100) (101) (102) (103). Au niveau macro, les politiques économiques et les accords commerciaux mondiaux peuvent avoir des répercussions sur la santé des adolescents (73). Ils peuvent par exemple inciter les adolescents à ne pas abandonner l'école et faire en sorte qu'à la fin de leur scolarité, les jeunes puissent accéder à des emplois qui leur permettent de s'épanouir.

Certains déterminants ont trait à la santé et au bien-être des adolescents à plusieurs niveaux écologiques. Par exemple, les normes de genre influent sur les attentes des adolescents et sur leur perception de ce qui est acceptable et approprié au niveau individuel. Au niveau interpersonnel, elles peuvent également influencer les décisions familiales concernant l'allocation des ressources et l'importance relative de l'éducation pour les garçons et les filles. Aux niveaux organisationnel et structurel, ces normes se reflètent dans les inégalités et les restrictions aux niveaux de l'emploi et l'éducation (73).



©Edith Kachingwe

1.4.

Charge de morbidité et des traumatismes chez les adolescents

En plus des besoins de santé et de développement propres à l'adolescence (voir plus haut), les adolescents supportent une proportion non négligeable de la charge de morbidité et des traumatismes à l'échelle mondiale. En 2015, on comptait plus de 3200 décès d'adolescents par jour (16a). Dans chaque Région de l'OMS, les populations adolescentes sont confrontées à divers problèmes de santé majeurs : traumatismes non intentionnels, violence interpersonnelle, santé sexuelle et reproductive, maladies transmissibles, maladies non transmissibles et problèmes de santé mentale.

La Section 2 résume les principales causes de mortalité et de morbidité chez les adolescents dans le monde, ainsi que par Région, par niveau de revenu du pays, par sexe et par groupe d'âge. Il est important de noter que l'impact global de la charge sanitaire des adolescents diffère largement d'une région à l'autre. En 2015, par exemple, on observe plus des deux tiers des décès d'adolescents et plus de la moitié des DALY perdues dans les pays à revenu faible ou intermédiaire d'Afrique et d'Asie du Sud-Est (16a) (16b). En outre, si certaines causes de mortalité ou de morbidité chez les adolescents ont un impact important dans toutes les Régions (accidents de la route, infections des voies respiratoires inférieures, noyades et troubles dépressifs), la nature et l'impact relatif de ces facteurs, notamment, varient fortement au sein d'une même Région et d'une Région à l'autre. Par exemple, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les principales causes de mortalité des adolescents seront les infections des voies respiratoires inférieures et les maladies diarrhéiques en Afrique, la violence interpersonnelle dans les Amériques et la violence collective et les interventions légales dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la Méditerranée orientale (16a). L'adolescence est également une période au cours de laquelle apparaissent ou se cristallisent des habitudes à risque ou des comportements protecteurs qui auront des effets majeurs sur la santé à l'âge adulte, par exemple concernant l'alimentation ou l'activité physique, la consommation de substances psychoactives et les comportements sexuels à risque.

Au niveau national, il est important de déterminer les sous-groupes les plus vulnérables et les plus exposés aux risques, ceux dont les services de santé sont moins accessibles, ceux dont les

résultats sanitaires sont moins bons et ceux dont les problèmes de santé aggravent les effets sociaux. On constate souvent des inégalités entre différents groupes selon le sexe, le revenu, le niveau d'instruction ou selon que le milieu est rural ou urbain (59) (104) (105) (106). Sont particulièrement vulnérables les adolescents vivant avec un handicap ou une maladie chronique (par exemple, la drépanocytose ou le VIH) ; vivant dans des zones peu accessibles ou confrontés à une désorganisation sociale à la suite d'une catastrophe naturelle ou d'un conflit armé (réfugiés par exemple) ; stigmatisés et marginalisés à cause de leur orientation ou de leur identité sexuelle, ou de leur origine ethnique ; exposés à la violence domestique ou à l'abus de substances psychoactives dans le milieu familial ; exploités et victimes d'abus (par exemple, les adolescentes travaillant comme domestiques) ; mariés, ou qui quittent leur lieu d'origine pour travailler ou étudier sans bénéficier d'un soutien familial ou social ; victimes d'une discrimination raciale ou ethnique ; qui ne suivent aucune formation et ne travaillent pas et qui n'ont pas accès aux services de santé ou à la protection sociale (les pauvres en milieu urbain ou rural ou les adolescents sans domicile fixe).

« Mon père frappait beaucoup ma mère. Puis, ma mère a fini par le quitter, mais elle était indécise, et il revenait une fois par mois. Vous grandissez et mûrissez avec ce problème. C'est le problème de ta mère, mais ce qu'elle vit, tu le vis aussi.

Ce que je veux dire, c'est que vous grandissez en absorbant la manière dont il traite votre mère, et vous le notez pour éviter de faire pareil. »

Jeune adolescent en Colombie

1. AA-HA! – Un moment inédit pour la santé des adolescents

1.5.

Définir les interventions de santé destinées aux adolescents

Aujourd'hui, nous avons la chance de disposer d'un nombre important d'interventions fondées sur des bases factuelles, pour lesquelles il a été démontré qu'elles apportent une solution efficace aux principaux problèmes de santé des adolescents. Ceux-ci sont inclus dans la Section 3, qui décrit les 27 interventions reposant sur des bases factuelles dans le cadre de la Stratégie mondiale concernant la santé des adolescents. Elles sont illustrées par des exemples détaillés d'interventions de l'OMS et d'autres partenaires. Les données factuelles comportent de nombreuses lacunes (Section 6), mais les pays peuvent néanmoins agir maintenant avec confiance afin de promouvoir et de protéger efficacement la santé et le bien-être des adolescents.

Les interventions pour la santé des adolescents qui sont fondées sur des bases factuelles revêtent de nombreuses formes, en fonction des déterminants ou des conditions d'intérêt, de la population cible, des circonstances et du contexte particuliers ainsi que des niveaux écologiques et des secteurs dans lesquels une intervention fonctionne le mieux. Certaines interventions se concentrent principalement sur la prévention ou le traitement

d'une maladie ou d'un traumatisme particulier, d'autres sur les facteurs de risque des adolescents. Parmi ces facteurs de risque, on trouve les attributs, les caractéristiques ou les expositions qui accroissent la probabilité qu'un individu souffre d'un résultat de santé négatif, immédiatement ou ultérieurement (13). D'autres initiatives peuvent être qualifiées d'interventions de développement positif, car elles favorisent principalement le développement physique, sexuel, cognitif et psychosocial des adolescents. Les interventions de développement positif ciblent principalement les facteurs de protection. Ce sont des facteurs qui encouragent et soutiennent les comportements positifs, réduisent le risque de comportements et de résultats négatifs en matière de santé et diminuent l'effet des résultats négatifs sur la santé (28). Voir le glossaire pour les définitions d'autres termes clés utilisés dans ce document. L'approche axée sur le développement positif pour les interventions en faveur de la santé des adolescents est décrite plus en détail dans l'Encadré 1.2. En pratique, de nombreux programmes d'interventions axés sur la santé des adolescents combinent ces deux approches générales.

Encadré 1.2. L'approche du développement positif appliquée aux interventions et à la programmation en faveur de la santé des adolescents

L'approche du développement positif s'attache à appuyer des transitions et une croissance saines à l'adolescence, comme le décrit la Section 1.3. Les adolescents sont encouragés à avoir une large palette de compétences, de comportements et de qualités personnelles pour pouvoir évoluer de manière efficace dans leur environnement, bien se comporter avec les autres, obtenir de bons résultats et atteindre leurs objectifs (109). Cette approche vise à accroître la résilience et les facteurs de protection des adolescents (par exemple, un environnement scolaire positif et des parents qui donnent une structure et fixent des limites), plutôt qu'à chercher principalement à réduire les facteurs de risque (consommation de tabac et d'alcool, par exemple). Elle marque un changement important par rapport aux interventions qui considèrent principalement l'adolescence comme une période problématique où les risques sont accrus par des comportements à risque ou inadaptés (consommation de drogues ou d'alcool, rapports sexuels non protégés, délinquance ou violence, par exemple) (20) (66) (110).

Certains auteurs axent les interventions visant le développement positif de l'adolescent sur le bien-être social et affectif. C'est le cas des programmes qui cherchent à renforcer les compétences, la confiance, les liens sociaux, le caractère et la compassion (20) (111). Les orientations AA-HA! donnent une définition plus générale de ces interventions, qui englobe la promotion de la santé physique, sexuelle et neurocognitive chez les adolescents.

Parmi les exemples figurent la psychoéducation parentale, les services de santé adaptés aux adolescents (y compris la promotion de l'éducation en santé et de la participation des adolescents aux soins qui leur sont donnés et à la conception des services) et la promotion de la santé en milieu scolaire (y compris les services de santé, de nutrition et d'hygiène, tels que les équipements et produits nécessaires à l'hygiène menstruelle).

Il est important de souligner qu'une approche du développement positif considère les adolescents comme un atout pour la société, et non comme un problème (112). Elle cherche à leur donner les moyens de jouer un rôle actif au sein de leur famille et de leur communauté. En effet, la participation est l'un des principes clés d'une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme, notamment si cette participation se fait d'une manière adaptée à leur âge et à leur maturité (14) (106). D'après les travaux de recherche, les adolescents qui s'engagent dans des relations pro-sociales et enrichissantes dans des activités significatives et structurées avec des pairs et des adultes bénéficient d'importants avantages en termes de protection (113). En outre, lorsque les adolescents participent à la définition, à l'évaluation des besoins, à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation d'un programme de santé, cela renforce leur sentiment d'appropriation et leur volonté de s'engager envers ce programme, mais aussi la pertinence et l'efficacité de ce dernier.

De nombreuses interventions efficaces pour traiter les principaux problèmes qui touchent les adolescents sont spécifiques à cette population, c'est-à-dire qu'elles s'adressent exclusivement, ou principalement, aux adolescents. On peut par exemple citer la vaccination contre le papillomavirus humain, l'hygiène menstruelle, les services de santé scolaire et une éducation sexuelle complète.

Il est important de reconnaître également que les adolescents bénéficieront grandement de nombreuses interventions ciblant des groupes d'âge plus larges, voire la population dans son ensemble. Ainsi, la réduction de la pollution de l'air en milieu urbain contribue de manière significative à rendre l'environnement urbain plus sain pour les enfants et les adolescents. L'amélioration des systèmes de transports publics urbains liés à des réseaux piétonniers et cyclables plus sûrs est un exemple concret d'intervention bénéfique à tous, mais surtout aux enfants et aux adolescents (114). Cependant, si ces interventions ne tiennent pas compte des besoins spécifiques des adolescents, bien souvent, ces derniers n'en bénéficieront pas autant qu'ils le devraient. Par exemple, lorsque l'on définit des limites d'alcoolémie pour les conducteurs, il faut tenir compte du fait que les niveaux de concentration d'alcool dans le sang qui affectent les capacités de conduite seront plus

bas chez les adolescents que chez les adultes. Les lois devraient donc fixer des niveaux maximum plus faibles pour les conducteurs adolescents. Les interventions structurelles ne sont pas les seules à nécessiter des adaptations aux besoins spécifiques des adolescents. De nombreuses interventions au niveau individuel requièrent également une adaptation à l'âge (par exemple, fournir un soutien supplémentaire ainsi que des informations adaptées aux adolescents vivant avec le VIH).

La Section 3 résume à la fois les interventions qui ciblent uniquement les adolescents et celles qui incluent les adolescents dans un groupe cible plus large. Elle vise à mettre en avant les aspects des interventions destinées aux adolescents, et souligne combien il est important de répondre aux besoins spécifiques des adolescents lors de la conception et de la mise en œuvre des interventions à tous les niveaux du cadre écologique : depuis le niveau structurel ou environnemental jusqu'au niveau individuel.

1.6.

Définir les priorités, mettre en œuvre et évaluer les programmes nationaux

Les exemples ci-dessus, qui attestent de la diversité de la charge et des modes d'intervention, témoignent de la nécessité, pour chaque pays, de procéder à une analyse minutieuse de sa situation avant d'élaborer, ou d'améliorer, un plan national de santé pour les adolescents. Cette initiative est plus importante que jamais, compte tenu de l'évolution des tendances nationales et mondiales en matière de santé et de services de santé, de développement économique, d'emploi, de migration, d'urbanisation, de conflit, de dégradation environnementale et d'innovation technologique (55). Il est essentiel que les pays évaluent leurs besoins particuliers en matière de santé des adolescents, déterminent les interventions les plus appropriées et fondées sur des bases factuelles pour les résoudre, puis fixent les priorités de leurs programmes nationaux en faveur de la santé des adolescents (69). La Section 4 fournit des indications détaillées sur la façon de mener à bien un tel processus.

Il ne suffira pas de définir rigoureusement les priorités pour la santé des adolescents et de sélectionner des interventions fondées sur des bases factuelles, il faut également instaurer des programmes nationaux efficaces et efficaces pour les mettre en œuvre. La Section 5 porte sur la planification et le déploiement des programmes nationaux de santé des adolescents, tenant compte des éléments clés que sont la direction multisectorielle, les ressources, les systèmes de protection financière, le personnel, la qualité du service, les systèmes de gestion de l'information, les politiques, la participation des adolescents, la confidentialité et l'équité.

Enfin, des systèmes de suivi et d'évaluation bénéficiant d'une planification et d'une mise en œuvre soigneuses sont essentiels si l'on veut que les programmes nationaux atteignent leurs objectifs. La recherche est également indispensable car elle renforce l'efficacité des programmes de santé des adolescents. La Section 6 fournit des orientations sur ces questions ; et s'intéresse notamment à des aspects qui concernent en particulier les adolescents (besoin moral et juridique de permissions, par exemple) ainsi que la participation des adolescents aux interventions en fonction de l'évolution de leurs capacités.

2. Charge de morbidité et des traumatismes et facteurs de risque

Messages prioritaires :

- En 2015, plus de deux tiers des décès d'adolescents se sont produits dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) des Régions de l'Afrique (45 %) et de l'Asie du Sud-Est (26 %). Ces deux Régions affichent une forte population adolescente et un taux de mortalité adolescente élevé.
- Certains traumatismes et maladies sont communs aux adolescents dans le monde entier. Les accidents de la route, la noyade, l'auto-agression, les infections des voies respiratoires inférieures, l'anémie ferriprive et les troubles dépressifs sont courants dans la plupart des Régions.
- Certaines causes de décès ou d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) perdues sont plus répandues selon le sexe ou l'âge. Chez les hommes, on peut mentionner les accidents de la route, la noyade, la violence interpersonnelle et les troubles du comportement de l'enfant et, chez les femmes, les affections liées à la maternité et les troubles anxieux ; les jeunes adolescents sont particulièrement concernés par les infections des voies respiratoires inférieures et l'anémie ferriprive, et les adolescents plus âgés par les accidents de la circulation, l'auto-agression, la violence interpersonnelle et les troubles dépressifs.
- Les conséquences des maladies et des traumatismes sur les adolescents varient selon les Régions modifiées de l'OMS. Quelques exemples de zones où les taux de décès ou de DALY perdues sont particulièrement élevés ¹ :
 - Les PRFI de l'Afrique – infections des voies respiratoires inférieures, maladies diarrhéiques, méningites, VIH/sida
 - Les PRFI des Amériques – violence interpersonnelle et asthme
 - Les PRFI de la Méditerranée orientale – violence collective et interventions légales
 - Les PRFI d'Europe – auto-agression et troubles dépressifs
 - Les PRFI d'Asie du Sud-Est – maladies diarrhéiques et tuberculose
 - Les PRFI du Pacifique occidental – leucémie et maladies de la peau
 - Les Pays à revenu élevé (PRE) – anomalies congénitales, troubles dépressifs, troubles anxieux et troubles du comportement de l'enfant.
- S'agissant des adolescents entre 10 et 14 ans, le manque d'eau potable, l'inadéquation des installations d'assainissement et l'hygiène des mains inadaptée sont les trois principaux facteurs de risque sanitaire pour les garçons et les filles.
- S'agissant des adolescents entre 15 et 19 ans, les premiers facteurs de risque sanitaire sont la consommation d'alcool et de tabac, ainsi que les relations sexuelles non protégées et l'usage de substances psychoactives, qui ont pris de l'ampleur, de même que les violences exercées par le partenaire intime et les risques professionnels.
- Il importe d'intensifier les efforts pour préserver la santé des adolescents en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité, y compris en ce qui concerne la malnutrition, les handicaps, les traumatismes involontaires, la violence, la santé sexuelle et reproductive (grossesses précoces, VIH et autres IST, ainsi que les avortements non sécurisés), l'accès à l'eau et à des installations d'assainissement et les besoins sanitaires connexes (comme l'hygiène menstruelle), de même que la santé mentale.

Cette section décrit les principaux traumatismes et maladies² ayant des conséquences négatives sur le bien-être des adolescents. La Section 2.1 commence par présenter les causes de morbidité ou de mortalité des adolescents, dans le monde entier et selon les Régions de l'OMS, le revenu du pays concerné, le sexe et l'âge. Les Sections 2.2 à 2.7 détailleront chacune de ces affections réparties en six domaines de santé plus vastes, puis la Section 2.8 précisera la nature des problèmes qui touchent les adolescents en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité.

Les données de cette section sont tirées des Estimations sanitaires mondiales de l'OMS (Global Health Estimates, GHE) de 2015³ pour la charge des maladies et des traumatismes (16a) (16b). Les changements survenus entre les GHE de 2012 et celles de 2015 peuvent soit témoigner d'une évolution sous-jacente du taux de mortalité ou des années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) perdues en fonction de divers facteurs, soit refléter un changement des méthodes et postulats. Dans certains cas, les modifications des postulats ou des modèles entraînent des modifications non négligeables dans le classement relatif des causes de décès ou

de DALY perdues. Le sida est un exemple notable : les GHE 2012 en faisaient la première cause de mortalité chez les adolescents entre 10 et 19 ans dans le monde entier, alors qu'il n'est plus que la huitième cause dans les GHE de 2015. Cette évolution est due, dans une large mesure, aux changements de méthodes employées pour évaluer la charge de cette maladie selon l'âge et le sexe. Le sida demeure la quatrième cause de mortalité des adolescents entre 10 et 19 ans dans les PRFI de la Région africaine de l'OMS, malgré des améliorations en ce qui concerne la détection, le traitement et les soins.

Les classements relatifs des causes de décès et des types de traumatismes ont été établis à partir des connaissances les plus précises en la matière, compte tenu de la disponibilité et de la qualité des données sur la cause des décès, ainsi que de la prévalence des maladies dans le monde entier. À mesure que les données sont affinées, les estimations seront de plus en plus solides et il est possible que la vision d'ensemble change pour certaines Régions. Pour autant, il est d'ores et déjà possible de prendre plusieurs mesures pour améliorer la survie, la santé et le bien-être de tous les adolescents.

¹ Il peut arriver que les taux relatifs à une cause en particulier soient plus élevés dans une autre Région, mais que, dans cette dernière, la cause en question ne soit pas l'une des plus importantes. Le classement reflète l'impact des causes de décès ou de DALY perdues par rapport aux autres causes dans la population de la Région.

² Tous les chiffres absolus, les taux et les classements mentionnés dans la présente section sont tirés des Estimations sanitaires mondiales (Global Health Estimates, GHE) de 2015. On trouvera dans l'annexe 1, à la Section 1.2.1, la méthodologie et les analyses des GHE. Le Tableau 3.1 liste les 27 interventions de la Stratégie mondiale qui ciblent la santé des adolescents.

³ Elles diffèrent significativement des estimations de 2012 figurant dans le rapport La Santé pour les adolescents du monde (2014), et ne peuvent pas être directement comparées avec les précédentes estimations de l'OMS.

2.1.

Charge mondiale et facteurs de risque

On estime que 1,2 million d'adolescents entre 10 et 19 ans sont morts en 2015. Le Tableau 2.1 fait la liste des cinq causes principales de mortalité chez les adolescents dans le monde, en fonction de leur sexe et de leur âge, et le Graphique 2.1 en fournit une représentation visuelle. Les accidents de la route sont la principale cause de mortalité chez les adolescents dans toutes les tranches d'âge. Chez les adolescentes, les infections des voies

respiratoires inférieures sont la principale cause de mortalité pour les plus jeunes, tandis qu'il s'agit de la grossesse chez les plus âgées. Certaines causes sont particulièrement répandues chez les garçons (comme la noyade) ou les filles (les affections liées à la maternité), ainsi que chez les plus jeunes (les infections des voies respiratoires inférieures) ou les plus âgés (la violence interpersonnelle et l'auto-agression).

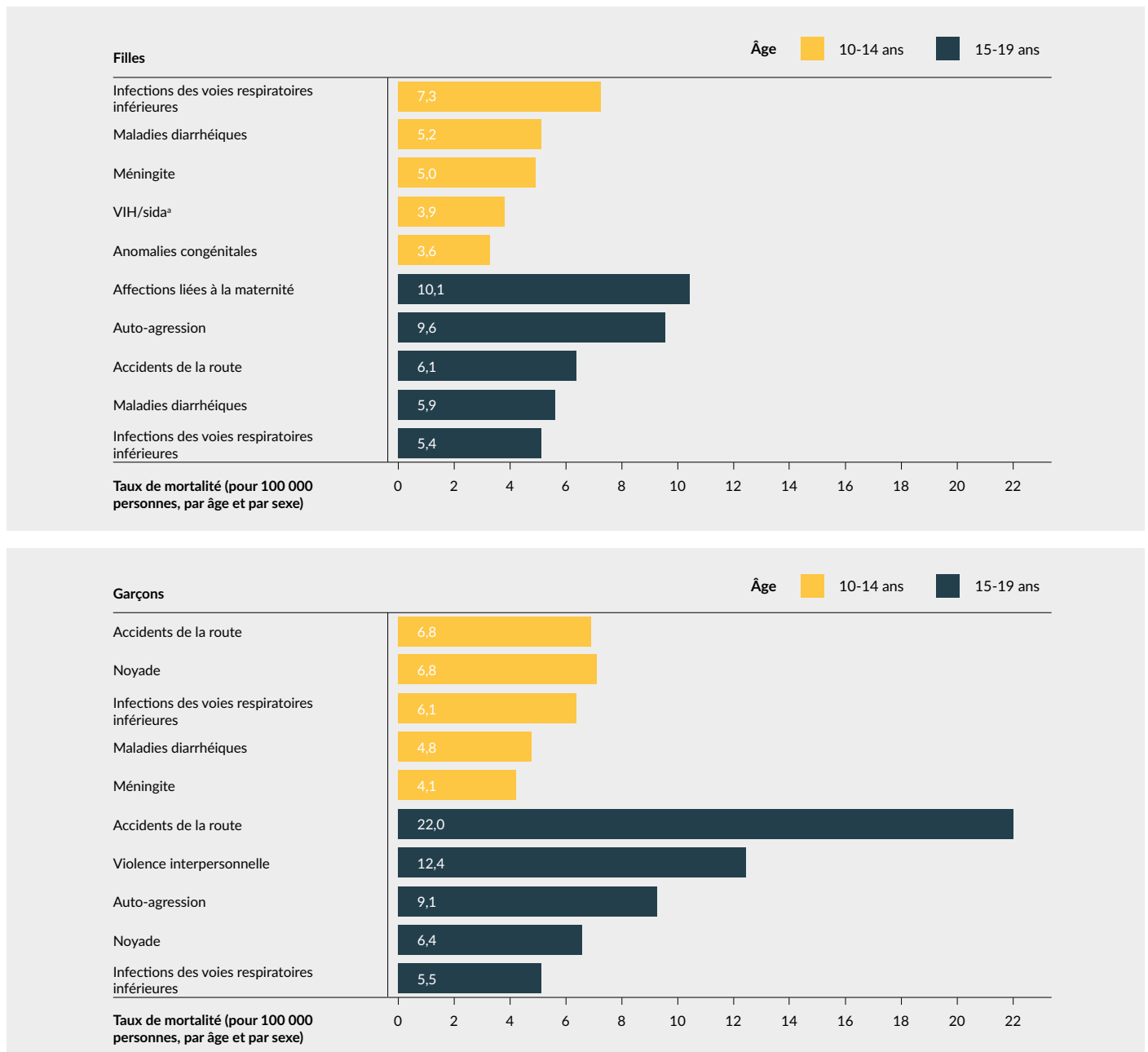
Tableau 2.1. Principales causes de mortalité des adolescents, par sexe et par âge, 2015

Causes de mortalité dans le monde (taux de mortalité pour 100 000 personnes, par âge et par sexe)									
Classement	10–14 ans			15–19 ans			10–19 ans		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
1	Accidents de la route (6,8)	Infections des voies respiratoires inférieures (7,3)	Infections des voies respiratoires inférieures (6,7)	Accidents de la route (22,0)	Affections liées à la maternité (10,1)	Accidents de la route (14,4)	Accidents de la route (14,3)	Infections des voies respiratoires inférieures (6,3)	Accidents de la route (9,6)
2	Noyade (6,8)	Maladies diarrhéiques (5,2)	Noyade (5,2)	Violence interpersonnelle (12,4)	Auto-agression (9,6)	Auto-agression (9,4)	Violence interpersonnelle (6,8)	Auto-agression (5,6)	Infections des voies respiratoires inférieures (6,1)
3	Infections des voies respiratoires inférieures (6,0)	Méningite (5,0)	Accidents de la route (5,1)	Auto-agression (9,1)	Accidents de la route (6,1)	Violence interpersonnelle (7,6)	Noyade (6,6)	Maladies diarrhéiques (5,6)	Auto-agression (5,6)
4	Maladies diarrhéiques (4,8)	Sida (3,9) ^a	Maladies diarrhéiques (5,0)	Noyade (6,4)	Maladies diarrhéiques (5,9)	Maladies diarrhéiques (5,6)	Infections des voies respiratoires inférieures (5,8)	Affections liées à la maternité (5,0)	Maladies diarrhéiques (5,3)
5	Méningite (4,1)	Anomalies congénitales (3,6)	Méningite (4,5)	Infections des voies respiratoires inférieures (5,5)	Infections des voies respiratoires inférieures (5,4)	Infections des voies respiratoires inférieures (5,5)	Auto-agression (5,6)	Accidents de la route (4,6)	Noyade (4,8)

^a Dans les estimations de 2015, le sida a reculé dans le classement des causes de mortalité, l'ONUSIDA ayant réévalué les données utilisées par le modèle Spectrum pour produire ces estimations. D'après les estimations de 2012, le sida était la deuxième cause de mortalité des adolescents dans le monde, mais une nouvelle analyse invite à penser que cette incidence était surestimée. Il n'en demeure pas moins que le sida reste une des principales causes de mortalité chez les adolescents, en particulier dans les PRFI de l'Afrique. Sources : (16a) (16c).

2. Charge de morbidité et des traumatismes et facteurs de risque

Figure 2.1. Les cinq causes principales de décès chez les adolescents en fonction du sexe et de l'âge, estimations, 2015



^aDans les estimations de 2015, le sida a reculé dans le classement des causes de mortalité, l'ONUSIDA ayant réévalué les données utilisées par le modèle Spectrum pour produire ces estimations. D'après les estimations de 2012, le sida était la deuxième cause de mortalité des adolescents dans le monde, mais une nouvelle analyse invite à penser que cette incidence était surestimée. Il n'en demeure pas moins que le sida reste une des principales causes de mortalité chez les adolescents, en particulier dans les PRFI de l'Afrique. Sources : (16a) (16c).

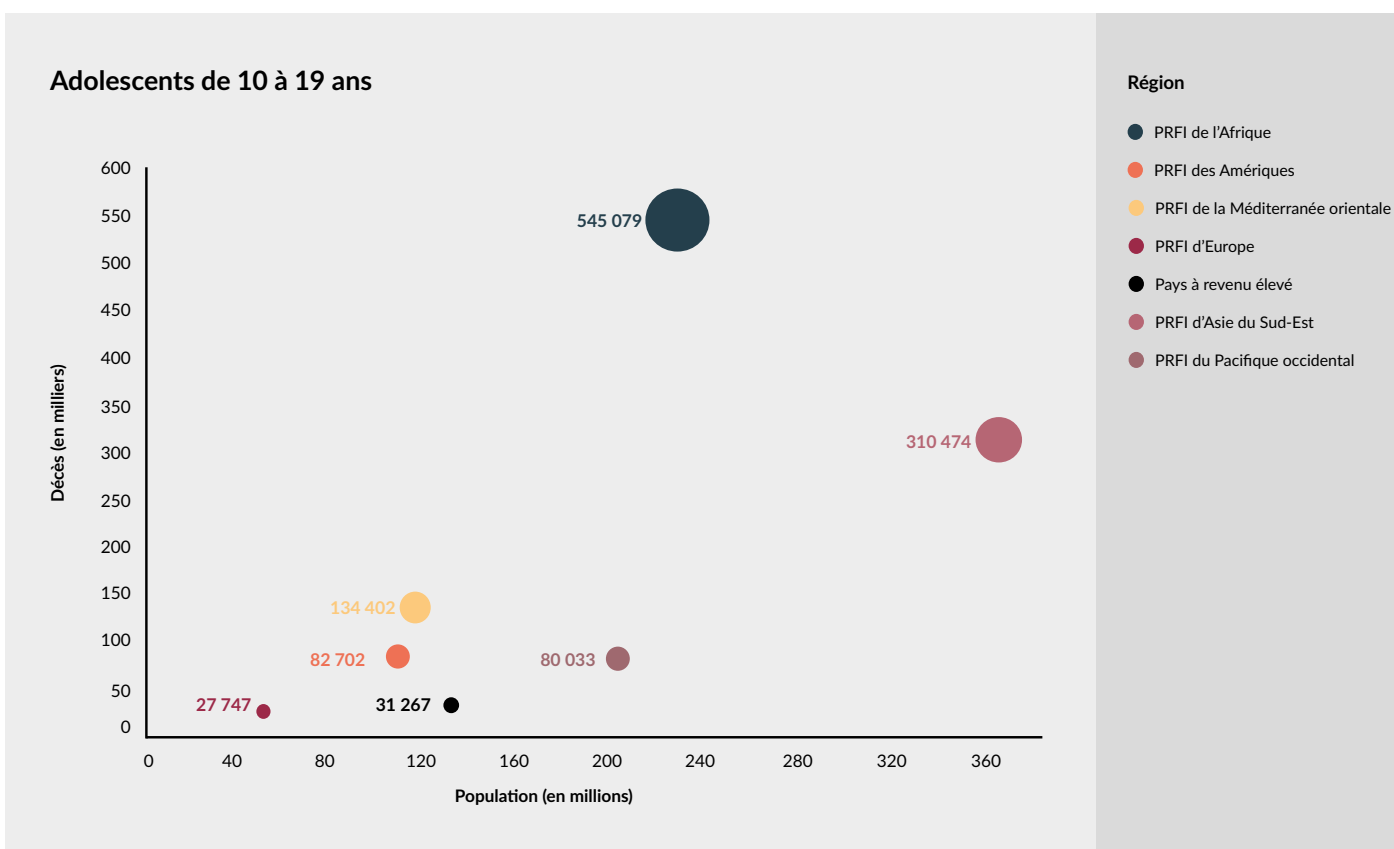
Le Tableau 2.2 fait état de la population adolescente, des taux globaux de mortalité et de DALY.⁵ perdues dans le monde entier et pour les sept Régions modifiées de l'OMS. Le Graphique 2.2 présente ces données de manière visuelle. Près de deux tiers des décès d'adolescents dans le monde et des DALY perdues se sont produits dans les PRFI de l'Afrique et d'Asie du Sud-Est, où vivent respectivement 19 % et 30 % de la population adolescente mondiale.

Ce sont les PRFI de l'Afrique (243 décès pour 100 000 adolescents) et les PRFI de la Méditerranée orientale (115 décès pour 100 000 adolescents) qui enregistrent les taux de mortalité adolescente les plus élevés. Les taux de mortalité adolescente les plus bas sont compris entre un sixième et un dixième de ceux des PRFI de l'Afrique, soit 40 décès pour 100 000 adolescents dans les PRFI du Pacifique occidental et 24 décès pour 100 000 adolescents dans les PRE.

Tableau 2.2. Population adolescente et taux de mortalité et de DALY perdues dans le monde, par Région modifiée de l'OMS, 2015

Adolescents (10-19 ans)	Monde	PRFI de l'Afrique	PRFI des Amériques	PRFI de la Méditerranée orientale	PRFI d'Europe	PRFI d'Asie du Sud-Est	PRFI du Pacifique occidental	PRE
Population en millions (%)	1 197 (100)	225 (19)	108 (9)	117 (10)	50 (4)	362 (30)	201 (17)	130 (11)
Décès en milliers (%)	1 213 (100)	545 (45)	83 (7)	134 (11)	28 (2)	310 (26)	80 (7)	31 (3)
Taux de mortalité (décès pour 100 000 adolescents)	101	243	77	115	55	86	40	24
DALY perdues en millions (%)	168 (100)	58 (35)	13 (8)	18 (11)	5 (3)	47 (28)	17 (10)	10 (6)
Taux de DALY perdues (DALY perdues pour 100 000 adolescents)	14 078	25 936	11 784	15 713	9 770	13 112	8 276	7 545

⁵Pour établir les sept Régions modifiées de l'OMS, on a retiré tous les pays à revenu élevé (PRE) des six Régions de l'OMS pour constituer un septième groupe à part. Les données des Estimations sanitaires mondiales de 2015 ont ensuite été analysées pour ce groupe en particulier, ainsi que pour les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) répartis dans les groupes correspondant aux six Régions de l'OMS. Voir annexe 1, Section A1.2.1, pour plus d'informations.

Figure 2.2. Estimation du nombre de décès d'adolescents en fonction de la taille de la population et des Régions modifiées de l'OMS, 2015

2. Charge de morbidité et des traumatismes et facteurs de risque

On estime que le taux de mortalité chez les adolescents dans le monde a baissé de près de 17 % depuis 2000 (16a). Cette diminution s'observe dans la plupart des Régions modifiées de l'OMS. Les diminutions relatives (30-37 %) les plus importantes se sont produites dans les PRFI d'Asie du Sud-Est, les PRE, les PRFI d'Europe et du Pacifique occidental, suivies des PRFI de l'Afrique (25 %). Les PRFI des Amériques et de la Méditerranée orientale, en revanche, ont enregistré des réductions moins importantes, de 5 % et 2 % respectivement.

Certains des problèmes majeurs qui expliquent les différences significatives de la charge de morbidité des adolescents entre les Régions figurent dans le Tableau 2.3 et dans la Figure 2.3, qui indiquent les cinq causes principales de mortalité dans chacune des sept Régions modifiées de l'OMS.

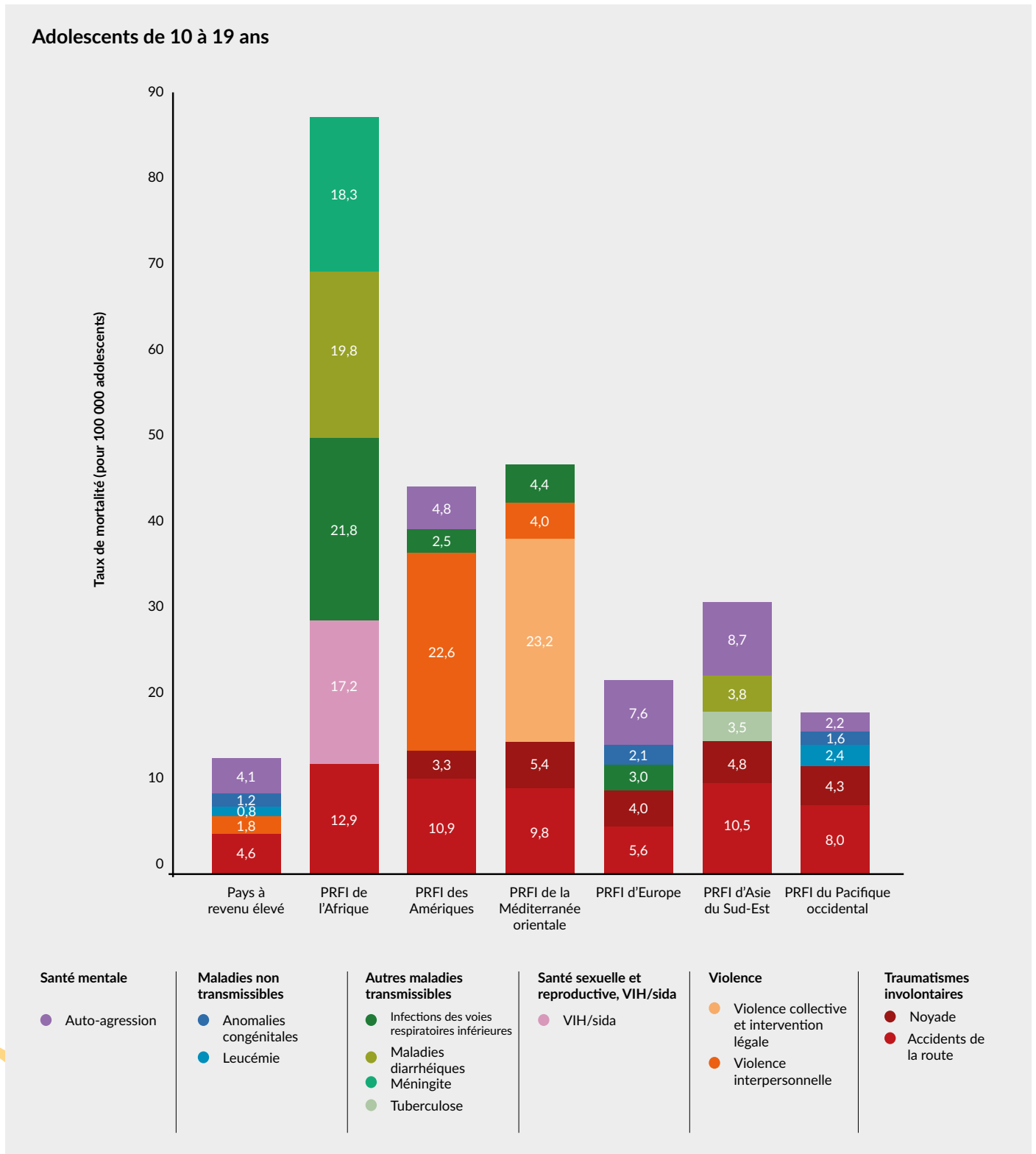
Le Tableau 2.3 montre que certains problèmes sont des causes de mortalité majeures dans la plupart, voire la totalité, des régions. C'est le cas des accidents de la route, de l'auto-agression et de la noyade. Le même Tableau signale également les problèmes qui n'entraînent une charge de morbidité élevée que dans certaines Régions modifiées de l'OMS, comme la méningite et le sida dans les PRFI de l'Afrique, les maladies diarrhéiques et la tuberculose dans les PRFI d'Asie du Sud-Est, la violence interpersonnelle dans les PRE, les PRFI des Amériques et les PRFI de la Méditerranée orientale, la violence collective et les interventions légales dans les PRFI de la Méditerranée orientale, les anomalies congénitales dans les PRFI d'Europe, les PRE et les PRFI du Pacifique occidental, ainsi que la leucémie dans les PRFI du Pacifique occidental.

Tableau 2.3. Principales causes de mortalité adolescente par Région modifiée de l'OMS, 10-19 ans (taux de mortalité pour 100 000 adolescents), 2015

Classement	PRFI de l'Afrique	PRFI des Amériques	PRFI de la Méditerranée orientale	PRFI d'Europe	PRFI d'Asie du Sud-Est	PRFI du Pacifique occidental	PRE
1	Infections des voies respiratoires inférieures (21,8)	Violence interpersonnelle (22,6)	Violence collective et interventions légales (23,2)	Auto-agression (7,6)	Accidents de la route (10,5)	Accidents de la route (8,0)	Accidents de la route (4,6)
2	Maladies diarrhéiques (19,8)	Accidents de la route (10,9)	Accidents de la route (9,8)	Accidents de la route (5,6)	Auto-agression (8,7)	Noyade (4,3)	Auto-agression (4,1)
3	Méningite (18,3)	Auto-agression (4,8)	Noyade (5,4)	Noyade (4,0)	Noyade (4,8)	Leucémie (2,4)	Violence interpersonnelle (1,8)
4	Sida ^a (17,2)	Noyade (3,3)	Infections des voies respiratoires inférieures (4,4)	Infections des voies respiratoires inférieures (3,0)	Maladies diarrhéiques (3,8)	Auto-agression (2,2)	Anomalies congénitales (1,2)
5	Accidents de la route (19,2)	Infections des voies respiratoires inférieures (2,5)	Violence interpersonnelle (4,0)	Anomalies congénitales (2,1)	Tuberculose (3,5)	Anomalies congénitales (1,6)	Leucémie (0,8)

^aDans les estimations de 2015, le sida a reculé dans le classement des causes de mortalité, l'ONUSIDA ayant réévalué les données utilisées par le modèle Spectrum pour produire ces estimations. D'après les estimations de 2012, le sida était la deuxième cause de mortalité des adolescents dans le monde, mais une nouvelle analyse invite à penser que cette incidence était surestimée. Il n'en demeure pas moins que le sida reste une des principales causes de mortalité chez les adolescents, en particulier dans les PRFI de l'Afrique. Sources : (16a) (16c).

Figure 2.3. Classement des cinq causes principales de mortalité adolescente par Région modifiée de l'OMS, 2015



2. Charge de morbidité et des traumatismes et facteurs de risque

Le Tableau 2.4 et la Figure 2.4 présentent les cinq causes principales de DALY perdues chez les adolescents, par sexe et groupe d'âge. L'anémie ferriprive est ainsi la première cause de DALY perdues chez les adolescents de 10 à 14 ans, tous sexes confondus, de même que chez les filles de 15 à 19 ans.

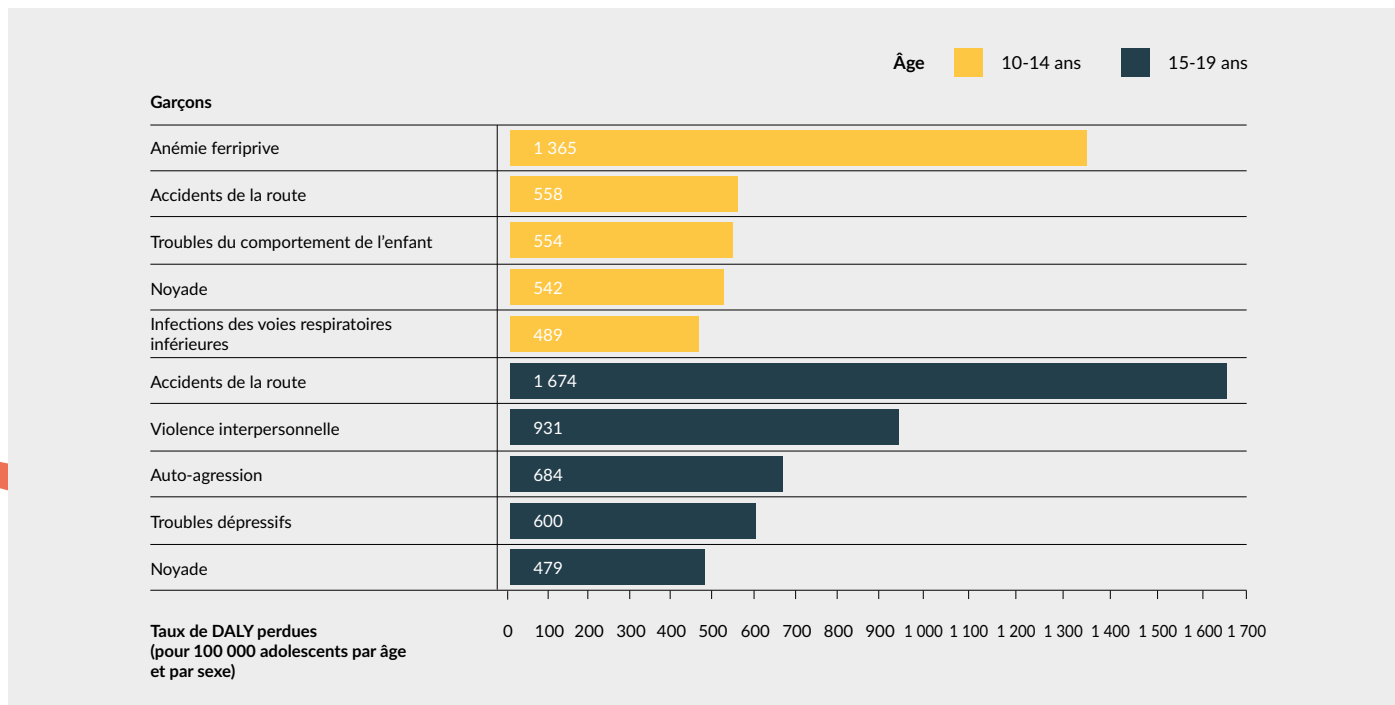
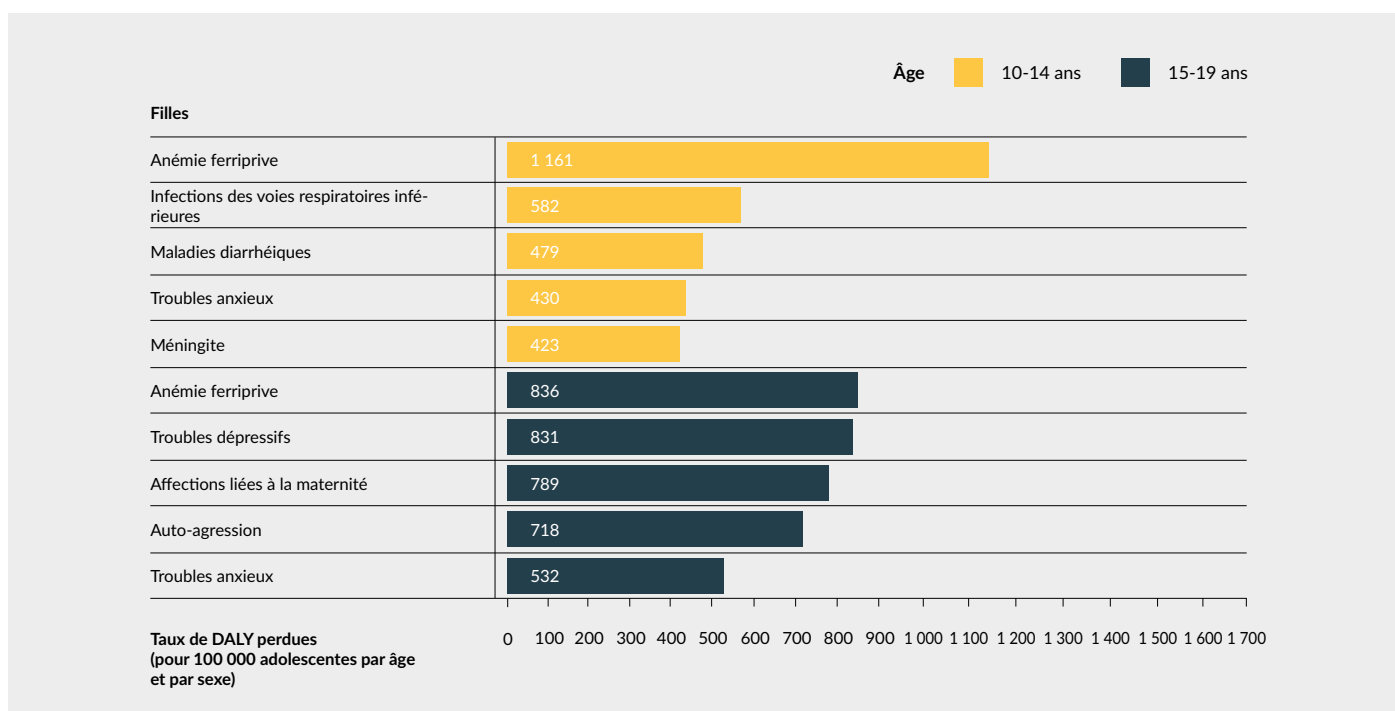
Certaines causes de DALY sont particulièrement élevées parmi les garçons (tels que les accidents de la route ou la noyade), les femmes (les troubles anxieux et les affections liées à la maternité), les adolescents plus jeunes (les infections des voies respiratoires inférieures) ou les plus âgés (l'auto-agression et les troubles dépressifs).

Tableau 2.4. Principales causes de DALY perdues chez les adolescents du monde entier, par sexe et par tranche d'âge, 2015

Causes de DALY perdues dans le monde (taux de DALY pour 100 000 personnes)									
Classement	10-14 ans			15-19 ans			10-19 ans		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
1	Anémie ferriprive (1 365)	Anémie ferriprive (1 161)	Anémie ferriprive (1 267)	Accidents de la route (1 674)	Anémie ferriprive (836)	Accidents de la route (1 094)	Accidents de la route (1 108)	Anémie ferriprive (1 001)	Anémie ferriprive (958)
2	Accidents de la route (558)	Infections des voies respiratoires inférieures (582)	Infections des voies respiratoires inférieures (534)	Violence interpersonnelle (931)	Troubles dépressifs (831)	Troubles dépressifs (712)	Anémie ferriprive (917)	Troubles dépressifs (572)	Accidents de la route (749)
3	Troubles du comportement de l'enfant (554)	Maladies diarrhéiques (479)	Maladies diarrhéiques (457)	Auto-agression (684)	Affections liées à la maternité (798)	Auto-agression (701)	Violence interpersonnelle (518)	Infections des voies respiratoires inférieures (495)	Troubles dépressifs (491)
4	Noyade (542)	Troubles anxieux (430)	Troubles du comportement de l'enfant (451)	Troubles dépressifs (600)	Auto-agression (718)	Anémie ferriprive (640)	Noyade (511)	Maladies diarrhéiques (489)	Infections des voies respiratoires inférieures (473)
5	Infections des voies respiratoires inférieures (489)	Méningite (423)	Accidents de la route (415)	Noyade (479)	Troubles anxieux (532)	Violence interpersonnelle (568)	Troubles du comportement de l'enfant (494)	Troubles anxieux (480)	Maladies diarrhéiques (467)

Source : (16b).

Figure 2.4. Estimations des cinq causes principales de DALY perdues, par sexe et tranche d'âge, 2015



2. Charge de morbidité et des traumatismes et facteurs de risque

Le Tableau 2.5 et la Figure 2.5 montrent les cinq causes principales de DALY perdues chez les adolescents, pour les sept Régions modifiées de l'OMS. Là encore, ce Tableau souligne que certaines causes de DALY perdues sont parmi les premières causes dans une majorité, voire dans la totalité des Régions modifiées de l'OMS (par exemple l'anémie ferriprive, les troubles dépressifs et les accidents de la route). De plus, nombre des principales causes de décès chez les adolescents dans certaines Régions (Tableau 2.3) figuraient aussi parmi les principales causes de DALY perdues dans ces mêmes régions (Tableau 2.5) (comme l'ensemble des maladies infectieuses dans les PRFI de l'Afrique,

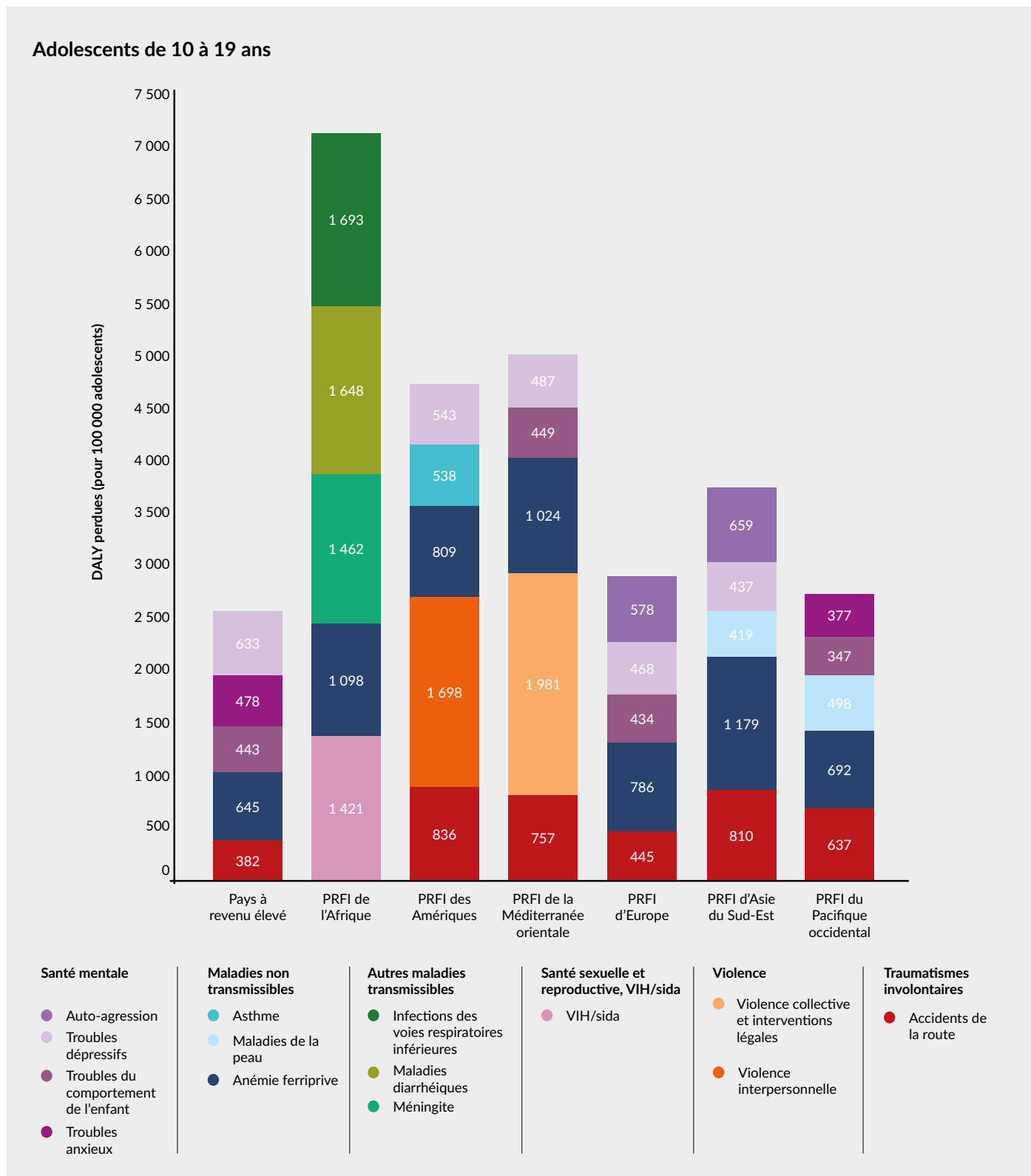
la violence interpersonnelle dans les PRFI des Amériques, la violence collective et les interventions légales dans les PRFI de la Méditerranée orientale et l'auto-agression dans les PRFI d'Europe et d'Asie du Sud-Est). Quant aux autres causes principales de DALY perdues chez les adolescents par Région modifiée de l'OMS, on peut mentionner l'asthme dans les PRFI des Amériques, les troubles du comportement de l'enfant dans les PRE et les PRFI de la Méditerranée orientale, d'Europe et du Pacifique occidental, ainsi que les troubles anxieux dans les PRE et les PRFI du Pacifique occidental.

Tableau 2.5. Principales causes de DALY perdues par Région modifiée de l'OMS, 10-19 ans (taux de DALY pour 100 000 adolescents), 2015

Classement	PRFI de l'Afrique	PRFI des Amériques	PRFI de la Méditerranée orientale	PRFI d'Europe	PRFI d'Asie du Sud-Est	PRFI du Pacifique occidental	PRE
1	Infections des voies respiratoires inférieures (1 693)	Violence interpersonnelle (1 698)	Violence collective et interventions légales (1 981)	Anémie ferriprive (786)	Anémie ferriprive (1 179)	Anémie ferriprive (692)	Anémie ferriprive (645)
2	Maladies diarrhéiques (1 648)	Accidents de la route (836)	Anémie ferriprive (1 024)	Auto-agression (578)	Accidents de la route (810)	Accidents de la route (637)	Troubles dépressifs (633)
3	Méningite (1 462)	Anémie ferriprive (809)	Accidents de la route (757)	Troubles dépressifs (468)	Auto-agression (659)	Maladies de la peau (498)	Troubles anxieux (478)
4	VIH/sida (1 421)	Troubles dépressifs (543)	Troubles dépressifs (487)	Accidents de la route (445)	Troubles dépressifs (437)	Troubles anxieux (377)	Troubles du comportement de l'enfant (443)
5	Anémie ferriprive (1 098)	Asthme (538)	Troubles du comportement de l'enfant (449)	Troubles du comportement de l'enfant (434)	Maladies de la peau (419)	Troubles du comportement de l'enfant (347)	Accidents de la route (382)

Source : (16b).

Figure 2.5. Les cinq causes principales estimées de DALY perdues chez les adolescents par Région modifiée de l’OMS, 2015



2. Charge de morbidité et des traumatismes et facteurs de risque

Les Tableaux 2.6 et 2.7 présentent, à l'échelle mondiale, les facteurs de risque de mortalité ou de DALY perdues en se fondant sur les données de l'étude de 2013 sur la charge mondiale de morbidité (17). Les conclusions de cette étude révèlent que les aspects relatifs à l'hygiène et à l'assainissement (eau non potable, absence de dispositifs d'assainissement, hygiène des mains inadaptée) faisaient partie des principaux facteurs qui pèsent sur la charge de morbidité des adolescents entre 10 et 14 ans dans le monde. La pollution intradomiciliaire, les particules en suspension dans l'air et l'exposition au plomb sont, parmi d'autres, des facteurs de risques environnementaux majeurs pour les jeunes adolescents. L'anémie ferriprive est, de plus, le principal facteur de risque en ce qui concerne les DALY perdues chez les jeunes adolescents.

Tous ces problèmes sont également des facteurs de risque à l'échelle mondiale pour les adolescents entre 15 et 19 ans, d'après la charge mondiale de morbidité 2013. Toutefois, les principaux facteurs de risque pour cette tranche d'âge sont les risques comportementaux (la consommation d'alcool, les relations sexuelles non protégées et, à moindre degré, la consommation de substances psychoactives), qui étaient beaucoup moins importants chez les adolescents plus jeunes. D'après les estimations, on trouve également parmi les 15 principaux facteurs de risque pour les adolescents plus âgés, mais pas pour les

plus jeunes, les risques professionnels, c'est-à-dire liés à l'ergonomie, au bruit et aux traumatismes dans le cadre du travail. Rappelons que certains types de risques et certains facteurs de protection — comme les interventions des parents ou les liens avec l'école, la famille ou les proches — peuvent jouer un rôle non négligeable, mais qu'ils n'ont pas été pris en compte dans les modèles employés.

Enfin, l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2013 a mis en évidence deux schémas structurels importants concernant les facteurs de risque chez les adolescents, qui ont trait aux maladies non transmissibles et à la violence. Plus précisément, on estime que les facteurs de risque touchant les quatre groupes d'adolescents que donne la répartition par âge et par sexe étaient liés à une mauvaise alimentation et au manque d'activité physique (glycémie plasmatique à jeun élevée et hypertension), en particulier chez les plus jeunes adolescents, quel que soit leur sexe. De plus, il apparaît que les sévices sexuels dans l'enfance sont également un facteur de risque majeur pour tous les adolescents, tandis que la violence du partenaire intime était un facteur de risque important pour les adolescentes plus âgées et les jeunes femmes. La Section A2.1 de l'annexe 2 donne des exemples de facteurs de risque pour chaque maladie ou traumatisme spécifique aux adolescents dont il est question dans la Section 2.

Tableau 2.6. Principaux facteurs de risque expliquant la mortalité adolescente, par sexe et tranche d'âge, 2013

Les facteurs de risque pour la mortalité adolescente dans le monde						
Classement	10-14 ans			15-19 ans		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
1	Eau non potable	Eau non potable	Eau non potable	Consommation d'alcool	Relations sexuelles non protégées	Consommation d'alcool
2	Assainissement insuffisant	Assainissement insuffisant	Assainissement insuffisant	Relations sexuelles non protégées	Eau non potable	Relations sexuelles non protégées
3	Hygiène des mains inadaptée	Hygiène des mains inadaptée	Hygiène des mains inadaptée	Eau non potable	Violence du partenaire intime	Eau non potable
4	Consommation d'alcool	Pollution intradomiciliaire	Pollution intradomiciliaire	Assainissement insuffisant	Consommation d'alcool	Assainissement insuffisant
5	Pollution intradomiciliaire	Débit de filtration glomérulaire faible	Consommation d'alcool	Traumatisme professionnel	Assainissement insuffisant	Hygiène des mains inadaptée
6	Débit de filtration glomérulaire faible	Carence en fer	Débit de filtration glomérulaire faible	Hygiène des mains inadaptée	Hygiène des mains inadaptée	Traumatisme professionnel
7	Particules en suspension dans l'air	Consommation d'alcool	Carence en fer	Usage de substances psychoactives	Carence en fer	Violence du partenaire intime
8	Carence en fer	Particules en suspension dans l'air	Particules en suspension dans l'air	Débit de filtration glomérulaire faible	Usage de substances psychoactives	Usage de substances psychoactives
9	Glycémie plasmatique à jeun élevée	Glycémie plasmatique à jeun élevée	Glycémie plasmatique à jeun élevée	Sévices sexuels dans l'enfance	Sévices sexuels dans l'enfance	Débit de filtration glomérulaire faible
10	Sévices sexuels dans l'enfance	Hypertension	Sévices sexuels dans l'enfance	Pollution intradomiciliaire	Débit de filtration glomérulaire faible	Sévices sexuels dans l'enfance
11	Hypertension	Sévices sexuels dans l'enfance	Hypertension	Hypertension	Accident du travail	Carence en fer
12	Relations sexuelles non protégées	Relations sexuelles non protégées	Relations sexuelles non protégées	Carence en fer	Pollution intradomiciliaire	Pollution intradomiciliaire
13	n.d	n.d	n.d	Particules en suspension dans l'air	Glycémie plasmatique à jeun élevée	Glycémie plasmatique à jeun élevée
14	n.d	n.d	n.d	Glycémie plasmatique à jeun élevée	Hypertension	Hypertension
15	n.d	n.d	n.d	Particules en suspension sur le lieu de travail	Particules en suspension dans l'air	Particules en suspension dans l'air

Source : (17). n.d = non disponible

Tableau 2.7. Principaux facteurs de risque liés aux DALY perdues chez les adolescents, par sexe et tranche d'âge, 2013

Les facteurs de risque de DALY perdues chez les adolescents dans le monde						
Classement	10-14 ans			15-19 ans		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total
1	Carence en fer	Carence en fer	Carence en fer	Consommation d'alcool	Carence en fer	Consommation d'alcool
2	Eau non potable	Eau non potable	Eau non potable	Relations sexuelles non protégées	Relations sexuelles non protégées	Relations sexuelles non protégées
3	Assainissement insuffisant	Assainissement insuffisant	Assainissement insuffisant	Eau non potable	Eau non potable	Carence en fer
4	Hygiène des mains inadaptée	Hygiène des mains inadaptée	Hygiène des mains inadaptée	Usage de substances psychoactives	Violence du partenaire intime	Eau non potable
5	Débit de filtration glomérulaire faible	Débit de filtration glomérulaire faible	Débit de filtration glomérulaire faible	Carence en fer	Consommation d'alcool	Usage de substances psychoactives
6	Consommation d'alcool	Glycémie plasmatique à jeun élevée	Glycémie plasmatique à jeun élevée	Assainissement insuffisant	Assainissement insuffisant	Assainissement insuffisant
7	Glycémie plasmatique à jeun élevée	Pollution intradomiciliaire	Consommation d'alcool	Traumatismes professionnels	Usage de substances psychoactives	Hygiène des mains inadaptée
8	Pollution intradomiciliaire	Sérvices sexuels dans l'enfance	Pollution intradomiciliaire	Débit de filtration glomérulaire faible	Hygiène des mains inadaptée	Violence du partenaire intime
9	Sérvices sexuels dans l'enfance	Consommation d'alcool	Sérvices sexuels dans l'enfance	Hygiène des mains inadaptée	Sérvices sexuels dans l'enfance	Débit de filtration glomérulaire faible
10	Particules en suspension dans l'air	Particules en suspension dans l'air	Particules en suspension dans l'air	Sérvices sexuels dans l'enfance	Débit de filtration glomérulaire faible	Sérvices sexuels dans l'enfance
11	Plomb	Hypertension	Plomb	Ergonomie sur le lieu de travail	Glycémie plasmatique à jeun élevée	Traumatisme professionnel
12	Hypertension	Plomb	Hypertension	Glycémie plasmatique à jeun élevée	Ergonomie professionnelle	Glycémie plasmatique à jeun élevée
13	Relations sexuelles non protégées	Relations sexuelles non protégées	Relations sexuelles non protégées	Bruits au travail	Accident du travail	Ergonomie professionnelle
14	Usage de substances psychoactives	Usage de substances psychoactives	Usage de substances psychoactives	Hypertension	Hypertension	Hypertension
15	Carence en vitamine A	Carence en vitamine A	Carence en vitamine A	Pollution intradomiciliaire	Household air pollution	Household air pollution

Source : (17).

2. Charge de morbidité et des traumatismes et facteurs de risque

2.2.

Traumatismes involontaires

Les accidents de la route étaient en 2015 la principale cause de mortalité des adolescents entre 10 et 19 ans (Tableau 2.1), avec environ 115 000 adolescents décédés dans un accident de la route. Si cela concerne toutes les catégories d'âge, tous les sexes et toutes les régions, les garçons et les jeunes hommes plus âgés sont les plus touchés. Dans six des sept Régions modifiées de l'OMS, les accidents de la route étaient par ailleurs la première ou la deuxième cause de mortalité chez les adolescents. Seule exception, l'Afrique, où les autres charges de morbidité (le sida, les infections des voies respiratoires inférieures, les méningites et les maladies diarrhéiques, entre autres) sont d'une ampleur telle que les accidents de la route n'arrivent qu'en cinquième position dans le classement des causes de mortalité des adolescents, alors même que les PRFI de l'Afrique affichent un taux de mortalité sur la route (13 pour 100 000) supérieur à celui de toutes les autres Régions modifiées de l'OMS. Ce sont ensuite les PRFI des Amériques qui affichent le taux le plus élevé de mortalité adolescente sur les routes (11 pour 100 000), suivis par les PRFI d'Asie du Sud-Est (10 pour 100 000) et par les PRFI de la Méditerranée orientale (10 pour 100 000) (Tableau 2.3). La majorité des jeunes tués étaient des usagers de la route particulièrement vulnérables : piétons, cyclistes, motocyclistes ou passagers d'un véhicule (118).

De même, les accidents de la route étaient l'une des causes principales de DALY perdues parmi les adolescents. Si les traumatismes crâniens sont la première cause de décès liés aux

accidents de la route, les traumatismes d'autres membres n'en sont pas moins courants pour les jeunes (118).

La noyade figurait également, en 2015, parmi les cinq causes principales de mortalité des adolescents dans presque toutes les Régions modifiées de l'OMS (Tableau 2.3). Seules exceptions : les PRE et les PRFI de l'Afrique. Ces derniers affichaient pourtant le taux de mortalité par noyade le plus élevé (8 pour 100 000) de toutes les Régions modifiées de l'OMS, mais d'autres charges de morbidité étaient plus importantes encore. La noyade était la seconde cause de décès chez les adolescents dans le Pacifique occidental, avec 4,3 décès pour 100 000 personnes et près de 9 000 victimes.

Les brûlures contribuent également à la charge de morbidité adolescente dans le monde (73) (119). En 2015, les PRFI de l'Afrique, d'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale affichaient les plus hauts taux de mortalité adolescente due au feu, à la chaleur et aux liquides chauds, avec, respectivement, 3, 2, et 1 décès pour 100 000 adolescents. Parmi les femmes entre 15 et 29 ans, les taux les plus élevés de décès liés au feu ont été enregistrés en Asie du Sud-Est : 16,9 décès pour 100 000 femmes entre 15 et 29 ans en 2008 (172).



© Palash Khatri

2.3.

Violence

La violence interpersonnelle désigne l'utilisation intentionnelle de la force physique contre autrui avec une forte probabilité d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, des troubles du développement ou des carences. Elle englobe la violence à l'égard des enfants, la violence des jeunes et la violence sexiste (67). On parle généralement de « violence des jeunes » pour décrire la violence interpersonnelle impliquant des jeunes entre 10 et 29 ans et qui culmine à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Elle comprend les homicides, les agressions, les bagarres, les brimades, les violences dans le cadre d'une relation amoureuse et les violences psychologiques (121). D'après certaines statistiques officielles, la plupart des victimes adolescentes et des auteurs de ces violences sont des hommes (12). Pour autant, certaines formes de violence sont plus facilement dénoncées que d'autres. Il est possible que les homicides, la violence collective et les combats dans l'espace public, qui concernent très majoritairement les adolescents et les jeunes adultes de sexe masculin, soient plus visibles que d'autres formes de violence, comme les agressions sexuelles ou la violence du partenaire intime. Dans ce dernier cas, la majorité des victimes sont des adolescentes ou des jeunes femmes (67).

Outre les formes de violence générales (les sévices à l'égard des enfants, par exemple), de nombreuses adolescentes font l'objet de violences sexistes : violence du partenaire intime ou d'un membre de la famille, traite, jets d'acide, mutilations sexuelles, mariage dans l'enfance ou à un jeune âge, mariage forcé et/ou harcèlement sexuel dans les écoles, sur le lieu de travail, dans l'espace public, et, de plus en plus, sur Internet et les réseaux sociaux (121). Les victimes peuvent garder à vie certaines séquelles de violences sexuelles. Ce type de violences peut survenir à tout âge, même s'il semble que la prévalence soit plus forte peu après le début de la puberté (12). D'après les estimations de la Stratégie mondiale, environ une femme de moins de 20 ans sur 10 (soit 120 millions) a subi des violences sexuelles (11). Comme mentionné plus haut, les violences sexuelles et la violence du partenaire intime sont principalement le fait d'hommes et de garçons à l'encontre de femmes ou de filles, bien que les garçons et les hommes puissent également être concernés par ce type de violences, quoique beaucoup plus rarement (73). Globalement, on estime que la prévalence à vie des violences sexuelles à l'égard des filles est de 18 %, contre 8 % pour les garçons (67).

La violence interpersonnelle était la deuxième cause de mortalité des adolescents entre 15 et 19 ans en 2015. La violence interpersonnelle était la première cause de mortalité et de DALY perdues dans les PRFI des Amériques, avec 23 décès pour 100 000 adolescents et pas moins de 73 décès pour 100 000 adolescents plus âgés de sexe masculin, soit 43 % des décès dans cette sous-catégorie. Il en va de même dans les PRFI de la

Méditerranée orientale (4 pour 100 000 globalement et 10 pour 100 000 pour les adolescents plus âgés de sexe masculin). Dans les PRE, il s'agit de la troisième cause de mortalité chez les adolescents (2 pour 100 000 globalement et 5 pour 100 000 pour les adolescents plus âgés de sexe masculin) (Tableau 2.3).

La violence collective désigne l'utilisation de la violence par des membres d'un même groupe à l'encontre d'un autre groupe, à des fins politiques, économiques ou sociales. Elle comprend notamment les coups d'État, les révoltes, les révolutions, le terrorisme et la guerre.

Les interventions légales désignent les actions des forces de l'ordre (arrestation de délinquants, interventions contre des nuisances, maintien de l'ordre ou toute action similaire) qui peuvent entraîner des traumatismes. La violence collective et les interventions légales sont des problèmes majeurs dans certaines régions et dans les zones en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité. En 2015, la violence collective et les interventions légales considérées ensemble étaient la principale cause de mortalité adolescente (environ 27 000 décès) dans les PRFI de la Méditerranée orientale (Tableau 2.3), ainsi que la principale cause de DALY perdues chez les adolescents (Tableau 2.5). Dans cette Région, le taux de mortalité due aux interventions légales était particulièrement élevé pour les garçons de 15 à 19 ans (33 décès pour 100 000 adolescents) et, dans une moindre mesure, pour les garçons de 10 à 14 ans (22 décès pour 100 000 adolescents) et pour toutes les adolescentes (18,5 décès pour 100 000 personnes). Le taux de mortalité due aux interventions légales pour l'ensemble des adolescents des PRFI de la Méditerranée orientale s'élevait à 23 décès pour 100 000, contre 3 pour 100 000 dans le monde.



©Palash Khatri

« La nuit dernière, je devais aller chercher de l'eau. C'est une tâche qui m'épuise, mais ma mère m'a dit "C'est à toi de le faire, ne perds pas ton temps". Malgré ça, je suis allée au cirque et je n'ai rien fait de ce que je devais faire. Quand je suis revenue, ma mère m'a battu très sévèrement. »

Jeune adolescente en Inde

2. Charge de morbidité et des traumatismes et facteurs de risque

2.4.

Santé reproductive et sexuelle, y compris le VIH

Le sida était la huitième cause principale de mortalité chez les adolescents dans le monde en 2015, avec environ 44 000 décès (16a). Il s'agissait également de la quatrième cause de mortalité adolescente et de DALY perdues chez les adolescents dans les PRFI de l'Afrique (Tableaux 2.3 et 2.5). Ces chiffres comprennent les tuberculoses liées au sida, qui seront décrites dans la section suivante. À l'échelle mondiale, les chiffres de la mortalité et de la morbidité dues au sida chez les adolescents sont particulièrement marqués par la prévalence toujours considérable de cette maladie en Afrique subsaharienne. D'après les estimations dont on dispose, le taux de mortalité adolescente due au sida dans les PRFI de l'Afrique s'élève à 17 décès pour 100 000 (Tableau 2.3). Dans le monde et en Afrique, la mortalité adolescente liée au sida est en hausse chez les adolescents plus âgés, alors qu'elle est en baisse dans toutes les autres tranches d'âge (123).

Environ deux tiers des adolescents vivant avec le VIH en 2015 ont été contaminés par leur mère durant sa grossesse ou à l'accouchement, ou dans les premiers mois de leur vie (330). Le tiers restant a été contaminé à l'adolescence. On estime que plus de 250 000 adolescents entre 15 et 19 ans ont contracté le virus en 2015 (123) (idsinfo.unaids.org). À l'échelle mondiale, deux tiers d'entre eux sont des filles, contre huit sur dix en Afrique. Les adolescents sont moins susceptibles que les adultes de passer un test et de recevoir des services liés à la maladie, quel que soit leur statut sérologique (124).

Les autres infections sexuellement transmissibles (IST) peuvent faciliter la transmission du VIH par voie sexuelle, entraîner des mutations cellulaires qui préparent à certaines formes de cancer, faire diminuer la fertilité et réduire le bien-être général des individus. Toutefois, les données sur les IST sont limitées et hétérogènes entre et au sein des Régions et pays, tout particulièrement les données réparties par âge et sexe. Il est donc difficile d'avoir une vision d'ensemble des personnes les plus touchées et de l'endroit où elles vivent, en vue d'élaborer une réponse globale adaptée à la situation.

On estime à 357 millions le nombre de 15-49 ans qui contractent chaque année quatre types d'infections sexuellement transmissibles curables, à savoir Chlamydia trachomatis

(131 millions), *Neisseria gonorrhoeae* (78 millions), la syphilis (6 millions) ou *Trichomonas vaginalis* (142 millions). Le taux de prévalence de certaines IST virales incurables est tout aussi élevé : 417 millions de personnes seraient atteintes du virus herpès simplex de type 2 (HSV-2) et près de 291 millions de femmes seraient porteuses du papillomavirus humain (PVH). Dans le monde, on observe des différences régionales importantes en ce qui concerne la prévalence des IST. En 2012, par exemple, la prévalence du HSV-2 chez les femmes de 15 à 49 ans était très élevée en Afrique (31 %), alors qu'elle n'était que de 8 % en Asie du Sud-Est, selon les estimations (126) (137).

Pour plusieurs raisons, les adolescents sexuellement actifs ont un risque élevé de contracter une IST par rapport aux autres tranches d'âge. Parmi ces raisons, on peut mentionner l'exposition, la vulnérabilité biologique aux infections et le manque d'accès ou de recours à des services de santé (128). Ainsi, l'infection par le PVH ou le HSV-2, pour les hommes comme pour les femmes, connaît un pic après les premiers rapports sexuels, ce qui se produit habituellement durant l'adolescence (127) (129) (137).

Les affections liées à la maternité comprennent les hémorragies, septicémies, troubles tensionnels, les dystocies, les complications liées à un avortement, les décès maternels indirects, les décès maternels tardifs et les décès maternels aggravés par le sida, la tuberculose et autres infections ou maladies non transmissibles. Les adolescentes affichent un taux élevé de grossesses non désirées, qui peuvent entraîner diverses conséquences physiques, sociales et économiques délétères. Les 15-19 ans représentent 11 % des accouchements dans le monde (130). Les affections liées à la maternité étaient la principale cause de décès dans ce groupe en 2015, avec 10 décès pour 100 000 personnes (Tableau 2.1). Le taux de mortalité maternelle parmi les adolescentes entre 15 et 19 ans était très élevé dans les PRFI de l'Afrique (36 pour 100 000), ainsi que dans les PRFI de la Méditerranée orientale, d'Asie du Sud-Est et des Amériques (respectivement 9, 7, et 3 décès pour 100 000 personnes).

Les retards dans l'accès aux soins qui expliquent certains décès maternels relèvent principalement de trois catégories : les retards pour solliciter de l'aide de la part de la mère, de sa famille ou des deux, les retards pour atteindre un établissement de santé adapté et les retards pour recevoir les soins de santé nécessaires une fois l'établissement atteint (133). De plus, lors d'une grossesse, les adolescentes font face à des difficultés propres à leur immaturité physique et psychologique, ainsi qu'à leur manque d'autonomie. Elles sont plus susceptibles de tomber à nouveau enceintes dans l'année qui suit leur premier accouchement, ce qui peut constituer un danger pour elles et leurs enfants (131) (393).

Par ailleurs, le taux de décès ou de handicap dus à des pratiques d'avortement non sécurisées est beaucoup plus élevé chez les adolescentes que chez les femmes adultes (132) (133). Dans les pays en développement, on estime que le nombre d'avortements chez les adolescentes est compris entre 2,2 et 4 millions chaque année. Dans de nombreux pays, il n'est pas possible, pour des raisons légales ou sociales, de recourir à un avortement dans des conditions sécurisées, et les adolescentes n'ont souvent pas d'autre choix que de se tourner vers des méthodes d'avortement non sécurisées, pratiquées par des prestataires non formés ou dans des conditions risquées. On estime que 14 % des avortements non sécurisés dans les pays en développement concernent des adolescentes entre 15 et 19 ans (133). Cette même tranche d'âge représente par ailleurs 11 % des accouchements dans le monde (393). L'Afrique compte pour 26 % de ces avortements, et l'Amérique latine et les Caraïbes combinées pour 15 % (133).

Les mutilations sexuelles féminines (MSF) recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales. (135). Les mutilations sexuelles féminines n'ont aucun effet bénéfique sur la santé. Au contraire, en retirant ou en endommageant des tissus génitaux sains, elles entravent le fonctionnement naturel de l'organisme et peuvent avoir plusieurs conséquences immédiates ou à long terme sur la santé (252). Les MSF sont le plus souvent pratiquées sur des filles entre 0 et 15 ans et sont concentrées dans 30 pays d'Afrique et dans plusieurs pays d'Asie et du Moyen-Orient, mais sont aussi, désormais, pratiquées à moindre échelle dans toutes les régions du monde, en raison des flux de migration internationaux. En Afrique, on estime à 12 millions le nombre de filles entre 10 et 14 ans qui ont subi des complications sanitaires à la suite d'une MSF, principalement en Éthiopie, au Kenya, au Nigéria et en Ouganda (136) (252).

Les mariages précoces ou forcés, ainsi que le manque d'accès à des moyens de contraception sont d'autres **grands enjeux relevant de la santé reproductive et sexuelle** et qui ont des conséquences importantes sur la santé des adolescents (125) (138) (315). Ils seront traités dans les Sections 2.8 et 3.

2. Charge de morbidité et des traumatismes et facteurs de risque

2.5.

Maladies transmissibles

Les infections des voies respiratoires inférieures, comme la grippe, la pneumonie pneumococcique et *Haemophilus influenzae* de type B, étaient des causes de mortalité adolescente majeures dans le monde et au sein des Régions modifiées de l'OMS en 2015 (Tableau 2.3) : plus de 40 000 décès parmi les 10-14 ans (Tableau 2.1). Plus de la moitié de ces décès (27 000) étaient localisés dans les PRFI de l'Afrique, où les infections des voies respiratoires inférieures sont la principale cause de mortalité chez les jeunes adolescents.

Les maladies diarrhéiques ont surtout pour origine des infections transmises par voie féco-orale, c'est-à-dire que les organismes responsables de l'infection sont généralement ingérés par le biais d'aliments ou d'eau contaminés. Il s'agit d'une cause de mortalité très importante chez les jeunes adolescents (Tableau 2.1). À l'échelle de la planète, les maladies diarrhéiques étaient en 2015 la deuxième et la quatrième cause de mortalité, respectivement, chez les jeunes garçons et les jeunes filles (Tableau 2.1). La définition des maladies diarrhéiques que nous utilisons ici inclut la fièvre typhoïde. En 2008, une estimation prudente de l'OMS évaluait à 21 millions de cas l'incidence mondiale annuelle de la fièvre typhoïde. Sur ces 21 millions de cas, entre 1 et 4 % auraient une issue mortelle (139). Quelque 90 % de ces décès surviendraient en Asie, et toucheraient de manière disproportionnée les enfants d'âge scolaire (5-15 ans) par rapport aux enfants de moins de cinq ans.

En 2015, ce sont les maladies diarrhéiques qui avaient le plus d'impact sur la santé des adolescents dans les PRFI de l'Afrique (44 000 adolescents décédés) et d'Asie du Sud-Est (13 000 adolescents décédés), où elles se classaient respectivement à la deuxième et à la quatrième place des

principales causes de mortalité dans cette catégorie de population (Tableau 2.3), ainsi qu'à la deuxième et à la neuvième place en ce qui concerne les DALY perdues chez les adolescents (Tableau 2.5). Dans les PRFI d'Asie du Sud-Est, les filles affichaient une charge de morbidité plus élevée que les garçons, bien que, tous sexes confondus, les adolescents plus jeunes restent, de loin, les plus touchés.

La méningite était la troisième cause de mortalité chez les jeunes adolescentes en 2015 (Tableau 2.1). Il s'agissait également de la troisième cause de mortalité pour tous les adolescents des PRFI de l'Afrique (avec plus de 41 000 décès) et de la troisième cause de DALY perdues dans cette Région modifiée de l'OMS (Tableau 2.3 et 2.5). Des cas de méningite à méningocoques surviennent dans le monde entier. Toutefois, les épidémies récurrentes et de grande ampleur constituent un problème de santé publique considérable dans 26 pays africains qui constituent ce que l'on appelle la « ceinture de la méningite », qui s'étend de la Mauritanie à la République-Unie de Tanzanie, en passant par le Sénégal, la Gambie et la Guinée-Bissau à l'Ouest, et par le Soudan, l'Érythrée, l'Éthiopie et le Kenya à l'Est (140).

Avec 394 000 décès en 2015, soit 92 % de tous les décès liés à cette maladie dans le monde, le paludisme touche tout particulièrement la Région africaine de l'OMS (142). La quasi-totalité des cas de paludisme restants se sont produits dans la Région du Sud-Est (26 200 décès, soit 7 %) et dans la Région de la Méditerranée orientale (7 300 décès, soit 2 %). Dans les zones de très forte transmission, les taux de mortalité associés au paludisme commencent à reculer vers l'âge de 2 ans, l'incidence des accès palustres fébriles aigus diminuant plus tard au cours de l'enfance ou de l'adolescence du fait de l'acquisition d'une immunité partielle due à une exposition répétée à la maladie (122). Les progrès obtenus récemment en matière de lutte contre le paludisme dans les zones où la maladie était endémique devraient réduire le nombre d'enfants — et d'adolescents — qui développent une immunité au paludisme. Ces adolescents seront par conséquent davantage vulnérables à une infection par le paludisme (144).

La tuberculose, y compris la tuberculose liée au sida, concerne surtout l'Afrique, l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental avec respectivement 275, 246 et 86 cas de tuberculose pour 100 000 personnes (145). On constate un risque accru d'infection par la tuberculose à l'adolescence, en particulier par la tuberculose de type adulte (c'est-à-dire une forme de la maladie qui est souvent fortement contagieuse et à frottis positif) (146). On considère que les spécificités de la tuberculose chez les adolescents sont mal connues et peu prises en compte dans les programmes de santé ciblant les enfants et les adolescents, surtout ceux axés sur les patients à haut risque (adolescents malnutris ou vivant avec le VIH, par exemple).

⁶ Selon la définition donnée ici, les maladies diarrhéiques sont causées par des bactéries, des virus et des protozoaires pathogènes, tels que ceux responsables du choléra, de la shigellose, des infections à *E. coli*, des entérites à campylobacter, de la cryptosporidiose, des entérites à rotavirus, des infections à aeromonas, des infections à *Clostridium difficile*, des infections à norovirus, de la fièvre typhoïde, de la fièvre paratyphoïde et d'autres infections bactériennes d'origine alimentaire.



2.6.

Maladies non transmissibles et malnutrition

L'anémie ferriprive était la première cause de DALY perdues chez les adolescents en 2015, pour les filles et les garçons et dans toutes les tranches d'âge, à l'exception des garçons plus âgés. En 2015, c'est dans les PRFI d'Asie du Sud-Est que l'on a enregistré le taux le plus élevé de DALY perdues en raison de l'anémie ferriprive (1179/100 000), suivis par les PRFI de l'Afrique (1098 pour 100 000) (Tableau 2.5).

Les anomalies congénitales, comme celles qui concernent le tube neural (spina bifida, par exemple), les malformations cardiaques, le syndrome de Down ou la drépanocytose touchent en majorité les nouveau-nés et les jeunes enfants, mais ont également des conséquences majeures sur la santé des adolescents (147). En 2015, les anomalies congénitales ont entraîné entre 1 et 2 décès pour 100 000 adolescents dans la plupart des Régions modifiées de l'OMS, mais c'est dans les PRFI de l'Afrique (7 pour 100 000) et de la Méditerranée orientale (4 pour 100 000) que l'on a enregistré les taux les plus élevés. Il s'agissait de la quatrième cause principale de décès dans les PRE et de la cinquième cause principale dans les PRFI d'Europe et du Pacifique occidental (Tableau 2.3). Dans la majorité des pays africains, la prévalence de la drépanocytose s'élève à 2 %, et les adolescents font partie des catégories les plus vulnérables aux complications, à la charge de morbidité et à la mortalité liées à cette maladie (148) (254). Environ 11 % des personnes atteintes de drépanocytose présentent des signes cliniques, tels qu'un accident vasculaire cérébral, avant l'âge de 21 ans (149).

La leucémie est également à l'origine de 1 à 2 décès pour 100 000 adolescents dans chaque Région modifiée de l'OMS en 2015, ce qui en fait la troisième cause principale de décès chez les adolescents des PRFI du Pacifique occidental. Les garçons, tout particulièrement les plus âgés, affichent le taux de mortalité le plus élevé lié à cette maladie.

En 2015, les PRFI de l'Afrique et de la Méditerranée orientale affichaient les taux de décès à la suite d'un **accident vasculaire cérébral** les plus élevés, avec environ 4 décès pour 100 000 personnes dans ces deux Régions. Comme indiqué ci-dessus, la drépanocytose est un facteur majeur d'accident vasculaire cérébral, de troubles immunitaires, de dommages artériels et de maladies cardiovasculaires, entre autres.

L'asthme est une affection respiratoire chronique qui se classe en cinquième position des causes de DALY perdues sur l'ensemble des adolescents des PRFI des Amériques (Tableau 2.5). Dans les PRE, l'asthme est souvent mieux traité que les autres affections respiratoires chroniques (150), bien qu'il reste, d'après les estimations, sous-diagnostiqué, en particulier chez les enfants et les adolescents, et qu'il soit encore mal contrôlé chez de nombreux patients (150). Dans les PRFI, l'asthme est le plus souvent sous-diagnostiqué et sous-traité, d'où une charge de morbidité élevée et une mortalité non négligeable.

Les maladies de la peau, dont la dermatite, le psoriasis, la gale, les infections de la peau fongiques et virales, ainsi que l'acné vulgaire, sont, d'après les estimations disponibles, la troisième et la cinquième cause de DALY perdues chez les adolescents vivant dans les PRFI du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est respectivement. L'acné est la maladie de peau la plus courante parmi les adolescents ; il s'agit d'une affection quasi universelle, qui peut être plus ou moins sévère et être à l'origine de souffrances émotionnelles et de cicatrices physiques (151) (152).

Les autres maladies non transmissibles qui touchent les adolescents sont notamment le diabète, les cardiopathies ischémiques, les maladies de la peau et les maladies sous-cutanées, les migraines et les maladies qui affectent les organes sensoriels et peuvent par exemple entraîner une perte de la vision ou de l'ouïe (143).

« J'ai l'impression que les jeunes plus âgés n'aiment pas bouger. Ils restent assis toute la journée. Ils mangent, ils boivent et ils restent là où ils sont. Sans bouger. Sans jouer. S'ils jouaient, ils pourraient digérer leur repas. Mais ils préfèrent rester assis. »

Jeune adolescente en Cisjordanie/dans la bande de Gaza

2. Charge de morbidité et des traumatismes et facteurs de risque

2.7.

Santé mentale, usage de substances psychoactives et auto-agression

L'auto-agression était la troisième cause de mortalité chez les adolescents en 2015, avec 67 000 décès selon les estimations (Tableau 2.1). Ce chiffre comprend aussi bien les suicides que les morts accidentelles résultant de pratiques d'auto-agression sans intention suicidaire. Près de la moitié, soit presque 32 000 décès, se sont produits dans les PRFI d'Asie du Sud-Est, où les adolescents forment une part importante de la population et où le taux de mortalité due à l'auto-agression est très élevé (9 décès pour 100 000 personnes). L'auto-agression était également une cause importante de DALY perdues dans les PRFI d'Europe et dans les PRFI d'Asie du Sud-Est (Tableau 2.5). D'après de récentes enquêtes nationales sur les 13-15 ans en Asie du Sud-Est, le taux d'intention suicidaire et le taux de tentatives se montent respectivement à 19 % et à 13 % aux Maldives, et à 15 % et 14 % en Thaïlande, avec des taux similaires pour les hommes et les femmes (153). L'auto-agression était également une cause de mortalité importante dans les PRE d'Europe, ainsi que dans les PRFI d'Europe, du Pacifique occidental et des Amériques.

L'auto-agression concerne surtout les adolescents plus âgés. C'est la deuxième cause principale de mortalité chez les adolescentes plus âgées. Si les tentatives de suicide et l'automutilation sans intention suicidaire sont réunies sous la même catégorie, l'auto-agression, elles n'ont pas les mêmes motivations et ne se manifestent pas de la même manière, comme le montre le Tableau 2.8. Les adolescents sont la tranche d'âge la plus à risque en ce qui concerne l'auto-agression intentionnelle sans intention suicidaire (154). Bien qu'il y ait des variations selon les endroits du monde, plusieurs études à base communautaire ont conclu qu'environ 10 % des adolescents avaient pratiqué l'auto-agression (155), sous des formes diverses : par exemple, des études européennes ont constaté que les coupures pratiquées sur soi étaient l'une des méthodes les plus utilisées par les adolescents européens. Les hospitalisations, néanmoins, concernent dans une large majorité des cas d'auto-empoisonnement (155).

Tableau 2.8. Différences entre tentative de suicide et automutilation sans intention suicidaire

Tentative de suicide	Automutilation sans intention suicidaire
Volonté de mettre fin à sa vie.	Pas d'intention suicidaire.
Peut être impulsive, mais correspond souvent à un désespoir ou à un sentiment de solitude chronique.	État émotionnel de colère ou de désespoir aigu ou de détresse intolérable.
Parmi les formes de comportement autodestructif les plus sévères et les plus dangereuses (auto-empoisonnement, pendaison, défenestration, utilisation d'une arme à feu, etc.).	Formes moins sévères et non mortelles d'auto-agression (lésions cutanées par morsure, coupure, brûlure ou gelure). Habituellement, la personne sait qu'elle peut s'infliger des traumatismes sévères, mais ne cherche pas à mettre sa vie en danger.
Il existe un important risque de récurrence, mais à une fréquence moindre que l'automutilation sans intention suicidaire.	Récurrence des actes d'auto-agression.

Source : (156)

Les troubles dépressifs sont la troisième cause de DALY perdues chez les adolescents dans le monde, et **les troubles anxieux** sont la cinquième cause de DALY perdues chez les adolescentes (Tableau 2.4). Les troubles dépressifs sont parmi les cinq causes principales de DALY perdues dans chaque Région modifiée de l'OMS, à l'exception des PRFI du Pacifique occidental et de l'Afrique. S'agissant des PRFI de l'Afrique, le taux de DALY perdues en raison de troubles dépressifs reste plus élevé que dans la plupart des autres Régions. Les troubles anxieux, qui incluent les troubles anxieux globaux, les phobies sociales et les syndromes post-traumatiques, sont la troisième cause de DALY perdues chez les adolescents dans les PRE, et la quatrième dans les PRFI du Pacifique occidental (Tableau 2.5).

Les troubles du spectre autistique regroupent un ensemble d'affections caractérisées par un certain degré d'altération du comportement social, de la communication et du langage, et par la modicité des centres d'intérêts et des activités, qui sont spécifiques à la personne et répétitifs (107). Des estimations

régionales sur la prévalence de l'autisme sont disponibles pour les Régions OMS de l'Europe et des Amériques uniquement, et les résultats sont similaires : respectivement 62 et 65 enfants atteints d'autisme sur 10 000 (157). Seules quelques études sur les troubles du spectre autistique ont été menées dans les PRFI. Néanmoins, si l'on se fonde sur les travaux épidémiologiques existants, on peut conclure à une augmentation de la prévalence de ces troubles dans le monde entier (107).

Les troubles du comportement de l'enfant regroupent les troubles du comportement (comportement agressif, désobéissance ou défiance) fréquents, persistants et sévères et qui ne correspondent pas au niveau de développement d'un adolescent (37). On estime qu'il s'agit d'une cause importante de DALY perdues dans toutes les Régions modifiées de l'OMS. C'est particulièrement le cas pour les garçons entre 10 et 14 ans. En 2015, ces troubles faisaient partie des cinq causes principales de DALY perdues dans toutes les Régions modifiées de l'OMS, à l'exception des PRFI de l'Afrique.

2.8.

La charge de morbidité et des traumatismes dans un contexte d'urgence humanitaire ou de fragilité

Un contexte d'urgence humanitaire ou de fragilité peut être caractérisé par une situation de conflit ou post-conflit, une catastrophe naturelle, des épidémies ou des famines, ainsi que par une instabilité sociopolitique et par de mauvais résultats économiques persistants (11). Dans ces situations, les problèmes de santé des populations mobiles, des déplacés internes et de ceux qui vivent dans des camps temporaires ou de réfugiés sont particulièrement aigus (11). Le Tableau A2.1 de l'annexe 2 synthétise les principales conséquences des conflits à grande échelle ou des catastrophes naturelles sur la santé des populations.

À l'échelle de la planète, c'est dans des contextes de ce type que l'on enregistre les taux les plus élevés de mortalité et de morbidité évitables chez les femmes, les adolescents et les enfants (50). La charge de morbidité globale s'accroît dans ce genre de contextes, car la gouvernance et les infrastructures s'effondrent et les services de protection sociale et de protection des enfants deviennent moins accessibles (50). Bien qu'ils soient encore des enfants eux-mêmes, en situation d'urgence humanitaire, les adolescents doivent souvent assumer les responsabilités d'un adulte, ce qui suppose par exemple de veiller sur leurs frères et sœurs ou de gagner de l'argent pour assurer la survie de leur famille (158). Ceux qui sont séparés de leur famille se retrouvent sans moyen de survivre et sans la sécurité et la protection qu'offrent les structures familiales. Cela peut les pousser à abandonner l'école, à se marier précocement ou à recourir à des rapports sexuels transactionnels pour survivre. Les adolescents particulièrement vulnérables en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité sont les plus jeunes (10-14 ans), les handicapés, ceux qui appartiennent à une minorité ethnique ou religieuse, les enfants soldats, les autres enfants associés à des forces armées, les filles-mères, les orphelins, ceux qui se retrouvent chefs de famille, les victimes de sévices sexuels, les victimes de la traite ou d'autres formes de violence sexiste, ceux qui ont des rapports sexuels transactionnels ou avec des personnes du même sexe et les VIH-positifs (47).

Dans des crises de ce type, les principaux enjeux en matière de santé adolescente sont :

- la malnutrition (émaciation, déficit pondéral, carences en micronutriments) ;
- le manque d'assistance, de traitements et de soins adaptés pour les adolescents handicapés ou présentant des traumatismes physiques ;
- la violence, par exemple contre les enfants soldats, qui sont principalement des garçons, et contre les adolescents qui ont été sexuellement exploités ou abusés (y compris les mariages précoces ou forcés et les MSF) et sont le plus souvent des filles et des femmes ;
- le VIH et autres IST, les grossesses précoces, les affections liées à la maternité, les avortements non sécurisés et les besoins généraux en santé reproductive et sexuelle (accès à des préservatifs et à d'autres méthodes de contraception) ;
- les besoins en eau, assainissement et hygiène (WASH) – des produits et des installations pour l'hygiène menstruelle par exemple – ; et
- les problèmes de santé mentale (anxiété ou traumatismes).
(12), (39), (41), (46), (48), (50), (158), (159), (161), (268).

Plusieurs de ces affections sont étroitement liées. La violence sexuelle, par exemple, peut avoir diverses conséquences sur

la santé : traumatismes physiques, IST, grossesse non désirée, troubles non pathologiques (peur, colère, reproches adressés à soi-même, honte, tristesse, culpabilité, par exemple), troubles anxieux (stress post-traumatique), dépression, troubles somatiques sans cause médicale, liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives, intentions suicidaires et auto-agression. Un traumatisme social peut entraîner la stigmatisation d'une personne, qui peut être socialement exclue, rejetée et discriminée par sa famille et sa communauté (161).

Les adolescentes courent un risque particulièrement élevé d'être victimes d'abus ou d'être exploitées lors d'une crise humanitaire, ce qui accroît leur vulnérabilité aux expériences sexuelles précoces, aux grossesses non désirées et aux IST, dont le VIH (158). Elles sont des cibles faciles, car elles manquent d'expérience et d'options, ainsi que des compétences nécessaires pour défendre leurs droits. Souvent, lors d'un conflit, les violences sexuelles et sexistes, dont le mariage forcé, sont utilisées comme arme de guerre (162).

Même lorsque les filles sont relativement protégées par un cadre familial, il peut arriver que le manque de ressources, le manque d'opportunités d'emploi pour les soignants et de mécanismes de protection lors d'une crise humanitaire conduisent une famille à arranger un mariage, afin d'alléger les charges qui pèsent sur elle et de s'assurer un revenu grâce à la dot. Une famille, d'autre part, peut considérer qu'en arrangeant le mariage des filles, elle protège ces dernières et leur honneur face à des violences externes, compte tenu de leur vulnérabilité (violence sexuelle et harcèlement, par exemple). En Jordanie, ainsi, la proportion de mariages déclarés où la mariée avait moins de 18 ans parmi les réfugiés syriens est passée de 12 % en 2011 (comme en Syrie avant la guerre) à 18 % en 2012, puis à 25 % en 2013 (134) (163). La part de garçons syriens mariés en 2011 et en 2012 en Jordanie s'élevait à 1 %, ce qui laisse supposer que les filles étaient mariées à des hommes plus âgés (134). D'après les données dont on dispose, les mariages d'enfants parmi les réfugiés syriens ont également augmenté en Irak et au Liban (194).

S'agissant des garçons, la violence les concerne tout particulièrement en tant qu'enfants soldats. Ils risquent d'être blessés au combat, et de devenir sourds, aveugles, ou de perdre un membre (12). Ces traumatismes reflètent en partie la vulnérabilité d'un corps d'enfant, et en partie la manière dont les enfants sont susceptibles d'être utilisés dans un conflit : c'est eux qui doivent effectuer des tâches particulièrement dangereuses (placer ou détecter les mines, par exemple). Ces enfants peuvent également développer des problèmes de santé qui ne sont pas directement liés aux combats, tels que des traumatismes induits par le transport d'armes et d'autres charges lourdes, la malnutrition, des infections de la peau, des infections respiratoires et des maladies infectieuses comme le paludisme. Les filles embrigadées et, dans une moindre mesure, les garçons, sont parfois obligés d'avoir des relations sexuelles, en plus de se battre. En outre, on fait parfois consommer à ces enfants des substances psychoactives ou de l'alcool pour les encourager à se battre, ce qui entraîne des problèmes de dépendance. Les adolescents recrutés par les forces armées régulières d'un État sont généralement soumis à la même discipline militaire que les soldats adultes, y compris aux rites de passage, à des exercices ardues, à des sanctions et à un dénigrement destiné à briser leur volonté. Une telle discipline peut avoir des effets néfastes très graves sur la santé mentale, émotionnelle et physique d'un adolescent.

3. Interventions reposant sur des données factuelles

Messages prioritaires :

- Malgré d'importantes lacunes dans la base factuelle, nombre des interventions destinées à promouvoir et à protéger la santé des adolescents reposent sur des données factuelles substantielles. Aujourd'hui, les pays sont à même de prendre des mesures efficaces.
- Le secteur éducatif peut jouer un rôle essentiel en influant sur le comportement, la santé et le bien-être des adolescents grâce à des initiatives intensives, de long terme et à grande échelle mises en œuvre par des professionnels.
- Nombre d'interventions efficaces pour la santé de l'adolescent sont spécifiques. Elles ciblent soit tous les adolescents (éducation sexuelle complète ou services de santé à l'écoute des adolescents, par exemple), soit des sous-populations particulièrement vulnérables (supplémentation en fer, circoncision masculine médicale volontaire, vaccination antiméningococcique, prévention du suicide ou des mutilations sexuelles féminines, notamment).
- Afin d'atténuer certaines des principales causes de mortalité ou de morbidité chez les adolescents, il est nécessaire d'adapter les interventions destinées à l'ensemble de la population aux besoins spécifiques des adolescents. Il faut, entre autres, abaisser le seuil d'alcoolémie autorisé pour les conducteurs adolescents, ou communiquer plus d'informations aux adolescents vivant avec le VIH et les aider davantage à respecter leur traitement.
- Pour réduire d'autres grands facteurs de risque et causes de mortalité ou de morbidité des adolescents, il importe de veiller à la qualité et à la couverture universelle des interventions s'adressant à toutes les tranches d'âge, telles que le respect de la législation et de la politique routières, une infrastructure d'approvisionnement en eau et d'assainissement adéquate et l'application de mesures et de lois rendant financièrement moins accessibles le tabac, l'alcool ainsi que les aliments et boissons néfastes pour la santé.

On constate d'importantes lacunes dans la base factuelle sur laquelle reposent les interventions¹ visant à promouvoir et à protéger le développement, la santé et le bien-être des adolescents. Cependant, nombre d'interventions ont été déployées, évaluées et jugées efficaces. La présente Section décrit les interventions pour la santé des adolescents qui sont fondées sur des données factuelles.

Plus précisément :

- la Section 3.1 donne un aperçu des interventions positives sur la santé et le développement de l'adolescent ;
- les Sections 3.2 à 3.7 décrivent chacune des 27 interventions axées sur la santé de l'adolescent qui font partie de la Stratégie mondiale, classées dans six grandes catégories ;
- la Section 3.8 traite des interventions pour la santé des adolescents dans les situations d'urgence humanitaire et de fragilité.

Chacune des 27 interventions (Tableau 3.1, colonne 1) est illustrée par des exemples ciblant les principaux aspects de la santé et du développement de l'adolescent qui sont identifiés dans les Sections 1 et 2 (Tableau 3.1, colonne 2). Ces exemples proviennent, pour la plupart, d'un examen des récentes lignes directrices concernées, qui émanent de tous les départements de l'OMS. Néanmoins, dans les cas où ces sources se sont révélées insuffisantes, l'examen a pris en compte d'autres publications des Nations Unies sur le sujet, ou s'il le fallait, d'autres grands

organismes internationaux, ou des articles de synthèse publiés dans des revues spécialisées. Il convient de noter que les exemples d'interventions présentés ici ne sont pas exhaustifs. La méthode retenue pour les sélectionner est détaillée dans la Section A1.2.2 de l'annexe 1.

Dans l'annexe 3, afin d'illustrer davantage la diversité des ressources et approches auxquelles les autorités nationales peuvent recourir, les interventions fondées sur des données factuelles sont décrites plus en détail pour un certain nombre de grands problèmes de santé (ou de grands facteurs de protection ou de risque) des adolescents, dans chacune des huit principales catégories suivantes :

- A3.1. Développement positif ;
- A3.2. Traumatismes involontaires : accidents de la route ;
- A3.3. Violence : violence des jeunes ;
- A3.4. Santé sexuelle et reproductive, VIH compris : grossesse précoce ou non désirée, VIH et sida ;
- A3.5. Maladies transmissibles : affections liées à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène ;
- A3.6. Maladies non transmissibles, alimentation et activité physique : maladies non transmissibles liées à la sous-alimentation, au surpoids, à la sédentarité et au tabagisme ;
- A3.7. Santé mentale, usage de substances psychoactives et auto-agression : suicide ;
- A3.8. Situation d'urgence humanitaire.

¹ La Stratégie mondiale énonce de nombreuses interventions fondées sur des données factuelles en présentant des listes distinctes pour les femmes, les enfants et les adolescents. Cependant, en tant que tranche d'âge, les adolescents (10-19 ans) se rattachent à la fois aux enfants (0-17 ans) et aux femmes (18-19 ans). En effet, beaucoup d'interventions relevant de la Stratégie mondiale qui sont décrites ici regroupent a) 26 interventions destinées aux enfants et aux adolescents qui sont directement pertinentes pour la santé des adolescents et b) une intervention composite supplémentaire qui représente les 48 interventions en santé maternelle dans le cadre de la Stratégie mondiale.

Tableau 3.1. Santé des adolescents : interventions fondées sur des données factuelles et problèmes ciblés (dont domaines d'action recommandés dans la Stratégie mondiale (SM) pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent)

DOMAINE D'ACTION ^a	EXEMPLE DE PROBLÈME MAJEUR CIBLÉ
3.1. Développement positif	
Services de santé à l'écoute des adolescents, interventions axées sur la santé, l'hygiène et la nutrition à l'école, et initiatives multisectorielles.	Développement physique, cognitif et psychosocial (voir aussi l'annexe A3.1)
3.2. Traumatismes involontaires	
SM 1. Prévention des traumatismes.	(a) Accidents de la circulation routière (voir aussi l'annexe A3.2) (b) Noyade
SM 2. Évaluation et prise en charge des adolescents présentant des traumatismes involontaires, notamment liés à la consommation d'alcool.	Brûlures
3.3. Violence	
SM 3. Prévention de la violence.	Violence des jeunes (voir aussi l'annexe A3.3)
SM 4. Prévention et mesures destinées à combattre les sévices infligés aux enfants.	Mauvais traitements envers les adolescents
SM 5. Prévention et lutte contre la violence sexuelle et autres formes de violence sexiste.	Violence sexuelle ou sexiste
3.4 Santé sexuelle et reproductive, VIH compris	
SM 6. Éducation sexuelle complète.	Rapports sexuels à risque
SM 7. Informations, conseils et services pour une santé sexuelle et reproductive complète, y compris la contraception.	Grossesse précoce ou non désirée (voir aussi l'annexe A3.4.1)
SM 8. Prévention et lutte contre les pratiques néfastes comme les mutilations sexuelles féminines et le mariage précoce et forcé.	(a) Mutilations sexuelles féminines (b) Mariage précoce ou forcé
SM 9. Soins aux adolescentes avant, pendant et après la grossesse, lors de l'accouchement, durant une interruption de grossesse (si la loi l'autorise) et après un avortement (les 48 interventions fondées sur des données factuelles). ^b	Problèmes de santé de la mère
SM 10. Prévention, détection et traitement des infections sexuellement transmissibles et de l'appareil reproducteur, y compris le VIH et la syphilis.	VIH et autres infections sexuellement transmissibles (IST)
SM 11. Circoncision masculine médicale volontaire dans les pays confrontés à une épidémie de VIH généralisée.	VIH et autres IST
SM 12. Soins complets des enfants vivant avec le VIH ou exposés au virus.	VIH et sida (voir aussi l'annexe A3.4.2)
3.5. Maladies transmissibles	
SM 13. Prévention, détection et traitement des maladies transmissibles, notamment de la tuberculose.	Tuberculose
SM 14. Vaccination systématique, par exemple contre le papillomavirus humain, l'hépatite B, la diphtérie et le tétanos, la rubéole et la rougeole.	IST
SM 15. Prévention et prise en charge des maladies de l'enfant, notamment du paludisme, de la pneumonie, de la méningite et de la diarrhée.	(a) Paludisme (b) Infections des voies respiratoires inférieures (c) Maladies diarrhéiques (voir aussi l'annexe A3.5)
SM 16. Prise en charge de la méningite.	Méningite
3.6. Maladies non transmissibles, alimentation et activité physique	
SM 17. Promotion de comportements sains (concernant par exemple l'alimentation, l'activité physique et une vie sans tabac, alcool ou drogue).	Mauvaise alimentation, sédentarité, tabagisme et accident vasculaire cérébral (voir aussi l'annexe A3.6.1)
SM 18. Prévention, détection et traitement des maladies non transmissibles	(a) Leucémie (b) Asthme (c) Problèmes dermatologiques
SM 19. Prévention, détection et prise en charge de l'anémie, notamment chez les adolescentes, avec supplémentation en fer, le cas échéant.	Anémie ferriprive (voir aussi l'annexe A3.6.2).
SM 20. Traitement et réadaptation des enfants présentant un handicap ou une anomalie congénitale.	Handicaps ou anomalies congénitales
3.7. Santé mentale, consommation de substances psychoactives et auto-agression (voir aussi l'annexe A3.7.1)	
SM 21. Soins aux enfants présentant un retard de développement.	Troubles du développement, dont troubles du spectre autistique
SM 22. Soins et stimulation répondant aux besoins.	Facteurs de risque chez les parents (manque de surveillance, négligence, rejet, dureté, par exemple)
SM 23. Soutien psychosocial et services apparentés pour la santé mentale et le bien-être mental des adolescents.	(a) Troubles dépressifs unipolaires (b) Troubles anxieux
SM 24. Formation aux compétences parentales adaptées à la prise en charge des troubles du comportement de l'adolescent.	Troubles du comportement
SM 25. Prévention de l'usage de substances psychoactives.	Troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues
SM 26. Détection et prise en charge en cas d'usage de substances dangereuses et nocives.	Troubles liés à la consommation de drogues
SM 27. Prévention du suicide et prise en charge en cas de risque d'auto-agression/de suicide.	Suicide (voir aussi l'annexe A3.7.2)
3.8. Affections hautement prioritaires en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité	
Interventions axées sur la nutrition, le handicap et les traumatismes, la violence, la santé sexuelle et reproductive, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la santé mentale.	C'est dans les situations d'urgence humanitaire et de fragilité (50) que les taux de mortalité et de morbidité évitables sont les plus élevés (voir aussi l'annexe A3.8)

Source (11).

Abréviations : sida = syndrome d'immunodéficience acquise ; SM = Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016–2030) (11) ; VIH = virus d'immunodéficience humaine ; IST = infection sexuellement transmissible.

a. La principale source des données est la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent.

b. La Stratégie mondiale identifie 48 interventions reposant sur des données factuelles en santé maternelle, qui peuvent donc être pertinentes pour les adolescentes et les femmes.

Ces interventions sont regroupées dans l'intervention n° 9 ci-dessus relative à la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale.

3. Interventions reposant sur des données factuelles

3.1. Interventions de santé et de développement positif

Les interventions qui visent à promouvoir et à permettre le développement positif des adolescents sont plurisectorielles et ciblent différents aspects physiques et psychosociaux. Les principaux déterminants de la santé des adolescents sont, en grande partie, extrasanitaires : il s'agit notamment des normes familiales et communautaires, de l'éducation, du marché du travail, des politiques économiques, des régimes législatif et politique, des systèmes alimentaires et de l'environnement construit (132).

Étant donné que les parents, les familles et les communautés peuvent avoir une influence largement bénéfique sur le comportement et la santé de l'adolescent, il est particulièrement important de travailler avec eux. Le secteur éducatif offre, lui aussi, des opportunités cruciales pour des initiatives intensives, de long terme et à grande échelle, mises en œuvre par des professionnels.

« Si ton école est bien équipée, tu peux être en meilleure santé et plus heureux. Si ton laboratoire a tous les instruments et le matériel nécessaires, tu aimeras y faire de nombreuses expériences chaque jour. Et si on peut aller n'importe quand dans une bibliothèque pour emprunter un livre qu'on a envie de lire, on apprend bien plus, ce qui nous rend heureux et améliore notre santé. »

Jeune adolescent au Nigéria

Le Tableau 3.2 présente des exemples d'interventions essentielles pour un développement positif, qui sont mises en œuvre dans les services de santé, le secteur éducatif et l'ensemble de la communauté (description plus détaillée à la Section A3.1 de l'annexe 3). Les Tableaux 3.2–3.8 résument ces interventions par grand niveau écologique. Certaines interventions relèvent toutefois de plusieurs niveaux écologiques (participation des adolescents, par exemple).

Tableau 3.2. Interventions destinées à promouvoir le développement positif des adolescents

NIVEAU ÉCOLOGIQUE	INTERVENTION	EXPLICATION
Structuel et organisationnel	Services de santé à l'écoute des adolescents	Les soins de santé doivent être accessibles et acceptables, promouvoir les connaissances en santé et fournir un ensemble adéquat de services, y compris des consultations appropriées, adaptées à l'âge (vaccinations, par exemple) (18). Les services de santé sexuelle et reproductive à l'écoute des adolescents revêtent une importance particulière, car, bien souvent, à cause de la stigmatisation et de la discrimination, les adolescents n'y ont pas accès. Voir aussi l'annexe A3.1.1.
	Écoles menant des activités de promotion de la santé, y compris d'éducation sanitaire	Veiller à ce que la promotion de la santé soit assurée dans tous les établissements d'enseignement, conformément aux orientations de l'OMS. L'éducation sanitaire reposant sur les compétences, dont l'éducation sexuelle complète, est axée sur le développement du savoir, des attitudes, des valeurs et des aptitudes sociales nécessaires pour prendre et mettre en œuvre les décisions les plus adéquates et positives concernant la santé. Voir aussi l'annexe A3.1.2.
	Services nutritionnels complets à l'école	Élaborer et mettre en place des normes conformes aux lignes directrices sur l'alimentation saine pour les repas servis dans les écoles ou les aliments et les boissons qui y sont vendus. Mettre en œuvre, si nécessaire, des programmes d'alimentation scolaire. Voir aussi l'annexe A3.1.2.
	Interventions en faveur de l'hygiène à l'école	Parmi les nombreux changements durant la puberté, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) considère que les menstruations ont l'incidence la plus forte sur la fréquentation de l'école, sur la qualité de l'éducation et sur le plaisir d'apprendre (19). Il faut veiller à ce que les filles disposent des produits d'hygiène menstruelle nécessaires. Les installations d'approvisionnement en eau sans risque sanitaire et d'assainissement sont des toilettes privées fermant à clé, non mixtes, avec de l'eau et du savon pour se laver, ainsi qu'un espace privé approprié où les filles peuvent faire sécher leurs serviettes hygiéniques en tissu, ou une poubelle fermée ou un incinérateur pour les serviettes hygiéniques usagées (voir l'Étude de cas 1). Voir aussi l'annexe A3.1.2.
	Protection de l'enfant en ligne	Concevoir et déployer une stratégie nationale pour la protection des enfants en ligne, dont un cadre juridique, des moyens de contrôle-sanction et des mécanismes de signalement, ainsi que des moyens d'éducation et de sensibilisation au problème. Voir aussi l'annexe A3.1.3.
	Interventions de cybersanté et de santé mobile en faveur de l'éducation pour la santé et de la participation des adolescents à leurs propres soins	Explorer le potentiel des interventions en santé électronique et santé mobile destinées aux adolescents et ciblant des thèmes spécifiques (prise en charge des maladies chroniques, ou éducation à la santé sexuelle et reproductive, telle que la prévention des IST, par exemple) et recourant à diverses approches (apprentissage sur le Web, jeux vidéo actifs, messagerie texte, applications pour téléphone portable ou tablette, par exemple). Voir aussi l'annexe A3.1.3.
	Initiatives axées sur la participation des adolescents	Pour faciliter la participation des adolescents, il faut, entre autres, les associer à l'élaboration, à la mise en œuvre, à la gouvernance, ainsi qu'au suivi et à l'évaluation des programmes. Voir aussi l'annexe A3.1.3.
Communautaire et interpersonnel	Interventions visant à promouvoir chez les adolescents les compétences, la confiance, la connexion, le caractère et la compassion (les « cinq C »)	Les interventions destinées à développer chez les adolescents les compétences, la confiance, les liens sociaux, le caractère et l'attention à autrui reposent sur diverses approches, qui cherchent notamment à (a) accroître la résilience des adolescents (grâce au mentorat, par exemple) et (b) renforcer le savoir, les compétences et les ressources (programmes éducatifs à l'intention des jeunes à risque, formation professionnelle, par exemple). Voir aussi l'annexe A3.1.3.
	Interventions auprès des parents ou des personnes s'occupant des adolescents	Travail avec les parents pour encourager des liens émotionnels positifs et stables avec leurs enfants adolescents en favorisant la communication, l'encadrement, l'autonomie psychologique, en donnant un modèle à suivre, en subvenant aux besoins et en protégeant les enfants. Voir les orientations formulées à l'intention du personnel de santé des structures de soins non spécialisées sur l'éducation psychologique des parents qui vise à promouvoir le bien-être de l'adolescent (Section A3.7.1.1 de l'annexe 3). On peut également aider les parents à communiquer avec leurs enfants concernant la santé sexuelle et reproductive, en complément d'une éducation sexuelle complète. Voir aussi la Section 3.7.
Individuel	Évaluation HEADSSS	Une évaluation HEADSSS des soins primaires consiste à analyser le domicile, l'éducation, l'emploi, l'alimentation, l'activité, l'usage de drogues, la sexualité, la sécurité, les pensées suicidaires et l'état dépressif d'un adolescent, dans une optique de prévention et de traitement des problèmes mis au jour. Voir aussi l'annexe A3.1.1.
	Brèves interventions d'information sur la sexualité	Des agents de santé formés doivent communiquer brièvement sur les questions de sexualité afin de promouvoir le bien-être sexuel des adolescents et de les aider à définir clairement des objectifs personnels et à mettre leur comportement en adéquation. Voir aussi l'annexe A3.1.1.

Sources : (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (70) (223).

« J'ai participé à un atelier de l'UNICEF pour les jeunes, où on nous a appris à aider les plus petits. J'étais très contente parce que je pouvais aider beaucoup de jeunes enfants du quartier, je leur disais par exemple d'éviter les ennuis. Et, plus tard, ils sont venus me remercier. J'étais très contente, c'était très gratifiant. »

Adolescente plus âgée en Colombie

La lutte contre les normes, rôles et relations fondés sur le genre qui sont susceptibles d'être préjudiciables est l'un des grands thèmes des interventions de développement positif (59) (165). Ainsi, la promotion équitable de la scolarité des adolescentes, des compétences essentielles et des actifs sociaux, la protection contre la violence, l'encouragement des comportements propices à une bonne santé et l'accès à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive peuvent contribuer à repousser l'âge du

mariage, à améliorer la santé maternelle et infantile et à inciter les femmes à investir dans la santé et l'éducation de leurs enfants. En outre, les interventions de développement positif doivent remédier aux effets délétères des normes genrées sur les garçons à l'adolescence. Par exemple, même si certaines données factuelles attestent d'une tendance à l'agressivité et à la prise de risques liée au tempérament, un comportement violent chez les garçons s'explique, dans la majorité des cas, par des facteurs sociaux et environnementaux pendant l'enfance et l'adolescence (165).

Les programmes qui s'appuient sur des modèles masculins positifs (par exemple, des hommes adultes qui s'occupent de leurs enfants, qui font preuve de flexibilité et qui participent à leur éducation), et qui montrent aux garçons des façons non violentes de manifester leur mécontentement ou leur colère, peuvent aider ces adolescents à résoudre les conflits de manière pacifique et constructive, ainsi qu'à exprimer leurs émotions.

Étude de cas 1

Inde : le programme national de gestion de l'hygiène menstruelle pour les adolescentes en milieu rural

En 2012, ayant constaté que les filles vivant dans les zones rurales n'avaient quasiment pas accès à des produits d'hygiène féminine et à des installations sanitaires sûres, l'Inde a lancé un programme national, avec les objectifs suivants :

- mieux sensibiliser les adolescentes à l'hygiène menstruelle, améliorer leur estime de soi et les autonomiser ;
- améliorer l'accessibilité et l'utilisation de serviettes hygiéniques jetables de qualité par les adolescentes en milieu rural ;
- assurer l'élimination des serviettes hygiéniques en toute sécurité et dans le respect de l'environnement.

Afin de susciter une demande de serviettes hygiéniques de qualité, des actions d'information ont été menées par des agents de santé communautaires, via d'autres mécanismes communautaires et dans le cadre de cours d'acquisition des savoir-faire pratiques à l'école. Par exemple, les agents de santé communautaires doivent organiser des réunions mensuelles à l'intention des adolescentes, dans la communauté, et rendre visite à domicile à celles qui ne peuvent pas assister à ces réunions.

Pour que les filles et les femmes puissent régulièrement se procurer des serviettes hygiéniques de qualité, pour un prix raisonnable, les autorités indiennes ont aussi mis en place un système de distribution. Des responsabilités ont été assignées au niveau des États, des districts, des quartiers, des centres secondaires et des villages. De plus, des produits sanitaires sont distribués aux adolescentes lors des réunions communautaires mensuelles et d'hygiène et au sein des services implantés dans les établissements d'enseignement.

Sources : (21) (166).

Les Études de cas A3.1-A3.5, à l'annexe 3, donnent des exemples supplémentaires d'interventions de développement positif dans divers pays : services de santé à l'écoute des jeunes et éducation sanitaire à l'école en Égypte ; services de santé à l'écoute des jeunes, en vue de réduire le nombre de grossesses non désirées,

au Zimbabwe ; projet de promotion de la santé mentale à l'école en République islamique d'Iran ; programme national de distribution de repas à tous les élèves en Suède ; et éducation sexuelle incluse dans les programmes des établissements d'enseignement au Brésil.

3. Interventions reposant sur des données factuelles

3.2. Interventions de lutte contre les traumatismes involontaires

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 1 : Prévention des traumatismes

Exemples : Accidents de la route et noyade

Accidents de la route : Les accidents de la route constituent la première ou la deuxième cause de décès chez les adolescents dans la quasi-totalité des Régions de l'OMS. Cependant, les interventions les plus susceptibles de les réduire peuvent largement dépendre du contexte. Par exemple, dans les pays où les principales victimes d'accidents de la circulation sont des adolescents qui conduisent et leurs passagers, ce sont les interventions axées sur les adolescents (faible seuil d'alcoolémie autorisé et autres restrictions applicables aux jeunes conducteurs) qui peuvent se révéler les plus efficaces pour abaisser le nombre de décès d'adolescents sur les routes. En revanche, dans les pays où peu d'adolescents conduisent, mais où le taux d'accidents de la route est très élevé parmi les adolescents circulant à pied ou à bicyclette ou empruntant les transports en commun, une meilleure mise en œuvre des interventions au niveau de

la population (législation dissuadant la conduite dangereuse, limitation de la vitesse et mesures de modération de la circulation, notamment) peut être le moyen le plus efficace. C'est dans les pays à revenu intermédiaire, et surtout dans les pays à faible revenu, que le risque est le plus grand : respectivement 51 % et 57 % des décès à la suite d'un accident de la route concernent des usagers vulnérables, à savoir les motocyclistes, les piétons et les cyclistes. Dans la pratique, une combinaison de ces deux types d'interventions, en fonction du contexte, aura probablement un effet positif maximal.

Le Tableau 3.3 résume par grand niveau écologique les interventions visant à faire diminuer le nombre d'adolescents victimes d'accidents de la route. La Section A3.2 de l'annexe 3 présente des informations supplémentaires.



Tableau 3.3. Interventions destinées à prévenir et à atténuer les accidents de la route chez les adolescents

NIVEAU ÉCOLOGIQUE	INTERVENTION	EXPLICATION
Structurel	Lois régissant l'âge minimum pour la consommation d'alcool	Le relèvement à 21 ans de l'âge légal pour la consommation d'alcool a pour effets de réduire celle-ci, la conduite en état d'ivresse, ainsi que les traumatismes et accidents de la route liés à l'alcool chez les jeunes.
	Lois régissant l'alcoolémie	Fixent un taux maximal d'alcoolémie autorisé (0,02 g/dl) plus faible pour un jeune conducteur que la valeur recommandée pour un conducteur plus âgé (0,05 g/dl). Prévoient des contrôles, par exemple au moyen d'alcootests aléatoires, pour tous les conducteurs à un endroit donné, ou uniquement pour ceux qui semblent être sous l'emprise de l'alcool.
	Lois régissant le port de la ceinture de sécurité	Lorsque la législation imposant le port de la ceinture de sécurité est respectée, le taux d'utilisation de la ceinture augmente et le taux de mortalité diminue. Même si la plupart des pays ont aujourd'hui adopté ce type de lois, dans les pays à faible revenu, au moins la moitié des véhicules ne sont toujours pas dotés de ceintures de sécurité fonctionnant correctement.
	Lois régissant le port du casque	Imposent le port du casque pour les deux-roues et sanctionnent les infractions. Définissent une norme de sécurité pour les casques qui permettent de réduire le nombre de traumatismes crâniens.
	Lois régissant l'utilisation d'un téléphone portable par un conducteur	Il existe peu d'informations sur l'efficacité de ces interventions relativement nouvelles. Cependant, 142 pays interdisent aux conducteurs d'utiliser un téléphone portable, 34 un kit mains libres et 42 de communiquer par SMS.
	Limitations de vitesse	Une vitesse supérieure à 30 km/h ne doit pas être autorisée là où circulent de nombreux piétons, enfants ou cyclistes. Les limitations de vitesse doivent être appliquées de telle sorte que les conducteurs pensent que le risque d'être contrôlé est élevé.
	Restrictions applicables aux jeunes conducteurs ou aux conducteurs novices	Un système d'obtention du permis de conduire par étapes, par exemple, dans un premier temps, une longue période d'apprentissage incluant une formation et la conduite accompagnée, puis la délivrance d'un permis assorti de restrictions temporaires à la conduite, et, enfin, l'obtention du permis complet (voir l'Étude de cas 2).
	Limitation de l'accès à l'alcool pour les jeunes conducteurs	En limitant les plages horaires, les jours ou les endroits où de l'alcool peut être vendu, et en faisant diminuer la demande grâce à des mesures fiscales et tarifaires adaptées, on peut réduire, avec un bon rapport coût/efficacité, la conduite en état d'ivresse chez les jeunes.
	Législation dissuadant la conduite dangereuse	Décourager les comportements dangereux, par exemple en retirant des points du permis, voire le permis, dans le cas d'une conduite non maîtrisée.
Environnemental	Mesures de ralentissement de la circulation et de sécurité	Par exemple, mesures de conception de l'infrastructure (ralentisseurs, mini ronds-points, passages piétons matérialisés, notamment) ; changements visuels (éclairage routier ou traitement de la chaussée) ; réorganisation de la circulation (telle que des rues à sens unique) ; promotion de transports en commun sûrs.
Organisationnel	Soins préhospitaliers	Standardiser les soins d'urgence médicale formels, notamment en équipant les véhicules de matériels et d'appareils destinés aux enfants ainsi qu'aux adultes. En l'absence d'un système de soins traumatologiques préhospitaliers, inculquer des notions de premiers secours à la population qui le souhaite ; s'appuyer sur les systèmes de soins préhospitaliers et de transport informels existants ; mettre en place des services de secours sur les routes à forte circulation qui comportent des endroits où les accidents sont fréquents.
	Soins hospitaliers	Améliorer l'organisation et la planification des services de soins traumatologiques, d'une manière durable et financièrement abordable, afin d'accroître la qualité et les résultats des soins.
	Réadaptation	Améliorer les services dans les établissements de soins et la réadaptation à base communautaire, en vue de limiter l'ampleur du handicap après un traumatisme, et aider les adolescents présentant un handicap persistant à déployer tout leur potentiel.
Communautaire	Campagnes contre l'alcool	Les chauffeurs désignés s'abstiennent de consommer de l'alcool afin de pouvoir reconduire chez elles des personnes ayant bu. Ce type d'initiatives doit cibler uniquement les jeunes au-delà de l'âge minimum autorisé pour la consommation d'alcool, afin de ne pas promouvoir la consommation d'alcool avant l'âge légal.
	Campagnes en faveur de chauffeurs désignés	Les campagnes publiques sur les lois régissant le port de la ceinture de sécurité peuvent cibler les adolescents, de façon à accroître la sensibilisation et à changer les normes sociales de prise de risques.
	Campagnes en faveur du port de la ceinture de sécurité	Sensibiliser les adolescents à l'importance du port du casque sur les deux-roues, en faisant appel à la pression des pairs pour changer la perception des jeunes concernant l'acceptabilité du casque et renforcer les lois régissant le port du casque.
	Campagnes en faveur du port du casque	Les projets communautaires peuvent recourir aux parents et aux pairs pour encourager les adolescents à mettre la ceinture de sécurité.
	Projets communautaires	Les projets communautaires peuvent recourir aux parents et aux pairs pour encourager les adolescents à mettre la ceinture de sécurité.
Individuel	Distribution de casques	Les programmes de fourniture de casques à prix réduit ou gratuitement permettent aux adolescents ayant peu de moyens financiers d'en porter un. La distribution peut être réalisée à grande échelle en milieu scolaire.
	Interventions axées sur les deux-roues motorisés	Promouvoir l'allumage des phares en plein jour ; les vêtements réfléchissants ou fluorescents ; les vêtements et les casques de couleur claire ; les réflecteurs à l'arrière des véhicules, dans l'optique de réduire les accidents.
	Interventions axées sur les cyclistes	Promouvoir les réflecteurs à l'avant, à l'arrière et au niveau des roues ; les systèmes d'éclairage sur les bicyclettes ; les vestes ou gilets réfléchissants ; le casque, afin de réduire les accidents.
	Interventions axées sur les piétons	Promouvoir le port de vêtements blancs ou de couleur claire, pour une meilleure visibilité ; les bandes réfléchissantes sur les vêtements ou les matériels comme les sacs à dos ; recommander aux piétons de marcher sous un bon éclairage et face à la circulation, afin de réduire les accidents.

Sources : (118) (168) (250).

3. Interventions reposant sur des données factuelles

Étude de cas 2

Programme de formation et d'éducation à la conduite pour les jeunes conducteurs de motocyclettes en Thaïlande

En Thaïlande, la motocyclette est le mode de transport le plus répandu, et le principal facteur de risque d'accident sur les routes. En 2004, les données de surveillance communiquées par 26 hôpitaux prenant en charge les traumatismes ont montré que ce type de véhicule était responsable de 66 % de la morbidité et de 68 % de la mortalité liées à la circulation chez les moins de 15 ans. Parmi les accidents mortels, 48 % concernaient des conducteurs ; et 52 % des passagers.

Le pays a adopté une législation qui interdit aux enfants de moins de 15 ans de conduire une motocyclette, et aux adolescents âgés de 15 à 18 ans de conduire une

motocyclette de plus de 110 cc.

Par ailleurs, la Thaïlande met en place un programme de formation de 15 heures, pour toutes les tranches d'âge éligibles, pour l'apprentissage de la conduite en toute sécurité. Ce programme comprend cinq heures de cours théoriques sur la législation et la réglementation, les points à vérifier sur une motocyclette, la structure de base du véhicule, la perception des dangers (simulateur de conduite) et les principes techniques de la conduite. Il inclut aussi 10 heures de développement des compétences de conduite.

Source : (169).

Les Études de cas A3.6-A3.8, à l'annexe 3, donnent des exemples supplémentaires d'interventions visant à faire diminuer les accidents de la route, dans divers pays : amélioration de la législation sur la sécurité routière au Brésil, services d'urgence médicale post-conflit innovants en Iraq et promotion du port du casque pour les enfants circulant sur une motocyclette au Viet Nam.

Noyade : On peut éviter la noyade chez les adolescents par des stratégies ciblant l'ensemble de la population, telles que l'amélioration de l'infrastructure communautaire (barrières empêchant l'accès aux étendues d'eau, aux ponts et aux digues), la sensibilisation du public, ou des politiques et une législation adéquates (170). Au nombre des politiques et lois efficaces qui peuvent être adoptées dans les pays ou régions à faible revenu figurent notamment l'élaboration de règles de sécurité nautique, maritime et de navigation des ferrys, ainsi que le contrôle du respect de ces règles, le renforcement de la résilience et la gestion des risques d'inondation aux niveaux local et national, la coordination des actions de prévention de la noyade avec celles d'autres secteurs et programmes, et l'établissement d'un plan national pour la sécurité des étendues d'eau.

Certaines mesures communautaires de prévention de la noyade sont également réalisables dans les zones à faible revenu, dont : l'installation de barrières contrôlant l'accès à l'eau, l'enseignement aux enfants d'âge scolaire des rudiments de la natation, des règles de sécurité et des gestes qui sauvent, la formation des membres de la communauté au sauvetage et à la réanimation, et une meilleure prise de conscience, dans la population, de la vulnérabilité des adolescents à la noyade (car ils sont moins surveillés que les jeunes enfants, et plus susceptibles de consommer de l'alcool et d'adopter d'autres comportements à risque vis-à-vis des étendues d'eau). Au Bangladesh, par exemple, le centre de prévention et de recherche sur les accidents a mis en place plusieurs interventions destinées à faire diminuer le nombre de noyades chez les enfants de tous âges, en particulier grâce à des spectacles de théâtre de rue et des vidéos, la distribution de prospectus et de brochures d'information dans les écoles, une collaboration avec les organismes compétents, afin de mettre en œuvre un programme apprenant aux enfants à se sauver de la noyade, et des réunions entre villageois après une noyade mortelle, pour en définir la cause et éviter d'autres noyades (171).

Il est nécessaire d'évaluer et de prendre en charge les adolescents faisant état d'un traumatisme involontaire, non seulement pour leur apporter des soins médicaux adaptés, mais aussi pour identifier précisément la cause du traumatisme afin que celui-ci ne se reproduise pas. Les brûlures, par exemple, sont l'une des rares formes de traumatismes qui touchent davantage les adolescentes que les adolescents. À l'échelle mondiale, en effet, quelque 2 milliards de personnes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire – en grande majorité des femmes – cuisinent sur un foyer ouvert, ce qui est dangereux, ou sur un fourneau traditionnel rudimentaire (172) (173). Dans nombre de ces pays, les adolescentes font la cuisine soit pour leur famille soit pour un ménage qui les emploie. Du fait de leur jeune âge, elles sont, en moyenne, moins adroites et risquent davantage de se brûler qu'une femme adulte (119). La plupart des interventions destinées à prévenir les brûlures ont été élaborées dans les pays à revenu élevé et sont donc adaptées à ce type d'environnement (détecteurs incendie et extincteurs domestiques, notamment). Relativement peu sont conçues et déployées dans l'objectif de remédier aux facteurs de risque de brûlures qui sont monnaie courante dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et encore moins ont fait l'objet d'une évaluation de leur efficacité. Parmi les

actions prometteuses, citons l'encouragement de l'utilisation de fourneaux à bois améliorés, dotés d'une cheminée, au Guatemala, ou de réchauds/fours à pétrole, en Afrique du Sud (175).

Il est également important d'évaluer minutieusement la cause d'un traumatisme chez les adolescents, car certains, ou leurs parents, ou leur tuteur, peuvent affirmer à tort que c'est à la suite d'un accident, alors qu'il s'agit d'un acte d'auto-agression ou de violence interpersonnelle. Ainsi, dans certains pays, ce que l'on appelle les crimes d'honneur et la mort par le feu représentent un nombre significatif des cas signalés de violence familiale ou exercée par un partenaire intime à l'encontre d'adolescentes, et la victime peut être contrainte par son assaillant à déclarer que ses blessures sont accidentelles (67), (172). De même, l'alcool constitue un facteur de risque majeur pour de nombreuses formes de traumatismes, à la fois lorsqu'un adolescent boit et lorsque la personne qui boit (un parent ou un partenaire intime) blesse un adolescent (102) (388). Dans ces circonstances, des interventions supplémentaires liées à la santé mentale et aux troubles provoqués par la consommation d'alcool, ou des interventions de nature juridique, peuvent se justifier. Des exemples sont analysés plus loin dans cette Section.



© Jacob Han

3. Interventions reposant sur des données factuelles

3.3.

Interventions contre la violence

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 3 : Prévention de la violence

Exemple : Violence des jeunes

Le Tableau 3.4 résume par grand niveau écologique les interventions destinées à prévenir la violence des jeunes. La Section A3.3 de l'annexe 3 présente des informations supplémentaires.

Tableau 3.4. Interventions destinées à prévenir la violence des jeunes

NIVEAU ÉCOLOGIQUE	INTERVENTION	EXPLICATION
Structurel	Limiter l'accès aux armes à feu et leur usage à mauvais escient	Les programmes peuvent nécessiter une nouvelle législation, des forces de police supplémentaires pour contrôler sa mise en œuvre, des campagnes de sensibilisation du public et des systèmes de suivi plus sophistiqués.
	Limiter l'accès à l'alcool et l'abus d'alcool	Réglementer la vente d'alcool aux adolescents ; rendre l'alcool moins facilement disponible ; faire diminuer la demande par des mesures fiscales et tarifaires ; améliorer la sensibilisation et l'appui aux politiques ; et déployer des interventions contre l'abus d'alcool.
	Incitations financières à l'assiduité scolaire	Une aide pécuniaire est versée par élève ou par famille, et conditionnée à un taux d'assiduité scolaire d'au moins 80 %. Elle peut couvrir les coûts directs (frais de scolarité et fournitures) et le coût d'opportunité (par exemple lorsque les familles perdent le revenu qu'elles tiraient du travail de leurs enfants).
Environnemental	Réaménagement de l'espace et rénovation urbaine	Dans les zones où le niveau de violence est élevé, la prévention des délits en situation englobe une évaluation de la sécurité, une analyse des parties prenantes et un processus de planification associant communautés, autorités locales et divers secteurs, dont ceux du logement et du transport.
	Déconcentration de la pauvreté	Bons ou autres incitations permettant aux habitants pauvres qui vivent dans des ensembles de logements publics de partir s'installer dans un quartier moins défavorisé.
	Maintien de l'ordre dans les zones sensibles	Les moyens policiers sont déployés dans les zones à forte délinquance. Les techniques de cartographie et l'analyse géographique aident à repérer les zones sensibles, d'après les statistiques de la délinquance globale, la fréquentation des services d'urgence hospitalière, les données sur le vandalisme et le vol à l'étalage et d'autres sources d'information.
Organisationnel	Maintien de l'ordre dans les zones sensibles	Les moyens policiers sont déployés dans les zones à forte délinquance. Les techniques de cartographie et l'analyse géographique aident à repérer les zones sensibles, d'après les statistiques de la délinquance globale, la fréquentation des services d'urgence hospitalière, les données sur le vandalisme et le vol à l'étalage et d'autres sources d'information.
	Interventions de lutte contre la toxicomanie, côté offre et côté demande	La lutte contre la toxicomanie peut viser à réduire la demande ou l'offre, ou les deux. La plupart des interventions nécessitent d'importantes capacités techniques au sein des services de santé et des forces de police.
Communautaire	Prévention de la violence des gangs et des rues	La stratégie peut avoir pour objectif premier de réduire l'enrôlement dans un gang, d'aider les membres d'un gang à le quitter ou de mettre un terme aux activités des gangs. Les dirigeants communautaires sont appelés à envoyer un message fort montrant que la violence est inacceptable. La mobilisation de la police, la formation professionnelle et le développement personnel peuvent aussi faire partie de la stratégie.
	Intervention policière axée sur les communautés et sur les problèmes	Le recours systématique à des partenariats police/population et à des techniques de résolution de problèmes permet de repérer et de cibler les problèmes pour faire reculer la violence (voir l'Étude de cas 3). Les préalables requis sont un système de maintien de l'ordre légitime, responsable, non répressif, non corrompu et professionnel, ainsi que de bonnes relations entre la police, les autorités locales et la population.
Interpersonnel	Programmes de responsabilisation parentale	Il s'agit de faire mieux comprendre aux parents le développement de l'adolescent et de renforcer leur capacité à l'aider à maîtriser son comportement.
	Visites à domicile	Les programmes de visites à domicile suivent les familles et les accompagnent en cas de risque élevé de mauvais traitements (familles vivant dans un environnement très défavorisé).
	Médiation par les pairs	Des médiateurs peuvent être désignés par les élèves d'une classe et être formés, sur 20-25 heures, aux moyens d'apaiser les conflits entre pairs et, si nécessaire, de rechercher une aide. D'autres élèves peuvent, eux aussi, être formés à résoudre les conflits.
	Prévention de la violence dans les relations amoureuses	Des activités participatives à l'école ou après la classe traitent des relations d'affection ou de violence ; apprennent à constituer une structure de soutien entre amis ; à communiquer ; et à rechercher de l'aide en cas d'agression sexuelle.
Individuel	Développement des compétences essentielles et apprentissage social et émotionnel	Ces programmes spécifiques à l'âge aident les adolescents à comprendre et à gérer leur colère et d'autres émotions, à manifester de l'empathie envers autrui et à établir des relations. Ils comportent entre 20 et 150 séances en classe, sur plusieurs années.
	Loisirs après l'école et autres activités récréatives structurées	Les activités récréatives structurées peuvent concerner le développement des capacités cognitives et des aptitudes scolaires ; les arts, l'artisanat, la cuisine, le sport, la musique, la danse et le théâtre ; des activités en lien avec la santé et la nutrition ; et la mobilisation de la communauté et des parents.
	Soutien scolaire	Les adolescents sont ciblés par l'intermédiaire des médias, des cours de soutien après la classe ou du tutorat privé, pour les aider à répondre aux exigences scolaires et pour éviter qu'ils n'abandonnent l'école.
	Formation professionnelle	La formation professionnelle des jeunes à risque peut produire un réel effet sur la prévention de la violence si elle est intégrée dans le développement économique et la création d'emplois. Il faut prêter attention à la capacité des établissements de formation, à l'équipement technique disponible, à la coopération existante avec les entreprises et à la pérennité des modèles de financement.
	Mentorat	Des mentors bénévoles reçoivent une formation sur le développement de l'adolescent, la constitution de relations, la résolution de problèmes, les difficultés de communication et spécifiques (consommation d'alcool et de drogue, par exemple). Un mentor partage ses connaissances, ses compétences et son point de vue pour promouvoir le développement positif des adolescents à risque.
	Approches thérapeutiques	Des spécialistes qualifiés en santé mentale ou des travailleurs sociaux font de l'accompagnement individuel auprès d'adolescents sur l'acquisition des compétences sociales et d'un comportement adéquat, sur les techniques d'autocontrôle et de gestion des peurs, ainsi que sur des aspects cognitifs (raisonnement moral et compréhension du point de vue de la victime, afin de jauger les effets délétères de la violence sur ceux qui en sont victimes). On peut aussi cibler les familles des adolescents à risque et les réseaux sociaux sur lesquels ils sont présents.

Sources : (45) (176).

Ces interventions et d'autres, qui visent à prévenir la violence des jeunes et à y faire face sont détaillées dans la Section A3.3 de l'annexe 3.

Étude de cas 3

Le programme du Brésil pour lutter contre la violence liée à l'alcool chez les jeunes à risque

Une stratégie communautaire pour atténuer la violence liée à l'alcool a été mise en œuvre dans la ville de Diadema, au Brésil. Outre un club de vacances qui a organisé des activités durant les congés scolaires (période où la délinquance des jeunes atteint un pic), ainsi qu'un programme d'acquisition des compétences essentielles, afin de réduire l'usage de drogues illicites, une formation professionnelle et des stages en entreprise ont été proposés à des jeunes à risque. Par ailleurs, la municipalité

a imposé aux bars de fermer à 23 heures et chargé la police municipale et la police de l'État de surveiller les véhicules, les bars, les zones désertes et autres lieux à risque. Des caméras de sécurité ont aussi été installées aux endroits affichant un taux élevé de délits. On a constaté que la combinaison de ces initiatives a fait tomber à 167 le nombre des cas d'homicide en 2003, contre 389 en 1999, et celui des vols de 5192 à 4368 sur la même période.

Source : (176).

Les Études de cas A3.9-A3.11, à l'annexe 3, donnent des exemples supplémentaires d'interventions visant à lutter contre la violence des jeunes, dans divers pays : rénovation de quartiers pauvres en

Colombie, programme de mentorat en Fédération de Russie et réglementation stricte sur l'alcool dans l'ex-URSS.



©Camila Eugenia

3. Interventions reposant sur des données factuelles

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 4 : Prévention et lutte contre la maltraitance des enfants

Exemple : Mauvais traitements envers les adolescents

Un adolescent a davantage de risques qu'un enfant de 5-9 ans d'être maltraité par un parent ou par une personne qui s'occupe de lui (177). Or, dans la conception et leur mise en œuvre, la plupart des interventions contre la maltraitance des enfants ciblent les pré-adolescents (178). L'OMS recommande que les interventions de lutte contre la maltraitance des enfants soient pluridimensionnelles, afin de répondre avec davantage d'efficacité aux besoins particuliers des adolescents, y compris la formation et l'information des professionnels sur la nature et les effets des mauvais traitements envers les adolescents, l'élaboration et le développement des services de prévention et de traitement pour les adolescents victimes et leur famille, et des systèmes qui évaluent mieux la situation et qui agissent plus efficacement auprès des adolescents maltraités (178). La Section A3.7.1.2 de l'annexe 3 répertorie les signes de maltraitance d'un adolescent, qui devraient alerter les cliniciens dans les structures de soins non spécialisées, et les amener à réagir.

Les programmes de visites à domicile dans les familles à risque et les programmes d'éducation parentale peuvent se révéler

efficaces pour réduire à la fois la violence physique et la violence psychologique envers les adolescents, de plusieurs manières : amélioration de l'information des parents sur le développement de l'adolescent, changer le comportement des parents, faire évoluer dans le bon sens l'interaction parents/adolescents, et renforcer la surveillance de la famille par des professionnels, soit pour détecter plus précocement un problème soit pour éviter sa survenue (180). Cependant, les ressources, notamment humaines, allouées à ces programmes sont souvent inexistantes dans nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire, et presque toutes les données factuelles sur l'efficacité des dispositifs proviennent de pays à revenu élevé.

Les pays doivent aussi définir des normes pour les services de soins et de protection des adolescents maltraités, par exemple pour la documentation des traumatismes, l'évaluation médico-légale, le soutien psychologique, la gestion coordonnée des cas, les actions en justice avec des adolescents pour témoins, les interventions des services sociaux auprès des familles, et les solutions de placement pour les adolescents (180).

« J'ai une amie qui est trop grosse. Les autres enfants s'en prennent à elle très souvent. Mais sa mère est pareille. Quand on la regarde, on voit sa mère. Et sa mère la frappe. Et son père les frappe toutes les deux et veut les quitter. Mon amie pleure beaucoup, et elle dit qu'elle n'aime pas sa famille. »

Adolescente plus âgée en Colombie



©Edith Kachingwe

Les stratégies primaires de prévention de la violence exercée par un partenaire intime ou de la violence sexuelle envers les adolescents sont notamment les suivantes :

Jeunes adolescents (10-14 ans)

- interventions ciblant les enfants exposés à cette violence, telles qu'un accompagnement psychologique qui vise une amélioration sur le plan cognitif, affectif et comportemental ;
- sensibilisation en milieu scolaire, afin d'aider les enfants à identifier et, potentiellement, à éviter les situations de violence sexuelle ;
- initiatives de développement des aptitudes sociales et émotionnelles en milieu scolaire ;
- repérage et traitement des troubles comportementaux et affectifs ;

Adolescents plus âgés (15-19 ans)

- programmes en milieu scolaire destinés à prévenir la violence dans les relations amoureuses ;
- programmes multicomposantes pour la prévention de la violence ;

Tous les adolescents

- stratégies visant à limiter l'accès à l'alcool et l'abus d'alcool ;
- interventions reposant sur la théorie des normes sociales et axées sur le changement des normes sociales et culturelles fondées sur le genre ;
- campagnes de sensibilisation des médias ;
- actions ciblées auprès des hommes et des garçons (45) (181) (182) (183).

Les interventions efficaces pour prévenir la violence d'un partenaire intime à l'encontre d'adolescents, ou sa récurrence, ainsi que la victimisation, sont celles menées dans plusieurs contextes (à savoir à l'école et dans la communauté), axées sur les principaux adultes présents dans l'environnement des adolescents (enseignants et parents, par exemple), traitant des capacités relationnelles, et mesurant plus d'un type de violence (violence physique et sexuelle, par exemple) (184). Les interventions qui se sont révélées inefficaces sont celles dont la durée est relativement courte (1-3 heures, contre 8-28 heures, par exemple) ou qui ne portent que sur le programme scolaire et n'ont pas de dimension communautaire.

L'Encadré 3.1 résume les services de santé devant être fournis aux adolescents victimes de violence sexuelle ou de la violence d'un partenaire intime.

Encadré 3.1. Services de santé pour les adolescents victimes de violence sexuelle ou de la violence d'un partenaire intime

Les agents de santé en contact avec des adolescents victimes de violence sexuelle jouent un rôle central dans l'identification des cas individuels d'agression sexuelle. En général, une agression sexuelle (un viol) nécessite un large éventail de soins :

- aide directe ;
- test de grossesse et moyen de prévention de la grossesse (contraception d'urgence) ;
- interruption de grossesse (selon la législation), une prophylaxie contre le VIH, d'autres mesures de prophylaxie contre les IST et le traitement des traumatismes ;
- des soins de santé mentale, conformément aux lignes directrices de l'OMS ;
- une orientation-recours pour d'autres besoins juridiques ou psychosociaux ou l'accueil dans un refuge (185).

Dans une publication de 2013 intitulée *Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques*, l'OMS énonce des recommandations plus détaillées (185). En outre, les besoins particuliers des adolescents ayant subi des violences doivent être pris en compte.

Bien souvent, par exemple, les adolescents sont timides ou ont du mal à parler de sexualité, et s'expriment plus librement sur ces questions si les parents ne sont pas présents. Il convient de leur demander, dans l'idéal en l'absence de leur père ou de leur mère, s'ils souhaitent que l'un de leurs parents soit présent pendant qu'ils racontent l'agression dont ils ont été victimes. Étant donné que le type d'examen clinique pratiqué (tel que des prélèvements cervicaux) et de traitement (comme le dosage du traitement contre les IST) dépend de l'âge, il convient de se référer aux lignes directrices adaptées à l'âge (186).

Sources : (185) (186).

3. Interventions reposant sur des données factuelles

3.4.

Interventions de santé sexuelle et reproductive, VIH compris

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 6 : Éducation sexuelle complète

Exemple : Rapports sexuels à risque

Selon l'UNESCO, l'éducation sexuelle complète (ESC) est « une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur une information scientifiquement précise, réaliste et s'abstenant de jugements de valeur » (187) (376). Les caractéristiques d'un programme scolaire efficace en matière d'ESC, résumées dans la Section A3.1.2 de l'annexe 3, ont trait au développement, au contenu et à la mise en œuvre. Les données scientifiques les plus récentes attestent que l'ESC, dont l'éducation aux pratiques sexuelles à moindre risque et l'usage du préservatif, peut retarder le début et diminuer la fréquence des rapports sexuels, réduire le nombre de partenaires sexuels, accroître l'utilisation du préservatif et limiter les comportements sexuels à risque (188) (189). On peut nettement renforcer les programmes d'ESC dans le cadre scolaire, car la plupart des adolescents fréquentent l'école et ces programmes peuvent s'appuyer sur l'infrastructure et les capacités en place.

Dans tous les pays, quelle que soit la prévalence du VIH, l'ESC doit être intégrée dans les programmes scolaires et promouvoir notamment l'égalité entre les sexes ainsi que le respect des droits humains (265). Les représentants appropriés du secteur de la santé doivent être informés sur ce qui constitue une ESC efficace, et soutenir activement sa mise en œuvre à plusieurs niveaux écologiques :

- Politiques – les secteurs de la santé et de l'éducation doivent encourager des politiques claires, cohérentes et reposant sur des données factuelles, pour des environnements sans danger et favorables, et pour l'inclusion d'une éducation à la santé sexuelle et reproductive adaptée à l'âge dans les programmes scolaires.
- Communauté – les compétences collectives et la forte crédibilité du secteur de la santé font de ce dernier un précieux allié pour mobiliser des partenaires, dissiper les idées fausses, apporter des arguments fondés sur des données factuelles et soutenir des politiques et pratiques pertinentes afin de promouvoir la santé sexuelle et reproductive auprès des élèves, mais aussi auprès des jeunes non scolarisés, au sein de la communauté.
- École – en collaboration avec le secteur de l'éducation, le secteur de la santé peut mettre en avant l'ESC :
 - en facilitant la formation et la formation continue des enseignants par l'intermédiaire des organisations professionnelles ;
 - en examinant conjointement l'exactitude des informations et l'adéquation de la formation s'appuyant sur les compétences dans les programmes de l'enseignement primaire et secondaire ;
 - en contribuant à l'élaboration d'une éducation à l'ESC reposant sur des données factuelles, adaptées à l'âge et s'appuyant sur les compétences dans les programmes de l'enseignement primaire et secondaire ;
 - en encourageant la définition, l'adaptation et l'utilisation de normes pour les programmes scolaires d'éducation à l'ESC à l'intention des adolescents ; et
 - de façon générale, en soutenant l'ESC en proposant en milieu scolaire, ou en lien avec l'école, des services de santé et une orientation-recours.

En 2011, l'OMS a évalué l'efficacité des interventions en termes de résultats cruciaux pour la santé des mères adolescentes (190). Sur cette base, elle a formulé les recommandations suivantes, dans l'optique de faire diminuer le nombre de grossesses avant l'âge de 20 ans :

- proposer des interventions combinant éducation à la sexualité sur la base des programmes scolaires et promotion de l'usage de contraceptifs auprès des adolescents, de manière à réduire le taux de grossesse, et
- proposer et promouvoir la contraception post-partum et postavortement pour les adolescentes, grâce à plusieurs visites à domicile ou consultations cliniques, afin de réduire la probabilité d'une deuxième grossesse chez les adolescentes (190).

Pour inciter les adolescents à recourir davantage à la contraception, cette publication de 2011 de l'OMS recommandait en outre que les parties prenantes mettent en œuvre :

- des interventions améliorant la prestation des services de santé aux adolescents, notamment qui renforcent la compétence des prestataires et remédient aux préjugés des prestataires, afin que l'information et les services en matière de contraception soient plus accessibles et plus utilisés ;
- des interventions à l'échelle voulue, qui informent sur les moyens de contraception, en particulier l'éducation sexuelle intégrée dans les programmes scolaires, pour que les adolescents recourent davantage à la contraception ; et
- des interventions destinées à rendre les contraceptifs financièrement plus abordables pour les adolescents (voir l'Étude de cas 4) (190).

La Section A3.4.1 de l'annexe 3 présente une description approfondie des interventions visant à prévenir et à agir en cas de grossesse précoce ou non désirée chez l'adolescente, notamment l'Étude de cas A3.12, qui détaille les visites à domicile aux États-Unis, qui ont pour finalité de prévenir les grossesses adolescentes précoces et répétées.

Étude de cas 4

Au Nicaragua, un programme de bons élargit l'accès des adolescentes aux soins de santé sexuelle et reproductive

Dans les quartiers défavorisés de Managua, au Nicaragua, le Central American Health Institute, une organisation non gouvernementale (ONG) a noué un partenariat avec plusieurs autres ONG pour financer et distribuer des bons permettant aux adolescentes d'obtenir plus facilement des soins de santé sexuelle et reproductive.

Ces bons ont permis l'accès gratuit aux soins, dans 20 centres de santé sélectionnés. Ils ont été délivrés à différents endroits, dans 221 quartiers pauvres, et en priorité aux adolescentes non scolarisées. En effet, dans cette ville, le taux de fréquentation de l'enseignement secondaire est relativement faible parmi les filles, et la grossesse peut être un motif d'abandon des études. Grâce aux bons, chaque adolescente avait droit à une

consultation et à une visite de suivi pour des conseils, une planification familiale, un test de grossesse, des soins prénatals, un traitement des infections sexuellement transmissibles, ou une combinaison de ces services. En outre, le personnel des centres a suivi des formations portant sur les conseils à donner, sur les questions liées à l'adolescence et à la sexualité, et sur la violence sexuelle.

On a constaté que les adolescentes qui avaient reçu un bon étaient davantage susceptibles de recourir à des services de santé sexuelle et reproductive, à une contraception moderne, et d'avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Sources : (190) (191).

[Première fille] « Si je ne vais pas bien, et si je ne me sens pas aimée, je me cherche un petit copain. Il n'est pas forcément super, mais il me tient compagnie. Et, comme ça, quelqu'un fait attention à moi, c'est ce que je veux, mais ça ne vient pas de mes parents. »

[Deuxième fille] « C'est très souvent le cas. Par exemple, des filles comme moi sont en couple pour cette raison, pas parce qu'elles en rêvent. Et d'autres filles sortent avec un garçon parce qu'elles veulent vraiment être en couple avec lui. »

Adolescente plus âgée en Colombie

3. Interventions reposant sur des données factuelles

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 8 : Prévention et lutte contre les pratiques néfastes comme les mutilations sexuelles féminines et le mariage précoce ou forcé

Exemples : Mutilations sexuelles féminines et mariage précoce ou forcé

Mutilations sexuelles féminines : Au niveau national, l'introduction et l'application d'une législation luttant contre les mutilations sexuelles féminines ont permis de réduire ces pratiques (138) (192). Par ailleurs, les initiatives des médias – par la radio, la musique, des témoignages et des poèmes – ont favorisé un changement d'attitude (390). Au niveau communautaire, d'autres interventions ayant le même objectif se révèlent également efficaces, notamment les projets de communication en faveur d'un changement et l'adoption de nouveaux rites de passage (138).

Les adolescentes et les femmes ayant subi des mutilations sexuelles ont besoin de soins de qualité (193). Publiées en 2016, les Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines énoncent des recommandations concernant la désinfection, la santé mentale et la santé sexuelle féminine. Ainsi, pour les filles et les femmes ayant subi des mutilations sexuelles de type 3, la désinfection est recommandée afin de prévenir et de traiter les complications obstétricales, faciliter l'accouchement, et prévenir et traiter les complications urologiques (infections urinaires récurrentes et rétention urinaire, par exemple). Pour les filles et les femmes ayant subi des mutilations sexuelles, sous toute forme que ce soit, une thérapie comportementale cognitive devrait être envisagée dans le cas de symptômes évocateurs de troubles anxieux, d'une dépression ou d'un état de stress post-traumatique, et des conseils en matière de sexualité sont recommandés pour prévenir ou traiter la dysfonction sexuelle (193).

Mariage précoce ou forcé : Les actions qui ont pour but de prévenir et de réduire le nombre de mariages avant l'âge de 18 ans consistent, entre autres, à encourager les responsables politiques, les planificateurs et les chefs communautaires à formuler et à faire appliquer des lois et politiques d'interdiction, à mettre en œuvre des interventions pour informer et autonomiser les filles, ainsi que pour influencer les pratiques familiales et les normes communautaires, et à accroître les opportunités éducatives des filles grâce à des canaux formels et non formels (190). Si l'on veut mettre un terme à la pratique des mariages d'enfants, une approche plurisectorielle et multiniveaux sera probablement plus efficace qu'un simple amendement des lois et des politiques. Elle peut combiner des mesures de protection sociale adaptées à l'enfant, l'amélioration de la scolarisation, une évolution du droit, des campagnes sensibilisant à l'égalité entre les sexes et un renforcement des capacités, l'acquisition de compétences financières ou une formation professionnelle pour les filles (162). La protection sociale peut consister en des transferts, une assurance et des services visant à améliorer la résilience et à parer aux stratégies négatives de survie des ménages, comme le mariage d'un enfant. Il faut ainsi remédier aux schémas spécifiques de la pauvreté et de la vulnérabilité des enfants, et prendre acte

des bienfaits à long terme que l'investissement dans l'éducation et les compétences professionnelles des filles produit sur le développement.

Il est fréquent qu'une adolescente mariée peine à accéder à la contraception, car les normes sociales et les normes de genre l'encouragent à avoir un enfant immédiatement après le mariage, restreignent sa capacité d'action et son pouvoir par rapport à son époux et, dans certains cas, ses déplacements. Ainsi, bien souvent, une fille mariée a pour unique horizon le foyer de sa belle-famille, et, en perdant son réseau social et le soutien de sa famille, elle se retrouve complètement isolée (195). Les responsabilités d'adulte, les relations sexuelles forcées, la privation de liberté et l'arrêt du développement éducatif et personnel peuvent avoir de profondes conséquences physiques, intellectuelles, psychologiques et affectives. Un accompagnement psychologique des adolescentes mariées est donc essentiel, de même qu'une aide d'urgence pour celles en situation de stress conjugal extrême.

Les adolescentes mariées peuvent aussi être particulièrement vulnérables dans un pays qui a fixé pour le mariage un âge légal inférieur à l'âge légal d'accès à la contraception et aux services de planification familiale. De plus, les services de santé maternelle et infantile ne sont généralement pas axés sur les jeunes primipares. Les adolescentes mariées n'ont pas besoin de services de santé maternelle particuliers, mais de services adaptés aux jeunes et de mesures en faveur de l'égalité d'accès. Certains pays où le taux de mariage des adolescents est élevé ont mis en place des services de proximité spécifiques pour le faire diminuer. Dans l'État indien du Rajasthan, par exemple, l'association ARTH (Action Research and Training for Health) a conçu un programme de proximité faisant appel à des villageoises bénévoles. Celles-ci entrent en contact avec toutes les femmes qui attendent leur premier enfant, dont la plupart sont des adolescentes, et les accompagnent lors de leur première consultation médicale. Ce dispositif comporte également un service d'accouchement 24 heures sur 24, à domicile ou dans le centre de santé, avec une équipe d'obstétriciens qui se déplace à motocyclette et se compose d'une infirmière sage-femme et d'un agent de terrain de sexe masculin (138) (164) (196).

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 9 : Soins aux adolescentes avant, pendant et après la grossesse, lors de l'accouchement, durant une interruption de grossesse (si la loi l'autorise) et après un avortement [les 48 interventions fondées sur des données factuelles]

Exemples : Problèmes de santé maternelle

Les interventions globales en santé maternelle qui cherchent à remédier aux retards liés à la recherche et à l'obtention de soins adéquats peuvent réduire les problèmes de santé des mères adolescentes, y compris ceux détaillés par l'OMS dans ses recommandations de 2015 pour les interventions de promotion de la santé de la mère et du nouveau-né, ainsi que dans ses lignes directrices de 2013 sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent : recommandations pour la santé maternelle et périnatale (392) (395).

Il est possible d'améliorer le recours des adolescentes aux soins prénatals, aux soins pendant l'accouchement et aux soins postnatals en accroissant la disponibilité de ces services et des soins obstétricaux d'urgence, en montrant leur importance aux adolescentes et aux membres de la communauté, et en s'assurant, par un suivi, que les adolescentes, leur famille et la communauté

sont bien préparées à la naissance et aux situations d'urgence qui peuvent en résulter (190). Les soins prodigués à une adolescente enceinte devraient inclure des conseils, lors de la première consultation, sur la possibilité d'une interruption de grossesse (si la loi l'autorise), un accompagnement social (y compris des visites à domicile), un soutien nutritionnel (notamment des conseils et une supplémentation), des recommandations pour éviter la pollution de l'air intérieur, une évaluation systématique de la violence, une planification de la naissance, la prise en charge de l'anémie et du paludisme en cas d'endémie, et des conseils pour l'allaitement au sein et la contraception post-partum (133). Les services de contraception post-partum sont particulièrement essentiels pour que l'intervalle entre deux naissances soit suffisant et pour éviter les grossesses précoces et rapprochées (131) (393).

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 10 : Prévention, détection et traitement des infections sexuellement transmissibles et de l'appareil reproducteur, y compris le VIH et la syphilis

Exemples : VIH et autres infections sexuellement transmissibles

Au nombre des composantes de programmes efficaces pour prévenir le VIH chez les adolescents et les jeunes adultes figurent la promotion des préservatifs et leur distribution, la communication intensive sur le changement social et d'attitudes, la prévention du VIH dans le cadre scolaire (dont l'ESC), la prophylaxie postexposition et un recours accru aux services de dépistage du VIH, au traitement antirétroviral (TAR), la réduction des effets nocifs et la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV). Pour chacune de ces interventions préventives, les orientations publiées en 2016 par l'Organisation des Nations Unies de lutte contre le sida (ONUSIDA) pour la prévention du VIH chez les adolescentes et les femmes décrivent les problèmes à prendre en compte et les cadres de mise en œuvre (265).

Une grande partie des populations adolescentes présentant un risque élevé de contracter des IST, les services de prévention efficace de ces infections sont tout autant importants pour elles, voire encore plus impératifs, notamment un renforcement de la prise en charge des cas d'IST, ainsi que des conseils, le dépistage de la syphilis et le traitement de toutes les filles et femmes enceintes, et la vaccination contre le papillomavirus humain (PVH) (199). La Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 est axée sur trois IST qu'il est urgent de combattre et pour lesquelles il existe des interventions offrant un bon rapport coût/efficacité : *Neisseria gonorrhoeae*, à cause du risque accru de gonorrhée incurable et de co-infection avec d'autres IST (dont *Chlamydia trachomatis*,

Treponema pallidum, et tout particulièrement l'élimination de la syphilis transmise de la mère à l'enfant (syphilis congénitale), et le PVH, priorité étant donnée à la vaccination en vue d'éliminer le cancer du col de l'utérus et les verrues génitales (137).

Les stratégies qui ont pour finalité de renforcer les effets de la prévention des IST consistent, entre autres, à intégrer les services de lutte contre les IST dans les systèmes de santé existants, à plaider en faveur de la lutte contre la stigmatisation et à quantifier la charge que représentent ces infections. Parmi les nouvelles technologies de prévention et de traitement des IST, on peut citer les tests de diagnostic rapide, les nouveaux médicaments de lutte contre la gonorrhée, les vaccins et autres interventions biomédicales. La Stratégie mondiale de lutte contre les IST définit de nombreuses actions prioritaires auprès des adolescents, par exemple : combiner des interventions à visée préventive (sur le plan comportemental, médical et structurel) ciblant cette population, lui donner des informations détaillées et lui distribuer des préservatifs masculins et féminins, pour une double protection face aux IST et au risque de grossesse précoce, veiller à ce que le vaccin contre le PVH soit un volet essentiel des programmes de santé des adolescents, et déployer des stratégies pour déceler et prendre en charge les infections asymptomatiques, comme un dépistage régulier, avec des interventions destinées à atteindre les partenaires sexuels (137).

3. Interventions reposant sur des données factuelles

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 11 : Circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) dans les pays confrontés à une épidémie de VIH généralisée

Exemples : VIH et autres IST

La CMMV protège partiellement les garçons et les hommes contre la transmission hétérosexuelle du VIH tout au long de la vie, et c'est une intervention très rentable pour prévenir l'infection par le VIH et d'autres IST (herpès de type 2 et PVH, par exemple) là où la charge du VIH est élevée. Le cadre défini en 2016 par l'OMS et ONUSIDA pour la circoncision masculine médicale volontaire vise à accélérer les efforts pour atteindre, puis maintenir, une couverture de 90 % de la population masculine âgée de 10 à 29 ans en encourageant la CMMV comme composante d'un ensemble essentiel de services de santé, surtout dans l'est et le sud de l'Afrique (200). Ces services devraient être adaptés aux tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans et 20-29 ans). Le cadre recommande plusieurs actions, dont les suivantes :

- s'appuyer sur la demande de CMMV parmi les adolescents ;
- faire évoluer les politiques et les services afin d'améliorer l'accès des garçons adolescents à la CMMV et à d'autres services de santé répondant à leurs besoins ;
- cibler les adolescents à risque élevé, en fonction du lieu et de leur comportement ;

- intégrer ou lier la prestation de services à d'autres interventions ou secteurs (jeunes et éducation, par exemple) pour satisfaire aux besoins de santé plus larges des garçons adolescents ;
- utiliser des modes de prestation de services et créer une demande afin que les garçons adolescents continuent de recourir à la CMMV ;
- innover dans les politiques, les services et la prestation, y compris auprès des garçons adolescents qui ne fréquentent pas l'école ou un autre établissement formel ; et
- rendre compte des résultats et de la qualité.

La CMMV conférant une protection partielle, les conseils sur la réduction du risque et sur les pratiques sexuelles à moindre risque forment un volet crucial de tout programme. La prestation de services et les interactions peuvent se dérouler au niveau d'un établissement ou de la communauté, par exemple les interventions en milieu scolaire qui associent la direction de l'établissement, l'éducation et l'information des garçons, des filles, des parents et des communautés. Les partenariats avec les secteurs concernés (jeunesse et sport, par exemple) sont précieux pour évaluer les besoins particuliers des garçons à l'adolescence. La qualité et la sécurité sont fondamentales, et peuvent être facilitées par une collaboration avec des programmes nationaux, tels que les services de santé sexuelle et reproductive ou les services chirurgicaux essentiels destinés aux adolescents.



©Ammad Khan

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 12 : Soins complets destinés aux enfants (y compris les adolescents)

Exemples : VIH et sida

Les recommandations de l'OMS concernant le dépistage du sida chez les adolescents, pour différents types d'épidémie, peuvent être résumées ainsi :

1. Dépistage du VIH et conseils, en lien avec la prévention, le traitement et les soins, pour les adolescents faisant partie des populations les plus exposées, dans toutes les situations (épidémie de VIH généralisée, de faible ampleur et concentrée).
2. En présence d'une épidémie généralisée, dépistage du VIH et conseils, en lien avec la prévention, le traitement et les soins, pour tous les adolescents.
3. En présence d'une épidémie de faible ampleur et concentrée, accès au dépistage du VIH et à des conseils, en lien avec la prévention, le traitement et les soins, pour tous les adolescents. Si l'épidémie est concentrée, des conseils et un dépistage par un médecin devraient être proposés dans un environnement clinique aux adolescents qui présentent des symptômes ou des affections évoquant une infection à VIH, notamment dans le cas d'une tuberculose présumée ou confirmée.
4. Les adolescents atteints du VIH devraient être informés des avantages et risques potentiels de la divulgation de leur état sérologique, autonomisés et accompagnés, afin de déterminer si leur état doit être révélé, quand, comment et à qui.
5. Les approches communautaires sont à même d'améliorer l'observance du traitement et la continuité des soins chez les adolescents vivant avec le VIH.
6. La formation du personnel de santé peut contribuer à l'observance du traitement et à une meilleure continuité des soins chez les adolescents vivant avec le VIH (124).

« Comme vous le savez probablement, beaucoup d'adolescents de 15 ans sont sexuellement actifs et ont déjà les symptômes du VIH/d'IST, mais, parce qu'ils sont trop jeunes, ils ne peuvent pas se faire dépister. Ils ne peuvent pas non plus demander l'autorisation de leurs parents, sinon ils risquent de gros problèmes. »

Adolescent plus âgé en Indonésie

Actuellement, tous les adolescents vivant avec le VIH devraient commencer un traitement antirétroviral (TAR), et le poursuivre pendant toute leur vie, indépendamment de leur stade clinique OMS et de leur numération CD4 (201). En priorité, tous les adolescents présentant une maladie VIH sévère ou avancée (stade clinique OMS 3 ou 4), avec une numération des CD4 ≤ 350 cellules/mm³ devraient commencer un TAR (201). Toutes les adolescentes enceintes ou qui allaitent au sein le devraient, elles aussi, et continuer d'être traitées au moins pendant toute la période où le virus risque d'être transmis à l'enfant (124).

La tuberculose étant l'une des causes premières de morbidité et de mortalité parmi les personnes vivant avec le VIH, sa prévention, son diagnostic et son traitement devraient faire partie de ces activités (202). Afin de maximiser la couverture et la qualité des soins aux adolescents infectés, il faudrait instaurer des liens et des dispositifs d'orientation assurant la continuité et la globalité des soins, y compris la transition entre les services pédiatriques et les services de prise en charge des adultes contaminés.

Les prestataires de services, les adolescents et les principales parties prenantes devraient eux aussi être associés à l'identification des activités acceptables, et réalisables, pour promouvoir les soins et le traitement du VIH chez les adolescents, par exemple des services communautaires, la formation du personnel de santé et des interventions favorisant la communication d'informations et améliorant la connaissance du traitement ainsi que la santé mentale des adolescents (voir l'Étude de cas 5) (124) (394). Dans le cas des adolescents non scolarisés, le lieu de travail offre également une possibilité d'élargir l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement au travers de programmes de formation et de sensibilisation au problème du VIH, de politiques de santé et d'hygiène, d'une aide au suivi du traitement, le renforcement des qualifications et le soutien au revenu, et les services de santé au travail (365). En outre, il est impératif de répondre aux besoins et de remédier aux vulnérabilités des adolescents parmi les populations les plus exposées, notamment les personnes consommant de la drogue ou vendant des services sexuels, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, et les transgenres. Les programmes devraient prendre en compte les contraintes découlant du droit et des politiques, la couverture des services, les freins à l'accès et les approches et aspects à considérer pour les services (203) (204) (205) (206). La Section A3.4.2 de l'annexe 3 décrit en détail ces interventions, et d'autres, relatives au dépistage, aux conseils, aux soins et au traitement.

3. Interventions reposant sur des données factuelles

Étude de cas 5

Des groupes d'entraide pour encourager l'observance du traitement chez les adolescents vivant avec le VIH au Mozambique

Le Ministère mozambicain de la santé et plusieurs ONG partenaires ont mis en place des soins cliniques dans tous les districts des provinces de Maputo et de Cabo Delgado. Afin d'améliorer l'observance du traitement antirétroviral (TAR) par les adolescents, ainsi que la continuité des services de soins et de traitement dans cette catégorie de population, ils ont formé spécialement des conseillers non professionnels, des psychologues et des psychiatres à l'accompagnement psychosocial des enfants et des adolescents, en mettant expressément l'accent sur le renforcement de l'observance du traitement et sur la révélation de leur état sérologique aux adolescents infectés par le VIH.

Parallèlement, le personnel a été formé et a renforcé ses compétences en constituant des groupes d'entraide pour adolescents et en leur apportant un appui. Aujourd'hui, ces groupes d'entraide sont pleinement actifs dans sept districts sur huit, et comptent chacun une vingtaine d'adolescents. Ils ont reçu divers matériels, dont des aide-mémoire, un Tableau à feuilles mobiles consacré à l'observance du traitement, et un manuel sur les groupes d'entraide. Ils semblent avoir une influence bénéfique non seulement sur l'observance du traitement par les adolescents, mais aussi, plus généralement, sur l'estime de soi et la lutte contre le VIH.

Les Études de cas A3.13-A3.15, à l'annexe 3, donnent des exemples supplémentaires d'interventions contre le VIH et le sida, dans divers pays : abaissement de l'âge du consentement pour le dépistage du VIH en Afrique du Sud, renforcement des liens entre

les services de dépistage, de conseils et d'accompagnement des adolescents vivant avec le VIH en Namibie, et centre d'accueil des jeunes vendant des services sexuels ou consommant des drogues injectables en République-Unie de Tanzanie.



©Edith Kachingwe

3.5.

Interventions contre les maladies transmissibles

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 13 : Prévention, détection et traitement des maladies transmissibles, notamment de la tuberculose

Exemple : Tuberculose

En ce qui concerne la prévention de la tuberculose, la modélisation récente indique qu'en ciblant les vaccins antituberculeux sur les adolescents, on pourra réduire la morbidité et la mortalité non seulement de cette population, mais aussi chez les nourrissons et les jeunes enfants. Ainsi, la vaccination des adolescents serait une stratégie plus efficace pour protéger les enfants en bas âge contre la tuberculose que la vaccination directe des nourrissons (145). C'est pourquoi le développement des vaccins antituberculeux est désormais axé sur de nouveaux vaccins candidats en cours d'élaboration pour les adolescents.

Pour faire diminuer chez les adolescents la charge de la tuberculose et de certaines autres maladies transmissibles (par exemple la pneumonie), une approche générale consiste à prévenir les facteurs de risque environnementaux, tels que l'exposition à la fumée de tabac ou la pollution de l'air intérieur, qui seront décrits plus loin (173). En outre, la publication de l'OMS intitulée Tuberculose de l'enfant : feuille de route (2013) énonce dix mesures pour combattre la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent, dont la rédaction de documents d'orientation politique, de référence et de formation à l'intention des agents de santé, et la capacité à saisir les occasions critiques d'intervention, comme le passage de l'adolescent des services pédiatriques aux services pour adultes en matière de lutte antituberculeuse (146). Au Kazakhstan, par exemple, l'État a mis en place une vaste infrastructure de services pédiatriques anti-tuberculose, qui se concentrent sur la détection active des cas parmi les enfants et sur le dépistage de ceux en contact avec une personne tuberculeuse. De 161 pour 100 000 en 2002, les cas de tuberculose notifiés chez les adolescents ont été ramenés à 98 pour 100 000 en 2011 (146).

Publiées en 2016 par l'OMS, les Lignes directrices concernant la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant dans le cadre des programmes nationaux formulent des recommandations cliniques détaillées relatives au traitement de la tuberculose chez l'adolescent (208). S'agissant de la tuberculose et de la tuberculose associée au VIH, la présentation clinique, les dosages des médicaments traitant la tuberculose et la prise en charge de la maladie étant en grande partie similaires pour l'adolescent et l'adulte, le traitement de la tuberculose chez les adolescents suit actuellement les mêmes lignes directrices que celles applicables aux adultes.

Cependant, les adolescents tuberculeux rencontrent souvent des problèmes d'autonomie, d'observance du traitement ou de stigmatisation, indépendamment du fait qu'ils sont, ou non, également infectés par le VIH. Ils doivent donc bénéficier d'une attention particulière dans les lignes directrices et les services de lutte antituberculeuse (146). Par exemple, ils peuvent avoir du mal à taire leur état et à éviter la stigmatisation s'ils manquent l'école pour suivre un traitement contre la tuberculose. Dans certains pays où la prévalence de la tuberculose dans les populations d'âge scolaire est relativement élevée, les pouvoirs publics ont élaboré des publications pour traiter de ces questions avec des éducateurs (par exemple en République d'Afrique du Sud, (207)). De même, des conseils individualisés, et étendus à la famille, associés à une mobilisation énergique des volontés en faveur des stratégies d'observance, peuvent aider un adolescent à devenir autonome et l'encourager à suivre son traitement (208). Dans nombre de pays, des initiatives relevant d'interventions publiques de santé sexuelle et de lutte contre le VIH proposent des services ciblés, adaptés aux adolescents, qui peuvent aussi servir à intégrer systématiquement la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose associée au VIH chez les adolescents.

3. Interventions reposant sur des données factuelles

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 14 : Vaccination systématique, par exemple contre le papillomavirus humain, l'hépatite B, la diphtérie et le tétanos, la rubéole et la rougeole

Exemples : Maladies infectieuses multiples (telles que les maladies diarrhéiques et les infections sexuellement transmissibles)

Les calendriers de vaccination propres à chaque pays devraient reposer sur des aspects locaux relatifs à l'épidémiologie, aux programmes, aux ressources et aux politiques. L'OMS recommande toutefois plusieurs vaccinations systématiques pour les adolescents ou les adultes, dans tous les programmes de vaccination, notamment contre :

- le tétanos (rappel) ;
- le papillomavirus humain (filles de 9-13 ans), la rubéole (adolescentes et femmes en âge de procréer si elles ne sont pas déjà vaccinées) ; et
- l'hépatite B (populations à risque élevé, si elles ne sont pas déjà vaccinées) (312)

De surcroît, pour les enfants, adolescents et adultes à risque élevé, l'OMS recommande la vaccination contre la typhoïde, le choléra, les infections à méningocoque, l'hépatite A, la rage et la dengue, ainsi que certains autres vaccins dans des zones particulières (encéphalite transmise par les tiques) ou dans des programmes présentant certaines caractéristiques (grippe saisonnière pour les filles et les femmes enceintes, varicelle dans les pays où l'âge moyen d'acquisition du virus est 15 ans ou plus).

L'OMS encourage les programmes nationaux de vaccination à profiter des visites médicales scolaires pour évaluer l'état vaccinal des adolescents, administrer les doses manquantes (vaccin méningococcique par exemple) et fournir les doses de rappel si l'immunité procurée par les doses reçues dans la petite enfance diminue (tétanos par exemple) (122) (145) (397). Dans les zones où beaucoup d'adolescents (adolescentes, adolescents vivant en milieu rural ou adolescents plus âgés, notamment) ne sont pas couverts par les campagnes de vaccination scolaire, des campagnes spécifiques ou des services de soins de santé primaires peuvent être nécessaires afin d'administrer ces vaccins à grande échelle (122).

L'introduction de nouveaux vaccins (tels que le PVH) peut être l'occasion de faire bénéficier d'autres vaccins et interventions sanitaires des populations ou des tranches d'âge qui, sinon, n'y auraient pas accès. Les Principes et considérations sur l'ajout d'un vaccin dans un programme national de vaccination, présentés par l'OMS en 2014, énoncent les aspects concrets à prendre en compte pour décider d'introduire un vaccin, planifier et gérer cette introduction, et suivre et évaluer ses avancées (210). En outre, l'Outil d'évaluation des coûts de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus (C4P) est une application informatique conviviale, qui permet d'estimer la valeur des ressources incrémentielles (additionnelles) nécessaires pour intégrer la vaccination contre le PVH dans un programme de vaccination existant (211). Outre pour les jeunes adolescentes, désormais, certains pays recommandent aussi la vaccination contre le PVH pour les jeunes adolescents, en prévention des cancers de la bouche, de la gorge, du pénis et de l'anus (212) (213).

Paludisme : Dans la série Informations sur la santé à l'école de l'OMS, le document portant sur la prévention du paludisme indique comment des individus et des populations peuvent mettre en œuvre des interventions à visée préventive, et notamment :

- plaider en faveur d'un appui aux niveaux local, du district et national aux interventions de prévention du paludisme dans les établissements d'enseignement ;
- instaurer un environnement propice, grâce à la lutte antivectorielle, à la pulvérisation intradomiciliaire et à l'emploi de moustiquaires à imprégnation durable ;
- faire évoluer et développer les services de santé actuels afin d'élaborer des programmes plus efficaces pour promouvoir la santé à l'école ;
- définir les compétences que les jeunes doivent acquérir, et pérenniser les comportements qui réduisent leur risque d'infection ; et
- mobiliser la communauté pour déployer et renforcer les programmes scolaires. (214)

Plusieurs études montrent que les enfants d'âge scolaire utilisent une moustiquaire à imprégnation durable moins souvent que d'autres catégories de population (144). Les écoles situées dans les zones d'endémie du paludisme pourraient apprendre aux adolescents des gestes de prévention simples, mais efficaces, tels que les suivants :

- toujours dormir sous une moustiquaire imprégnée ;
- lutter contre les facteurs environnementaux qui favorisent les gîtes larvaires ;
- recevoir un traitement préventif intermittent au cours de la grossesse ;
- reconnaître les symptômes du paludisme et se faire traiter sans attendre (141), surtout si l'on fait partie d'une catégorie à risque ;
- demander des antipaludéens efficaces et suivre jusqu'au bout le cycle de traitement ;
- être sensibilisé dès le plus jeune âge à la gravité du paludisme et à la menace que cette maladie fait peser sur la santé et le bien-être individuel ; et
- recourir à des répulsifs antimoustiques, s'ils sont disponibles, et à d'autres moyens de protection individuelle disponibles recommandés au niveau local (214).

Les antipaludéens sont actuellement utilisés de diverses manières contre le paludisme pour les enfants d'âge scolaire, y compris dans le cadre du dépistage et du traitement, et comme traitement préventif intermittent (144). Certaines études consacrées à la chimioprévention chez les enfants en âge de fréquenter l'école mettent en évidence une diminution de l'anémie et une amélioration des résultats scolaires.

Infections des voies respiratoires inférieures : Une intervention importante pour la prévention primaire des infections des voies respiratoires inférieures, et des maladies non transmissibles telles que l'asthme, consiste à réduire le degré d'exposition aux facteurs de risque environnementaux, tout particulièrement à la fumée de tabac et à la pollution atmosphérique (215). Les Lignes directrices de l'OMS relatives à la qualité de l'air – mise à jour mondiale 2005 – donnent des indications sur les seuils et les limites concernant les principaux polluants de l'air qui induisent des risques sanitaires (216). Sur le plan structurel, les politiques et investissements nationaux encourageant des transports, des logements, la production d'énergie et une industrie plus propres et consommant moins d'énergie, ainsi qu'une meilleure gestion des ordures ménagères, limiteraient les grandes sources de pollution de l'air extérieur en milieu urbain (217).

L'OMS a produit un certain nombre de publications axées sur la réduction de la pollution à l'intérieur des habitations, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où cette pollution est très répandue (95) (173). Nombre de stratégies à faible coût, ou sans coût, sont à même d'atténuer l'exposition des adolescents, et de l'ensemble de la population, à ce type de pollution, tout en répondant aux besoins énergétiques des ménages et en faisant diminuer la quantité de combustible nécessaire :

- remplacer le bois, les déjections animales ou le charbon par des combustibles plus efficaces, modernes et moins polluants ;
- installer un four à l'extérieur de l'habitation ou dans un espace bien ventilé ;
- ventiler au moyen d'aérations et d'une hotte le lieu où l'on cuisine ;
- changer de comportement, par exemple tenir les enfants éloignés d'un foyer chaud, faire sécher le bois avant utilisation, poser des couvercles sur les récipients pour raccourcir le temps de cuisson et améliorer la ventilation en ouvrant fenêtres et portes (95) (173).

3. Interventions reposant sur des données factuelles

Maladies diarrhéiques : Le taux de mise en œuvre des principales interventions structurelles et environnementales relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (WASH) est faible dans nombre des pays à revenu faible ou intermédiaire. À l'échelle mondiale, les maladies diarrhéiques sont ainsi la quatrième cause de mortalité chez les jeunes adolescents, et, au sein de cette population, la cinquième cause des DALY perdues. Dans ce contexte, l'un des moyens le plus efficaces de réduire la charge de morbidité des adolescents pourrait consister à travailler avec le secteur WASH sur des programmes intensifs destinés à sensibiliser davantage au problème, à promouvoir les systèmes WASH et à les améliorer.

Cela suppose :

- la mise en œuvre de plans de gestion de la qualité sanitaire de l'eau, et de lignes directrices pour la qualité de l'eau de boisson, au niveau national ;
- la mise en œuvre de plans pour la gestion de la qualité de l'assainissement, et de lignes directrices pour l'utilisation et l'élimination sans risque des eaux usées, des eaux ménagères et des excréta ;
- des politiques et des programmes destinés à promouvoir l'adoption généralisée des pratiques appropriées de lavage des mains ;
- le traitement efficace et régulier de l'eau à usage domestique ;

- la bonne conservation de l'eau à usage domestique ;
- l'élargissement de l'accès des ménages à l'assainissement de base (voir l'Étude de cas 6) ; et
- l'amélioration de l'assainissement domestique (évacuation vers une fosse ou une fosse septique, latrines à fosse sèche et dalle, ou toilettes à compostage (218) (219) (220) (221) (222).

En outre, des interventions WASH ciblées, s'adressant spécifiquement aux adolescents, peuvent être cruciales, telles que :

- des installations d'eau et d'assainissement sans risque en milieu scolaire ;
- l'éducation à la santé et à l'hygiène dans les écoles, dont la sécurité sanitaire des aliments ;
- la vaccination des adolescents contre certaines maladies diarrhéiques (typhoïde et choléra, par exemple) dans des environnements particuliers, tels qu'un bidonville urbain ou une situation d'urgence (223) (224) (225) (226) (227) (139).

La Section A3.5 de l'annexe 3 détaille ces interventions WASH, et d'autres, qui visent à prévenir et à combattre les maladies diarrhéiques chez l'adolescent.

Étude de cas 6

Des initiatives communautaires pour mettre un terme à la défécation en plein air au Bangladesh

À l'aube du XX^e siècle, le taux d'accès aux latrines était inférieur à 15 % dans les zones rurales du Bangladesh. Depuis trois décennies, nombre d'agences internationales et d'ONG s'attachaient à améliorer les conditions d'assainissement en construisant des latrines et des toilettes grâce à des subventions. Mais, sur un total de près de 85 000 villages, il était difficile d'en trouver ne serait-ce que 100 où tous les habitations disposaient d'installations d'assainissement et où personne ne pratiquait plus la défécation en plein air (défécation à l'extérieur, en l'absence de toilettes ou de latrines).

Une nouvelle stratégie s'est concentrée sur l'autonomisation de la population locale, afin d'analyser l'ampleur de la pollution environnementale et le risque associé à la défécation en plein air, ainsi que pour construire des toilettes sans aides financières extérieures. Cette initiative pilotée par la communauté a produit des effets importants : au Bangladesh, les habitants de plus de 400 villages ont cessé de déféquer en plein air, et, depuis, ce programme a été adopté dans plusieurs régions de l'Inde, dans d'autres pays d'Asie et en Afrique.

Source : (228).

Les Études de cas A3.16-A3.18, à l'annexe 3, donnent des exemples supplémentaires d'interventions pour le développement du secteur WASH : plan visant à améliorer l'hygiène alimentaire au Népal, amélioration de la qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les écoles vulnérables en Mauritanie, et installations WASH en milieu scolaire conçues par des adolescentes en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

« Pour moi, l'eau est la chose la plus importante... Sans eau, on ne peut pas vivre. Le gouvernement peut nous aider, ou le chef du village ou du quartier. S'ils nous aident, nous aurons de l'eau propre à boire, nous n'aurons pas besoin d'aller chercher de l'eau très loin, et nous serons heureux. »

Jeune adolescent au Nigéria



3. Interventions reposant sur des données factuelles

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 16 : Prise en charge des cas de méningite

Exemple : Méningite

La méningite endémique touche principalement des enfants et des adolescents, et c'est chez les nourrissons que son incidence est la plus forte. Le taux augmente à nouveau pendant l'adolescence (229). La stratégie de lutte contre la méningite dans les zones et pays touchés inclut la préparation, la prévention et la réponse aux épidémies. La préparation est axée sur la surveillance, de la détection des cas à l'analyse et à la confirmation par le laboratoire (229). Dans la ceinture de la méningite en Afrique, la prévention consiste à administrer à tous les individus âgés de 1 à 29 ans le vaccin antiméningococcique conjugué A.

La riposte repose sur une prise en charge rapide et adéquate des cas, avec vaccination massive des populations qui ne sont pas déjà protégées par la vaccination (140). Une publication OMS de 2015 sur la gestion des épidémies de méningite en Afrique donne aux autorités sanitaires et aux agents de santé des conseils pour la planification et la coordination au niveau du district, la surveillance, le traitement et les soins, la vaccination et le suivi postépidémique (230).

3.6.

Interventions axées sur les maladies non transmissibles, l'alimentation et l'activité physique

Dans le monde, quatre grandes maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancer, maladies respiratoires chroniques et diabète) sont responsables de 82 % des décès imputables à une maladie non transmissible, toutes tranches d'âge confondues (235). Comme le montre la Section 2, elles ont constitué les principales causes de mortalité et de DALY perdues parmi les adolescents en 2015. C'est par exemple le cas de l'accident vasculaire cérébral, de la leucémie et de l'asthme. L'OMS identifie quatre facteurs de risque majeurs qui contribuent à ces quatre maladies non transmissibles (MNT) : la mauvaise alimentation, la sédentarité, le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool. Les facteurs de risque métaboliques ou biologiques qui en découlent sont, notamment, le surpoids et l'obésité, l'hyperglycémie/le diabète, l'hypertension et l'hyperlipidémie (235). Avec un facteur de risque majeur supplémentaire – la pollution de l'air – ils font partie, chez les adolescents, des facteurs de risque mondiaux pour les décès et les DALY identifiés dans l'étude 2013 de la charge mondiale de morbidité (Tableaux 2.6 et 2.7) (17) (150).

Outre ces quatre grandes MNT, d'autres MNT et affections représentent une charge de morbidité très élevée parmi les adolescents, telles que les anomalies congénitales et l'anémie ferriprive. Il est essentiel de noter que beaucoup de facteurs de risque de MNT à l'adolescence n'entraînent pas de MNT à l'âge adulte. Ainsi, la consommation de tabac par un adolescent n'a pas forcément des répercussions manifestes à cet âge, mais peut fortement contribuer au développement d'un cancer à l'âge adulte. Nombre des facteurs de risque et charges de morbidité ou de mortalité observés parmi les adultes trouvent leur origine dans des comportements à risque durant l'adolescence, d'où l'importance d'intervenir auprès des adolescents pour protéger leur santé, tant à court terme que sur la durée. C'est pourquoi cette Section diffère de certaines Sections précédentes : elle se concentrera non seulement sur les principales causes de MNT à l'adolescence, mais également sur les facteurs de risque pendant cette période qui peuvent déboucher plus tard sur des MNT.

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 17 : Promotion de comportements sains (concernant par exemple l'alimentation, l'activité physique et une vie sans tabac, alcool ou drogue)

Exemples : Mauvaise alimentation, sédentarité, tabagisme et accident vasculaire cérébral

Les Tableaux 3.5, 3.6 et 3.7 résument les interventions destinées à encourager une alimentation saine et l'activité physique, ainsi qu'à réduire l'exposition des adolescents au tabac. Ces interventions aident à prévenir l'accident vasculaire cérébral et de nombreuses autres MNT.

Tableau 3.5. Interventions visant à inciter les adolescents à se nourrir de manière saine

NIVEAU ÉCOLOGIQUE	INTERVENTION	EXPLICATION
Structural et environnemental	Profils nutritionnels	Établir et utiliser des profils nutritionnels afin d'identifier les boissons et aliments nocifs pour la santé.
	Système d'étiquetage nutritionnel	Mettre en œuvre un système d'étiquetage nutritionnel général standardisé ; lutter contre les allégations sanitaires et nutritionnelles trompeuses ; imposer un étiquetage sur le devant de l'emballage.
	Rendre les boissons et aliments nocifs pour la santé financièrement moins accessibles	Fiscalité et relèvement des prix des boissons sucrées et des aliments très caloriques et pauvres en nutriments.
	Réduire l'impact du marketing des boissons et aliments nocifs pour la santé	Réduire l'impact du marketing des boissons et aliments nocifs à forte teneur en sucre, sel et graisse. Instaurer une coopération entre États Membres pour la commercialisation transfrontière. Appliquer l'ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants.
Organisationnel et communautaire	Campagnes d'éducation à la nutrition	Veiller à ce que des informations et lignes directrices sur la nutrition adaptées et propres au contexte soient élaborées et diffusées d'une manière simple, compréhensible et accessible à tous.
	Environnement alimentaire sain à l'école et dans d'autres établissements publics	Obliger les endroits fréquentés par les adolescents (tels que les écoles, structures de garde d'enfants, installations sportives pour les enfants, espaces événementiels et lieux de travail accueillant des jeunes) à créer un environnement alimentaire sain (voir l'Étude de cas 7 par exemple).
	Accès amélioré à des aliments sains	Améliorer la disponibilité et l'accessibilité financière d'aliments sains dans les établissements et espaces publics, en particulier dans les communautés défavorisées.
	Campagnes destinées à sensibiliser davantage au problème de l'obésité chez l'adolescent	Les campagnes devraient cibler les responsables de l'élaboration des politiques, le personnel médical, les adultes, les adolescents et les enfants en général, en favorisant le renforcement des capacités concernant la lutte contre l'obésité et les facteurs de risque parmi les adolescents.
Interpersonnel et individuel	Orientations relatives à une alimentation saine	Voici, par exemple, les orientations nutritionnelles cliniques pour les adolescents plus âgés (18-19 ans) : <ul style="list-style-type: none"> • Limiter la quantité de sel à moins de 5 g (une cuillère à café) par jour, à réduire le sel employé pour cuisiner, et à limiter l'alimentation transformée et rapide. • Limiter les sucres libres à moins de 10 % de l'apport énergétique total. Les ramener à moins de 5 %, soit environ 25 g (six cuillères à café) par jour, serait encore plus bénéfique pour la santé. • Consommer cinq portions (400-500 g) de fruits et légumes par jour. Une portion équivaut à une orange, une pomme, une mangue ou une banane, ou à trois cuillères à soupe de légumes cuits. • Limiter les viandes grasses, les produits laitiers gras et les huiles de cuisson (moins de deux cuillères à soupe par jour) ; remplacer l'huile de palme et de noix de coco par de l'huile d'olive, de soja, de maïs, de colza ou de carthame ; consommer du poulet (sans la peau) de préférence aux autres viandes.
	Interventions de gestion du poids chez les adolescents obèses	Constituer et soutenir des services de gestion du poids axés sur le mode de vie, l'environnement familial et à plusieurs composantes pour les adolescents présentant une surcharge pondérale (y compris nutrition, activité physique et accompagnement psychosocial). Ces services devraient être fournis par des équipes pluriprofessionnelles dans le cadre de la couverture santé universelle.

Sources : (36) (231) (232) (233) (234) (235) (236).

3. Interventions reposant sur des données factuelles

Étude de cas 7

Promotion d'une alimentation saine grâce à l'école en République de Corée

La République de Corée a adopté une approche systématique et globale afin d'améliorer l'alimentation des enfants et des adolescents dans tout le pays. À partir de 2002, les pouvoirs publics ont élaboré une série de stratégies en faveur de la santé des élèves, dont le Programme national de prévention de l'obésité et la Politique quinquennale pour les enfants et adolescents (2008-2012). En 2006, la Loi sur les repas à l'école a été modifiée pour intégrer l'éducation nutritionnelle dans les programmes scolaires. Depuis 2007, les boissons sucrées sont interdites à l'école et, en 2008, l'étiquetage nutritionnel est devenu obligatoire pour la restauration

scolaire. En 2009, la Loi spéciale sur la gestion de la sécurité de l'alimentation des enfants est entrée en vigueur, constituant des « Green Food Zones », dans un rayon de 200 mètres autour des établissements d'enseignement, où la vente d'aliments très caloriques et à faible valeur nutritionnelle est interdite. À l'échelle nationale, ces zones existent actuellement dans le périmètre de plus de 10 000 écoles. De 2005 à 2009, les élèves ont déclaré avoir réduit, durant la semaine, leur consommation de nourriture fast food, de nouilles instantanées, de sucreries et de boissons gazeuses.

Source : (237).

Tableau 3.6. Interventions destinées à promouvoir l'activité physique des adolescents

NIVEAU ÉCOLOGIQUE	INTERVENTION	EXPLICATION
Structurel et environnemental	Politiques d'urbanisme	Les pouvoirs publics devraient s'associer avec les communautés, le secteur privé et des ONG afin de créer des espaces sûrs pour l'activité physique et des installations sportives, récréatives et de loisir. Des politiques de transport actives devraient permettre à tous de se déplacer, en toute sécurité, à pied, à bicyclette ou avec un autre moyen de transport non motorisé.
	Équipements scolaires et publics	Des équipements appropriés pour l'activité physique pendant les pauses devraient être disponibles au sein des écoles, sur les lieux de travail employant des jeunes et dans les espaces publics, pour les adolescents (y compris ceux présentant un handicap ou une incapacité), avec, le cas échéant, des espaces adaptés pour les filles et d'autres pour les garçons.
Organisationnel et communautaire	Programmes de sensibilisation du public aux bienfaits de l'activité physique	Donner aux enfants et aux adolescents, aux parents, aux personnes s'occupant d'enfants, aux enseignants et aux professionnels de la santé, des orientations relatives à la corpulence, à l'activité physique, au sommeil et au bon usage des écrans.
	Programmes d'éducation physique à l'école	Un bon programme d'éducation physique développe les aptitudes et la forme physique ; propose une activité répondant aux besoins spécifiques et à tous les enfants ; encourage à poursuivre le sport et l'activité physique plus tard dans la vie ; et permet de se détendre et de se relaxer.
	Activités sportives régulières structurées	Les activités sportives régulières et structurées pour les adolescents renforcent le lien entre activité physique, sport et santé, et réduisent la sédentarité.
Interpersonnel et individuel	Orientations relatives à l'activité physique des jeunes adolescents	Recommandations cliniques pour les 10-17 ans : <ul style="list-style-type: none"> • Au moins 60 minutes par jour d'activité physique modérée à intense. • Une activité physique de plus de 60 minutes a des effets encore plus bénéfiques sur la santé. • Pour l'essentiel, l'activité physique quotidienne devrait être de type aérobique. Il faudrait une activité physique intense, renforçant notamment les muscles et les os, au moins trois fois par semaine.
	Orientations relatives à l'activité physique des adolescents plus âgés	Recommandations cliniques pour les 18-19 ans : <ul style="list-style-type: none"> • Au moins 150 minutes d'activité physique aérobique modérée, tout au long de la semaine, ou au moins 75 minutes d'activité physique aérobique intense tout au long de la semaine (ou une combinaison équivalente d'activité modérée et intense). • L'activité aérobique devrait être pratiquée par séquences d'au moins 10 minutes. • Pour des effets bénéfiques supplémentaires sur la santé, porter l'activité physique aérobique modérée à 300 minutes par semaine, ou 150 minutes d'activité physique aérobique intense par semaine, ou une combinaison équivalente d'activité modérée et intense. • Les activités de renforcement musculaire devraient faire travailler les principaux groupes de muscles, deux jours, ou plus, par semaine.

Sources : (36) (233) (234) (235) (238).

« Je pense que la récréation devrait durer cinq à dix minutes de plus. Parfois, le professeur finit le cours plus tard, et il ne reste plus que cinq minutes de récréation. On a seulement le temps d'aller aux toilettes. En fait, il faudrait avoir plus de temps pour manger un en-cas et pour jouer au ballon dans la cour. On serait alors moins pressés. »

Jeune adolescente dans la RAS de Hong Kong (Chine)

Tableau 3.7. Interventions destinées à réduire le tabagisme et l'exposition au tabac parmi les adolescents

NIVEAU ÉCOLOGIQUE	INTERVENTION	EXPLICATION
Structurel et environnemental	Rendre le tabac financièrement moins accessible	Relever les droits d'accise pour réduire l'accessibilité financière des produits du tabac.
	Interdire la publicité sur le tabac	Mettre en œuvre des interdictions globales de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac, y compris la publicité transfrontière, sur Internet et sur les réseaux sociaux ; et promouvoir activement l'interdiction du tabac dans les médias de divertissement, au cinéma et au théâtre.
	Environnements sans tabac	Élaborer des règlements interdisant complètement le tabac dans les écoles, les espaces récréatifs, les lieux publics et les transports en commun.
Organisationnel et communautaire	Campagnes de sensibilisation aux dangers du tabac	Organiser régulièrement des campagnes efficaces dans les médias pour faire prendre conscience des risques liés au tabagisme.
	Prévention du tabagisme dans le cadre des programmes scolaires	Intégrer la prévention du tabagisme dans les politiques scolaires, dans l'éducation reposant sur les compétences et dans les services de santé. Voir la publication <i>Tobacco use prevention: an important entry point for the development of health-promoting schools</i> (239) pour les objectifs relatifs au savoir, aux attitudes et au renforcement des compétences adaptés à l'âge. Ces programmes ne doivent en aucune circonstance être mis en œuvre ou financés par l'industrie du tabac.
Interpersonnel et individuel	Orientations relatives au sevrage tabagique	Les cliniciens devraient encourager tous les non-fumeurs à ne pas commencer à fumer ; conseiller vivement à tous les fumeurs de cesser de fumer, et les accompagner dans leurs efforts ; et conseiller les personnes recourant à d'autres formes de tabac de cesser d'en consommer. Pour des orientations plus spécifiques, voir <i>Toolkit for Delivering the 5A's and 5R's Brief Tobacco Interventions in Primary Care</i> (240).

Sources : (36) (234) (235) (239).

Les interventions axées sur l'alimentation, l'activité physique et le tabagisme sont décrites plus en détail dans la Section A3.6.1 de l'annexe 3. Les Études de cas A3.19-A3.21, à l'annexe 3, donnent des exemples supplémentaires d'interventions relatives aux MNT, dans divers pays : programme ciblant les familles pour améliorer la santé et lutter contre les maladies non transmissibles aux Samoa, promotion de l'activité physique auprès des filles au Pakistan et programme de prévention de la consommation d'alcool et de tabac chez les adolescents, grâce à une formation aux compétences essentielles, au Costa Rica.

Les interventions qui ont pour objectif de prévenir et d'agir contre l'usage nocif de l'alcool sont détaillées dans la Section 3.7, ainsi que dans les Sections A3.2, A3.3, A3.6 et A3.7 de l'annexe 3. Même si l'accident vasculaire cérébral constitue une importante cause de mortalité des adolescents dans certains pays, peu nombreuses sont les interventions destinées spécifiquement à le dépister, à le diagnostiquer et à le traiter chez l'adolescent. Les méthodes actuelles sont également décrites brièvement dans la Section A3.6.1 de l'annexe 3.

3. Interventions reposant sur des données factuelles

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 18 : Prévention, détection et traitement des maladies non transmissibles

Exemples : Leucémie, asthme et problèmes dermatologiques

L'OMS a élaboré des formations ayant pour objectif d'améliorer la capacité des prestataires de soins à diagnostiquer, prévenir et prendre en charge la leucémie, l'asthme et d'autres maladies de l'enfant liées à l'environnement (398). Trente modules portant sur des facteurs de risque et la charge de maladies spécifiques sont disponibles. Ils abordent notamment les aspects suivants : l'évolution de la pédiatrie, les causes des maladies chez l'adulte qui sont imputables au développement et à l'environnement de l'enfant, la pollution de l'air intérieur, la pollution de l'air extérieur, les risques professionnels, l'exposition aux produits chimiques, le changement climatique mondial, les rayons, les pesticides, les polluants organiques persistants, la fumée secondaire, les déchets électroniques, les maladies respiratoires et le cancer.

« Il y a des pêcheurs qui tuent les poissons en versant dans l'eau des produits nocifs. Dans certains villages, les gens utilisent cette eau. Ils la boivent ; et ils tombent malades »

Jeune adolescent au Nigéria

Leucémie : Dans sa série de publications sur la lutte contre le cancer, qui consiste en six documents relatifs à la planification, à la prévention, à la détection précoce, au diagnostic et au traitement, aux soins palliatifs, ainsi qu'à la politique et aux actions de plaidoyer, l'OMS présente également des orientations détaillées concernant la leucémie et d'autres cancers (241) (242) (243) (244) (245) (246). Chacun de ces documents donne des exemples d'interventions prioritaires, et les classe en fonction des ressources disponibles : principales (avec les ressources existantes), étendues (avec augmentation prévisionnelle ou réallocation des ressources) et souhaitables (lorsque davantage de ressources seront disponibles).

Prenant l'exemple d'un pays ayant peu de ressources, dans lequel moins de 20 % des enfants atteints d'une leucémie lymphoïde aiguë ont accès à un traitement complet et où plus de 80 % décèdent dans les cinq ans, ces guides recommandent :

- d'inclure sur la liste des médicaments essentiels (intervention principale) les médicaments de soins palliatifs, les médicaments de chimiothérapie et les antibiotiques utilisés pour traiter la leucémie lymphoïde aiguë chez l'enfant ;
- d'améliorer la qualité et la couverture des services de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs pour la leucémie lymphoïde aiguë chez l'enfant, et de mobiliser un soutien social supplémentaire en faveur des patients et de leur famille (intervention étendue) ; et

- d'élaborer des stratégies spécifiques pour accroître l'observance du traitement par les enfants présentant une leucémie lymphoïde aiguë (intervention souhaitable). (244).

Asthme : Dans les pays à revenu élevé, l'asthme n'est pas suffisamment contrôlé chez de nombreux patients, tandis que, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, sa prise en charge est généralement axée sur le traitement des épisodes aigus et non sur les soins et sur la prévention de ces épisodes (150). Les interventions visant à améliorer les soins cliniques dispensés aux adolescents asthmatiques ont pour priorité d'accroître l'accès aux médicaments et à d'autres interventions d'un bon rapport coût/efficacité, ainsi que les critères d'exigence et l'accessibilité des soins, aux différents niveaux du système de santé (215). Outre l'amélioration de la prise en charge clinique, on a constaté que les programmes éducatifs favorisant la prise en charge de leur maladie par les adolescents eux-mêmes ont pour effet de réduire l'absentéisme scolaire et le nombre de jours durant lesquels ils doivent limiter leur activité.

Problèmes dermatologiques : Les bureaux régionaux de l'OMS se préoccupent de l'acné dans le cadre de leurs services de santé et de leurs matériels pédagogiques adaptés aux adolescents (247) (248) (249). Par exemple, dans une série de publications sur l'éducation à la santé des adolescents, le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale présente les mesures de base qui peuvent être prises par le patient lui-même pour traiter et prendre en charge son acné, notamment en ce qui concerne l'hygiène, la sécurité du traitement, et les aliments à éviter car susceptibles d'aggraver le problème (247).

Dans la population générale, il s'avère que l'éducation des patients améliore la qualité de vie et réduit la gravité des problèmes dermatologiques, y compris dans la prise en charge à long terme de celles qui sont chroniques (251). Le Manuel OMS 2011 du clinicien de district pour la prise en charge intégrée de la maladie chez les adolescents et les adultes (IMAI District Clinician Manual) donne des orientations détaillées sur les moyens de diagnostiquer, de traiter et de prendre en charge l'acné, différents types d'eczéma et d'autres problèmes dermatologiques, y compris les principales caractéristiques cliniques et le traitement des formes sévères, modérées et légères (167).

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 19 : Prévention, détection et prise en charge de l'anémie, notamment chez les adolescentes, avec supplémentation en fer le cas échéant

Exemple : Anémie ferriprive

Chez les adolescents, l'anémie peut être imputable à de nombreuses causes, y compris à des facteurs nutritionnels, à certaines maladies (telles que la drépanocytose) ou à une exposition environnementale évitable (fouille parmi des déchets électroniques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, par exemple) (98). Les carences nutritionnelles sont ici au centre de l'attention. La promotion d'une alimentation comportant des quantités suffisantes de fer biodisponible est fondamentale pour prévenir et lutter contre l'anémie ferriprive. Une mauvaise alimentation associée à des carences en acide folique, vitamine A ou vitamine B12 est souvent un facteur aggravant parmi les populations vivant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (308). Autre facteur nutritionnel courant : un régime alimentaire monotone, mais riche en substances (phytates) empêchant l'absorption du fer (noix, graines comestibles, haricots, légumineuses et céréales), ce qui ne permet pas au corps d'utiliser le fer alimentaire.

La Section A3.6.2 de l'annexe 3 décrit les interventions visant à prévenir et à traiter la sous-alimentation chez l'adolescent en général, dont l'anémie ferriprive. Les actions spécifiques pour la prévention et le traitement de cette dernière commencent souvent par l'identification des causes et processus sous-jacents de la maladie, et par des interventions destinées à y remédier.

Suivant le contexte et les circonstances, les programmes de prévention de l'anémie ferriprive peuvent aussi comporter :

- une lutte contre le paludisme dans les zones d'endémie (chimio prophylaxie/traitement préventif intermittent, moustiquaires imprégnées et élimination des vecteurs, par exemple) ;
- des interventions de prévention précoce ciblant les adolescentes, surtout dans les zones où les grossesses adolescentes et les mariages précoces sont nombreux ;
- des interventions WASH afin de réduire les pertes nutritionnelles dues à l'infection, ainsi que l'inflammation ; et
- une évaluation épidémiologique de base à la fois du taux de fer et du taux d'hémoglobine dans les zones susceptibles d'être touchées par des hémoglobinopathies et d'autres maladies héréditaires liées aux globules rouges, en vue de définir la contribution de la carence en fer et en d'autres éléments à la charge globale de l'anémie (252).

L'OMS recommande une supplémentation en fer journalière comme intervention de santé publique pour les femmes adultes et les adolescentes menstruées qui vivent dans une zone de forte prévalence de l'anémie ferriprive (prévalence \geq 40 %) (236). Si cette prévalence est comprise entre 20 et 40 %, une supplémentation en fer intermittente peut être envisagée (253). Ce sont des stratégies préventives pour une mise en œuvre dans la population, mais, si l'anémie est diagnostiquée chez une femme ou une adolescente menstruée, les lignes directrices nationales relatives au traitement de l'anémie devront aussi être appliquées.

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 20 : Traitement et réadaptation des enfants présentant un handicap ou une anomalie congénitale

Exemples : Malformations congénitales et handicaps

Il existe de nombreux types d'anomalies congénitales. Globalement, on peut établir les catégories suivantes : œil, oreille, visage et cou ; systèmes nerveux, circulatoire, respiratoire, digestif, urinaire et musculosquelettique ; organes génitaux ; système tégumentaire ; anomalies chromosomiques ; et autres (147). Concernant, par exemple, la drépanocytose, la plupart des politiques et plans nationaux ne permettent pas de faire face à cette maladie en Afrique, région du monde où sa prévalence est la plus forte. En outre, on manque d'équipements appropriés et de personnel formé, et les outils diagnostiques et les traitements adéquats sont insuffisants (399).

En 2010, le Bureau régional OMS de l'Afrique a publié une stratégie pour un ensemble d'interventions de santé publique destinées à réduire la charge liée à la drépanocytose (254). Cette stratégie définit les activités de soutien aux adolescents en tant que priorité :

- offres financières intégrées pour la prise en charge
- diagnostic précoce et traitement des complications
- protocoles de transfusion particuliers
- chirurgie, si nécessaire
- vaccination
- antibiotique, acide folique et antipaludéens à titre prophylactique
- programmes spéciaux pour soins anténatals, accompagnement psychosocial et professionnel
- interventions éducatives adaptatives (254).

Les adolescents présentant des déficiences ou des handicaps physiques ou sensoriels à long terme (lésion de la moelle épinière, paralysie cérébrale, cécité ou surdité, par exemple) se heurtent à des obstacles majeurs pour leur santé et leur bien-être, sur le plan de la politique publique, de la société et de la législation (11) (255). Le Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 présente des actions pour lever les obstacles et améliorer l'accès aux services de santé, ainsi que pour renforcer et développer les services d'adaptation, de réadaptation, d'aide technique, d'aide et de soutien, et la réadaptation à base communautaire, pour toutes les personnes handicapées, y compris les adolescents (255).

Les adolescents présentant un handicap sont davantage susceptibles que les autres adolescents d'être victimes de sévices, notamment sexuels. Les cliniciens devraient donc connaître les signes et symptômes de ces sévices, et y prêter attention (256) (400). Les adolescents présentant un handicap sont davantage susceptibles que les autres adolescents d'être exclus des programmes d'éducation sexuelle. Ils peuvent donc avoir besoin d'être aidés et sensibilisés à l'importance d'un accès équitable (256). Dans un contexte clinique, des conseils aux filles avant leurs premières menstruations et l'accompagnement de la transition à la puberté peuvent se révéler utiles, de même que l'éducation sexuelle pour les adolescents et leur famille ou les personnes s'occupant d'eux (257).

3. Interventions reposant sur des données factuelles

3.7.

Interventions axées sur la santé mentale, la consommation de substances psychoactives et l'auto-agression

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 21 : Soins aux enfants présentant un retard de développement

Exemples : Troubles du développement, dont troubles du spectre autistique

L'expression « troubles du développement » désigne plusieurs problèmes tels que la déficience intellectuelle et les troubles du spectre autistique. Ces troubles, qui débutent généralement dans l'enfance, se caractérisent par une altération ou un retard des fonctions liées à la maturation du système nerveux central et une évolution continue, plutôt qu'une succession de rémissions et de rechutes comme c'est le cas de nombreux autres troubles mentaux (37). Des facteurs à la fois génétiques et environnementaux peuvent contribuer aux troubles du développement, par exemple l'exposition de la mère ou de l'enfant au plomb, au mercure ou à d'autres perturbateurs endocriniens présents dans les produits ménagers, dans les décharges, ou provenant d'autres sources (96) (98) (99).

Le rôle bénéfique des parents, d'autres membres de la famille ou des personnes s'occupant d'un adolescent qui présente un trouble du développement est essentiel pour des résultats de développement optimum (258). Mais ce rôle peut être difficile, et, bien souvent, les aidants ont le sentiment qu'ils ne peuvent pas faire grand-chose. La Section A3.7.1.3 de l'annexe 3 établit une liste des aspects auxquels un prestataire de soins de santé devrait prêter attention lorsqu'il participe à la psychoéducation avec les personnes qui s'occupent d'un adolescent présentant un trouble du développement.

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 22 : Soins et stimulation répondant aux besoins

Exemples : Facteurs de risque chez les parents (manque de surveillance, négligence, rejet, dureté, par exemple)

Les interventions destinées à renforcer le soutien parental des adolescents varient dans le degré auquel elles se concentrent sur l'amélioration des résultats pour les parents eux-mêmes (et, donc, indirectement, pour les adolescents) et dans le travail avec les parents comme principal moyen d'améliorer les résultats pour les adolescents (voir l'Étude de cas 8). Nombre d'entre elles sont axées sur les compétences parentales et cherchent à :

- promouvoir des liens émotionnels positifs et stables entre parents et adolescents (notamment à accroître l'estime de soi et les compétences sociales chez l'adolescent) ;
- aider les parents à établir des règles, à exprimer des attentes et à apprendre à exercer un suivi régulier et efficace des

« Le bonheur et la santé sont très liés. Parce que, si vous êtes heureux, vous allez également bien sur le plan psychologique. Et si vous allez bien sur le plan psychologique, votre corps fonctionne comme il faut. Et vous renvoyez aux autres ce que vous ressentez, ce qui les aide à se sentir bien, grâce à ce bonheur que vous ressentez. »

Jeune adolescent en Colombie

L'accueil en établissement des adolescents présentant des troubles du spectre autistique ou d'autres déficiences psychosociales – qui consiste à leur imposer de vivre au sein d'une structure de groupe, loin de leur communauté, de leur famille et de leur foyer – les perturbe et nie leurs droits fondamentaux (259). Cette pratique est très fréquente dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où les parents n'ont pas les moyens de s'occuper de leurs enfants et peuvent être désespérés, ou auxquels on conseille de placer dans un établissement leurs enfants atteints de déficiences psychosociales. Il importe de noter que les services communautaires et l'aide permettent d'obtenir de meilleurs résultats pour ces adolescents et leur famille, et leur rapport coût/efficacité s'est révélé supérieur à celui de l'accueil en établissement. Pour les adolescents présentant des troubles du spectre autistique, les interventions psychosociales reposant sur des données factuelles, telles que le traitement comportemental, peuvent atténuer les difficultés de communication et améliorer le comportement social (107).

comportements de l'adolescent (par exemple pour réduire les comportements sexuels à risque, l'usage de substances psychoactives ou la délinquance) ;

- aider les parents à respecter l'individualité de l'adolescent et à éviter de se montrer intrusifs ou manipulateurs, ou de trop surveiller les comportements (par exemple pour réduire un comportement antisocial chez l'adolescent) ; et
- encourager les parents à adopter des attitudes et des comportements propices à la santé (ne pas fumer, par exemple) tout en respectant les normes sociales assurant un soutien (33).

Étude de cas 8

Le projet du Bhoutan pour améliorer les compétences et les capacités des parents d'adolescents

En 1999, le Bhoutan a lancé un projet éducatif destiné à accroître les compétences et les capacités des parents d'adolescents, car les parents sont les intervenants en première ligne, ainsi qu'une source essentielle d'information et de soutien pour les adolescents. Ce projet visait à sensibiliser les parents aux problèmes actuels des adolescents, à leur faire prendre conscience de leurs besoins particuliers, à leur apprendre à mieux communiquer avec leurs enfants en général, et plus particulièrement sur des sujets sensibles, et à renforcer leur capacité à gérer à la maison certains des problèmes rencontrés par leurs enfants adolescents.

Ce projet recourt aux enseignants du secondaire, qui aident à coordonner des réunions avec les parents et à apporter un soutien, notamment sur le plan logistique et des programmes. Au total, 320 enseignants locaux ont reçu une formation spécialisée, et ont par la suite animé des séances avec quelque 40 000 parents d'adolescents dans leurs établissements respectifs. L'intervention auprès des parents était axée sur la compréhension des changements physiques et psychosociaux à l'adolescence, ainsi que sur

les compétences parentales, la toxicomanie et les facteurs influant la santé sexuelle et reproductive des adolescents. On attendait des parents qu'ils jouent par la suite un rôle plus actif dans la vie de leurs adolescents, et qu'ils puissent communiquer avec leurs enfants sur des sujets importants, comme l'usage de substances psychoactives ou la santé reproductive. En outre, les parents ont été encouragés à constituer des groupes d'entraide. Ces groupes sont devenus autonomes après la phase initiale, mais le Ministère de l'éducation a continué de leur fournir des informations et un accompagnement, par exemple en organisant des discussions plus larges à l'intention des parents et des adolescents.

Une évaluation qualitative du projet indique que les parents participants ont amélioré leur attitude vis-à-vis de leurs enfants, ainsi que leurs compétences parentales, et déclarent communiquer davantage avec leurs enfants, notamment sur des thèmes sensibles tels que la santé reproductive.

Source : (260).

Les interventions destinées aux parents d'adolescents font presque toujours appel aux communautés locales, et s'intègrent dans un ensemble d'interventions, à différents niveaux, en faveur de la santé des adolescents. Leur structure, et les activités concernées, peuvent revêtir de nombreuses formes : ateliers ou cours, événements (musique, théâtre de rue, divertissement à visée éducative...), groupes d'entraide animés par les pairs ou encadrés, visites à domicile, clubs parents-adolescents, campagnes dans les médias.

L'OMS donne aussi aux prestataires de soins des orientations sur la façon de dispenser des conseils psychosociaux aux adolescents et à leurs parents, afin de promouvoir le bien-être des adolescents (37).

« J'ai une bonne communication avec mon beau-père. On rit, on plaisante, on est heureux [...]. Un père, ce n'est pas celui qui vous conçoit, mais celui qui vous soutient. Mon beau-père m'aide beaucoup, Dieu merci. Je dirais que pour qu'un beau-père soit appelé "papa", c'est qu'il le mérite. »

Jeune adolescent en Colombie

3. Interventions reposant sur des données factuelles

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 23 : Soutien psychosocial et services apparentés pour la santé mentale et le bien-être des adolescents

Exemples : Troubles dépressifs unipolaires et troubles anxieux

Des interventions comme la thérapie comportementale cognitive, la psychothérapie interpersonnelle ou la formation des soignants peuvent être proposées pour le traitement des troubles émotionnels comme la dépression et l'anxiété (261). Le traitement psychologique en face à face ou le traitement axé sur l'entraide et guidé sont susceptibles de produire de meilleurs résultats que l'entraide non guidée, mais cette dernière peut convenir pour les adolescents qui soit n'ont pas accès à ce type de traitements, soit ne souhaitent pas y recourir. La famille de l'adolescent devrait, au besoin, participer à l'intervention.

Une autre stratégie qui a fait la preuve de son efficacité pour prévenir et traiter les troubles anxieux est axée sur le renforcement de la résilience émotionnelle et des capacités cognitives des adolescents, afin d'éviter ou de gérer ces troubles. Le programme australien FRIENDS, largement utilisé dans les écoles, les centres de santé et les hôpitaux, est un exemple de dispositif qui donne de bons résultats chez les 7-16 ans (262). FRIENDS est un programme cognitivo-comportemental composé de dix séances, qui apprend aux enfants à mieux faire face à l'anxiété et qui accroît leur résilience émotionnelle, leurs capacités à résoudre les problèmes et leur confiance en eux. Parmi d'autres interventions prometteuses, on peut citer la thérapie comportementale cognitive en tant que méthode d'intervention précoce destinée à prévenir les troubles liés à un stress post-traumatique, et les ateliers cognitifs de courte durée à l'intention des personnes ayant vécu une première crise de panique (262).

Les troubles anxieux peuvent également constituer un facteur de risque de dépression. Les interventions universelles pour prévenir la dépression chez les adolescents sont notamment des programmes en milieu scolaire qui mettent l'accent sur les capacités cognitives, de résolution de problèmes et sociales, et les interventions communautaires visant à réduire les sévices, la négligence et le harcèlement à l'encontre de l'enfant (262).

Les interventions sélectives auprès des adolescents dont le risque de dépression est relativement élevé cherchent, en particulier, à donner les moyens de faire face à des événements majeurs de la vie (décès ou divorce des parents) ou à éviter le transfert intergénérationnel de la dépression et des problèmes qui s'y rattachent (adolescents dont les parents sont dépressifs, par exemple). Les interventions indiquées pour les adolescents présentant des symptômes dépressifs marqués, mais aucun trouble dépressif, reposent sur un travail en groupe avec les adolescents à risque, afin de promouvoir la pensée positive, de désamorcer la pensée négative et d'améliorer les capacités de résolution de problèmes, ainsi que sur des programmes de prévention de l'anxiété (262).

La Section A3.7.1.4 de l'annexe 3 présente le contenu des interventions psychoéducatives contre la dépression et d'autres troubles émotionnels de l'adolescent, qui devraient être mises en œuvre dans une structure de soins non spécialisée (258). Concernant les moins de 12 ans qui souffrent d'une dépression légère à sévère, il faudrait faire bénéficier leurs parents d'une psychoéducation, lutter contre les facteurs de stress psychosociaux et proposer un suivi régulier. La thérapie comportementale cognitive, la psychothérapie interpersonnelle ou la formation des soignants sont aussi recommandées. Il convient néanmoins de ne pas prescrire d'antidépresseurs à un adolescent (37). S'il a plus de 12 ans, il faudrait envisager, si elle est accessible, la psychothérapie interpersonnelle, la thérapie comportementale cognitive ou l'activation comportementale. Des médicaments ne devraient être prescrits aux adolescents que sur indication clinique, et, en règle générale, s'inscrire dans un plan de prise en charge plus complet (37). L'intervention ne devrait être proposée que sous la supervision d'un spécialiste formé à la prescription d'antidépresseurs, y compris à la surveillance de leurs effets secondaires.

Les troubles dépressifs peuvent s'accompagner d'une comorbidité avec d'autres problèmes de santé mentale, comme l'anxiété ou des troubles de l'alimentation. Dans ce cas, des formes supplémentaires d'interventions à visée préventive peuvent être appropriées, dans le cadre d'un programme global. Les interventions contre les troubles anxieux ont déjà été décrites ; voir la Section A3.6.2 de l'annexe 3 pour des informations sur les interventions axées sur les troubles de l'alimentation.

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 24 : Formation aux compétences parentales, au besoin adaptées à la prise en charge des troubles du comportement chez l'adolescent

Exemples : Trouble du comportement

Un comportement difficile ou perturbateur est fréquent, et normal, à l'adolescence. Chez les jeunes adolescents (10-12 ans), il consiste, par exemple à éviter de suivre des consignes ou de les appliquer avec retard, à se plaindre ou à se disputer avec des adultes ou d'autres enfants et, occasionnellement, à se mettre en colère (37). Chez les adolescents âgés de 13 ans et plus, il consiste à enfreindre des règles et des limites, à décréter que ces règles et limites sont injustes ou inutiles, et, occasionnellement, à se montrer grossier, contestataire, dédaigneux ou provocant à l'égard des adultes. La Section A3.7.1.5 de l'annexe 3 énonce des orientations pour améliorer le comportement des adolescents, que le personnel de soins dans une structure non spécialisée peut proposer aux parents.

Ces orientations peuvent être formulées à l'intention de tous les soignants ou aidants qui ont affaire à un adolescent au comportement difficile, même dans le cas où un trouble du comportement n'est pas suspecté.

Outre la formation aux compétences parentales, des interventions comportementales pour les adolescents, et une formation à l'acquisition de compétences pour les soignants ou aidants, peuvent être proposées comme traitement des troubles du comportement dans divers contextes, tels qu'un centre de santé, le foyer familial ou l'école (261). Les interventions comportementales et cognitivo-comportementales peuvent améliorer les résultats scolaires (263). Une intervention précoce permet de limiter les résultats délétères associés aux troubles du comportement.

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 25 : Prévention de l'usage de substances psychoactives

Exemples : Troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues

Publiée en 2010 par l'OMS, la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool énumère dix domaines d'action pour les politiques et interventions, qui concernent toutes, directement ou indirectement, les adolescents (102). Certains domaines d'action revêtent une importance particulière dans le cas des adolescents :

- mobiliser les communautés contre la vente d'alcool aux personnes n'ayant pas l'âge minimum légal, et contre sa consommation ;
- créer des espaces sans alcool ou favoriser leur création, surtout pour les jeunes et les autres groupes à risque ;
- fixer un âge minimum légal approprié pour l'achat ou la consommation de boissons alcoolisées, prendre d'autres mesures empêchant de vendre des boissons alcoolisées aux personnes n'ayant pas l'âge minimum légal, et à celles-ci d'en consommer, et instaurer des dispositifs engageant la responsabilité des vendeurs et des serveurs conformément à la législation ;
- mettre en œuvre un régime d'imposition efficace et efficient, couplé à un système de perception des taxes et de répression, car les jeunes sont sensibles aux changements du prix des boissons ;
- protéger les jeunes contre le contenu du marketing de l'alcool, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où, actuellement, la prévalence de la consommation d'alcool par les adolescents est faible et où les adolescents sont ciblés en tant que nouveau marché ; et
- réduire la densité des points de vente d'alcool et les heures ou les jours où la vente de boissons alcoolisées est autorisée, car, chez les jeunes, de telles interventions sont associées à une réduction de la consommation d'alcool, des actes de violence et d'autres effets délétères, tels que les homicides, les traumatismes auto-infligés et les accidents de la route.

En l'absence d'initiatives structurelles et environnementales, on a constaté que les interventions éducatives avaient peu ou pas du tout d'influence sur la consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives par les adolescents, même si elles peuvent permettre de mieux sensibiliser ces derniers aux risques (110) (262) (264). Parmi les autres programmes éducatifs potentiellement efficaces, on peut notamment citer les campagnes médiatiques visant à lutter contre la conduite en état d'ivresse (sans mesures de répression), les messages d'avertissement, par exemple sur les bouteilles, le marketing social et l'information en ligne via les réseaux sociaux et les sites Web (110). Il existe aussi d'importantes possibilités de prévention au niveau des programmes à base de données factuelles qui sont axés sur les compétences familiales, la mobilisation de la communauté et la sensibilisation aux problèmes, ainsi que des programmes d'intervention pour les adolescents déscolarisés qui vivent ou qui travaillent dans la rue (402).

Les normes internationales pour la prévention de la consommation de drogues donnent des orientations détaillées qui visent à prévenir l'usage de substances psychoactives par les jeunes adolescents et les adolescents plus âgés (355).

« Si les jeunes adolescents traînent avec les adolescents plus âgés, ils les imitent forcément, par exemple ils fument ou ils boivent de l'alcool. »

Adolescent plus âgé en Indonésie

3. Interventions reposant sur des données factuelles

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 26 : Détection et prise en charge en cas de consommation de substances dangereuses et nocives

Exemples : Troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues

Le Guide d'intervention du programme d'action Comblar les lacunes en santé mentale (mhGAP), publié par l'OMS en 2016, énonce à la fois des orientations en situation d'urgence et des orientations générales pour évaluer et prendre en charge différents schémas de consommation d'alcool et de drogues (37). Il présente des techniques d'intervention psychosociale de courte durée, à utiliser dans une structure de soins non spécialisée. La Section A3.7 de l'annexe 3 résume les points à prendre en compte dans le cas d'un adolescent.

On trouve dans d'autres ressources de l'OMS des orientations plus approfondies sur cette démarche (266) (401). Le Guide d'intervention mhGAP décrit également des interventions à long terme contre l'usage d'alcool et de drogues, notamment les groupes d'entraide et les stratégies de réduction des effets préjudiciables.

Les interventions de pharmacothérapie sont détaillées, en particulier pour la prise en charge du sevrage, la poursuite du traitement et la prévention des rechutes (37).

En 2000, l'OMS a publié un cours de formation à l'intention des personnes travaillant auprès des enfants des rues, axé sur l'usage de substances psychoactives et la santé sexuelle et reproductive. Le module 3, sur la compréhension de la consommation de substances psychoactives par les enfants des rues, décrit les types de substances utilisées (alcool, nicotine, opioïdes, hallucinogènes, cannabis, hypnosédatifs, stimulants ou produits inhalés), les modes d'utilisation, ainsi que les effets et conséquences à court et à long terme (402).

Intervention pour la santé des adolescents dans le cadre de la Stratégie mondiale

N° 27 : Prévention du suicide et prise en charge en cas d'auto-agression et de suicide

Exemple : Suicide

Le Tableau 3.8 résume par niveau écologique les interventions de prévention du suicide chez les adolescents et dans la population générale.

« Il y a des filles qui prennent des drogues psychoactives, d'autres qui se scarifient, et d'autres qui finissent par se tuer, parce qu'elles pensent que personne ne les aime, personne. Elles disent que leur famille les rejette, que l'école les rejette, et que, donc, personne ne les aime. »

Adolescente plus âgée, venant d'une zone de peuplement urbain en Colombie



Tableau 3.8. Interventions pour la prévention du suicide chez les adolescents

NIVEAU ÉCOLOGIQUE	INTERVENTION	EXPLICATION
Structurel et environnemental	Adoption de politiques nationales en faveur de la santé mentale	Concernant le suicide, ces politiques devraient s'attacher à accroître le leadership et la gouvernance, à proposer des services complets, intégrés et réactifs dans les environnements communautaires, à mettre en œuvre des stratégies de prévention, et à renforcer les systèmes d'information, les données probantes et la recherche.
	Politiques destinées à réduire l'usage nocif de l'alcool	Les mesures énoncées dans la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, définie en 2010 par l'OMS, aident aussi à prévenir le suicide. C'est notamment le cas des mesures relatives à la conduite en état d'ivresse et de celles portant sur la commercialisation et la disponibilité de l'alcool (102).
	Surveillance du suicide et des tentatives de suicide	La surveillance durable et à long terme des cas de suicide et les hospitalisations à la suite de tentatives de suicide et d'auto-agression apportent des informations cruciales pour la prévention, l'intervention et le traitement.
	Accès amélioré aux soins de santé	Un traitement adapté, rapide et accessible en cas de troubles mentaux ou d'usage de substances psychoactives peut atténuer le risque de comportement suicidaire. La mise en œuvre des politiques de connaissances en santé et les pratiques dans l'ensemble des systèmes et établissements de santé sont également fondamentales.
	Restriction de l'accès aux moyens	Législation limitant l'accès aux pesticides, aux armes à feu et aux médicaments couramment utilisés par les personnes qui se suicident, stockage et évacuation en toute sécurité de ces pesticides, armes à feu et médicaments, interventions environnementales destinées à prévenir le suicide par saut.
	Attitude responsable des médias	Les principes directeurs applicables aux médias devraient souligner la nécessité d'éviter les descriptions détaillées des actes suicidaires, le sensationnalisme, la « glamourisation » et les simplifications excessives, d'utiliser un langage responsable, de ne pas donner trop d'importance aux récits de suicide, et d'informer le grand public sur le suicide et les traitements disponibles.
	Stratégies de prestation de services recourant aux médias électroniques	Les stratégies de prévention en ligne du suicide sont notamment les programmes d'entraide et la participation de professionnels à des chats ou des thérapies avec des personnes suicidaires. La messagerie texte (SMS) est un autre moyen, surtout si Internet n'est pas accessible.
	Informers sur la santé mentale, les troubles liés à l'usage de substances psychoactives et le suicide	Les campagnes d'information visent à réduire la stigmatisation et à promouvoir la recherche d'une aide ainsi que l'accès aux soins. Différents types d'exposition (télévision, presse écrite, Internet, réseaux sociaux et affiches, par exemple) peuvent renforcer les principaux messages. Localement, cette sensibilisation peut cibler certaines populations vulnérables.
Communautaire et interpersonnel	Interventions destinées à des catégories vulnérables dont le risque de suicide est supérieur à la moyenne	Ces interventions devraient être conçues sur mesure et cibler les catégories présentant le risque de suicide le plus élevé dans un environnement particulier. Par exemple, les interventions ciblant la population adolescente lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre et intersexe (LGBTI) devraient se concentrer sur les facteurs de risque tels que les troubles mentaux, l'abus de substances psychoactives, la stigmatisation, les préjugés ainsi que la discrimination individuelle et institutionnelle.
	Formation au rôle de « vigile »	Pour les personnes en mesure de repérer si quelqu'un envisage de se suicider (telles que les cliniciens ou les enseignants), la formation au rôle de sentinelle développe les connaissances, les attitudes et les compétences nécessaires pour identifier les adolescents à risque, déterminer le degré de risque et orienter les adolescents à risque en vue d'un traitement.
	Services d'aide téléphonique d'urgence	Les services d'aide téléphonique d'urgence sont des centres d'appel publics auxquels on peut s'adresser si les autres moyens de soutien social et soins professionnels ne sont pas disponibles ou privilégiés. Ils peuvent être en place pour l'ensemble de la population ou cibler des catégories vulnérables, par exemple avec une assistance par des pairs.
Individuel	Évaluation et prise en charge des comportements suicidaires	Le guide d'intervention mhGAP 2016 de l'OMS recommande d'évaluer de façon complète toute personne ayant des idées, projets ou actes auto-agressifs (37). Il conseille d'interroger toute personne de plus de 10 ans qui présente un trouble prioritaire d'ordre mental, neurologique ou lié à l'usage de substances psychoactives – ou une douleur chronique ou un trouble émotionnel aigu – sur ses pensées, projets ou actes liés à une auto-agression ou au suicide.
	Évaluation et prise en charge des troubles mentaux ou liés à l'usage de substances psychoactives	Le personnel dispensant les soins de santé primaires doit être formé à reconnaître la dépression et d'autres troubles mentaux ou liés à l'usage de substances psychoactives, ainsi qu'à réaliser des évaluations détaillées du risque de suicide. Cette formation devrait être organisée de façon répétée au fil des ans, et être suivie par la majorité du personnel de santé dans le pays considéré.
	Suivi et soutien communautaire	Le suivi régulier assuré par les agents de santé pour les patients ayant quitté la structure de soins après une tentative de suicide constituée, de même que le soutien communautaire, une intervention peu onéreuse et efficace, qu'il est facile de mettre en œuvre. Le suivi peut prendre la forme d'envoi de cartes postales, d'appels téléphoniques ou de courtes visites.

Source : (38).

Ces interventions, et d'autres, destinées à prévenir le suicide chez les adolescents sont décrites plus en détail dans la Section A3.7.2 à l'annexe 3. Les Études de cas A3.22 à A3.24 – l'annexe 3, en donnent des exemples supplémentaires, dans divers pays : interdictions ciblées des pesticides au Sri Lanka, programmes multisectoriels visant à réduire le taux de suicide parmi les Maoris en Nouvelle-Zélande, et initiatives des pouvoirs publics et d'ONG dans la RAS de Hong Kong (Chine) afin de prévenir le suicide chez les jeunes et les adultes.

3.8. Interventions en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité

En ce qui concerne spécifiquement les situations d'urgence humanitaire ou de fragilité, la Stratégie mondiale définit globalement deux interventions reposant sur des données factuelles :

- Concevoir et utiliser une méthode d'évaluation des risques sanitaires et humanitaires pour recenser les besoins prioritaires et cibler les interventions.
- En cas d'urgence humanitaire, assurer la mise en œuvre des interventions sanitaires essentielles. Adapter et déployer l'ensemble minimal de services initiaux et en coordonner l'utilisation (11).

Les stratégies de prévention et d'action en cas d'auto-agression non suicidaire parmi les adolescents peuvent reposer sur des interventions analogues à celles décrites ci-dessus concernant la prévention et la prise en charge des comportements suicidaires, mais devraient être adaptées en fonction des circonstances. Le traitement individuel des actes d'auto-agression non suicidaire devrait s'appuyer sur une analyse fonctionnelle du comportement auto-agressif, prenant en compte les antécédents, le type de comportement auto-agressif et les cognitions, émotions et sensations, ainsi que les conséquences de l'auto-agression (156).

Le Tableau 3.9 résume les principales interventions sanitaires auprès des adolescents dans les situations d'urgence humanitaire ou de fragilité. Ces interventions sont détaillées dans la Section A3.8 de l'annexe 3.

3. Interventions reposant sur des données factuelles

Tableau 3.9. Principales interventions sanitaires dans les situations d'urgence humanitaire ou de fragilité

DOMAINE D'INTERVENTION	EXPLICATION
Nutrition	Évaluer les problèmes et veiller à l'adéquation des rations destinées aux populations adolescentes, en fonction de l'âge, du sexe, du poids, du niveau d'activité physique et d'autres facteurs clés, en tenant compte à la fois des besoins en énergie et des besoins en micronutriments (39) (40). Voir aussi la Section A3.8.1 de l'annexe 3.
Handicap et traumatisme	Assurer les services de santé fondamentaux afin d'apporter en situation d'urgence un soutien aux adolescents présentant un handicap, y compris les médicaments essentiels, dans les dosages et formulations adéquats (41). Voir aussi la Section A3.8.2 de l'annexe 3.
Violence	Dépister les maladies chez les ex-enfants soldats, et mettre en place une prise en charge clinique et un soutien psychosocial communautaire pour les victimes de violence sexuelle ou de violence fondée sur le sexe (43) (44) (45) (181). Voir aussi la Section A3.8.3 de l'annexe 3.
Santé sexuelle et reproductive	Mettre en œuvre un ensemble minimal de services initiaux de santé sexuelle et reproductive, et élaborer une intervention plus globale, y compris une aide psychosociale, un système de protection contre la violence sexuelle et le mariage des enfants, ainsi que des programmes de planification familiale et de lutte contre les IST à l'intention des adolescents (46) (47). Voir aussi la Section A3.8.4 de l'annexe 3.
Eau, assainissement et hygiène	Assurer un accès sûr aux toilettes, l'utilisation et l'entretien des toilettes ; produits et installations pour la gestion de l'hygiène menstruelle ; eau et savon ou cendres pour le lavage des mains ; collecte et stockage dans des conditions d'hygiène de l'eau destinée à la consommation et à d'autres usages ; stockage et préparation des aliments dans des conditions d'hygiène ; et gestion efficiente des déchets (21) (48). Voir aussi la Section A3.8.5 de l'annexe 3.
Santé mentale	Promouvoir l'organisation de loisirs normaux pour les adolescents, la reprise de l'éducation formelle ou informelle et la participation à des activités concrètes utiles qui présentent un intérêt pour tous (voir l'Étude de cas 9) (267). Recourir aux techniques de premiers secours psychologiques (PSP) pour apporter une aide générale aux adolescents et à leurs parents (268). Concernant la prise en charge de première intention, par des prestataires de soins non spécialisés, des affections mentales, neurologiques ou liées à l'usage de substances psychoactives chez les adolescents, se conformer au Guide d'intervention humanitaire mhGAP (49). Voir aussi la Section A3.8.6 de l'annexe 3.

Étude de cas 9

Accompagnement et conseils destinés aux jeunes pendant une crise prolongée en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza

La zone composée de la Cisjordanie et de la Bande de Gaza connaît une crise depuis plusieurs décennies. Sur une population de 4,5 millions, 1,9 million de personnes ont par conséquent eu besoin d'une aide humanitaire en 2015 (269). Les adolescents palestiniens sont confrontés au quotidien à la violence, à des limitations des déplacements, à diverses restrictions et à des difficultés économiques (270). Certains d'entre eux ont développé des problèmes psychologiques aigus : apathie, manque de confiance, prostration et désespoir, notamment. Les jeunes Palestiniens ont très peu d'occasions de se divertir ou de participer de façon constructive au développement de leur communauté, et, donc, d'améliorer leur santé mentale (270).

Pour remédier à cette situation, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la Palestinian Youth Association for Leadership and Rights Activation ont élaboré un programme d'accompagnement et de conseils à l'intention des jeunes. Des étudiants bénévoles de l'université ont été formés pour proposer un soutien psychosocial, un accompagnement et des activités de divertissement aux adolescents, dans des écoles et des centres communautaires. Après avoir suivi un cours de formation sur huit jours, ils ont animé une série de séances

d'aide psychosociale en milieu scolaire, en travaillant très étroitement avec les adolescents dans les zones touchées par la violence. Ces séances se sont déroulées dans un cadre pacifique et rassurant, qui a permis aux adolescents de faire part de leur avis, de leur opinion, de leurs espoirs et de leurs craintes, ainsi que de trouver des moyens de gérer leur stress.

À l'issue de ces séances, les adolescents ont pu s'exprimer de manière constructive et créative. Certains, par exemple, ont conçu des projets à petite échelle en vue d'améliorer leur école et leur quartier, avec l'appui des bénévoles. Une ligne téléphonique d'urgence gérée par des étudiants a aussi été mise en place pour apporter un soutien psychosocial individualisé aux adolescents, surtout en période de couvre-feu et de restriction des déplacements. Les adolescents et les étudiants ont en outre réalisé un journal, *Youth Times*, tiré à 100 000 exemplaires, et un programme de télévision hebdomadaire pour les jeunes. D'après l'évaluation qualitative des premières années de ce programme, ce dernier a eu une incidence bénéfique à la fois sur les bénévoles et sur les participants.

Source : (270).

Les Études de cas A3.25–A3.27, à l'annexe 3, donnent des exemples supplémentaires d'interventions dans des situations d'urgence humanitaire ou de fragilité, dans divers pays : création d'espaces protégés pour les filles et les femmes déplacées à cause du mouvement Boko Haram au Nigéria, clubs de jeunes pour les adolescentes et les adolescents déplacés à la suite des inondations au Malawi, et distribution de kits d'hygiène menstruelle dans les camps de réfugiés, afin de promouvoir la scolarité des filles, en Éthiopie.

Même si les adolescents peuvent être particulièrement touchés dans les situations d'urgence humanitaire ou de fragilité, ils peuvent aussi constituer une ressource précieuse pour les programmes de santé dans ce type de contexte, comme le montre l'Étude de cas 9 (270).



4. Définir les priorités nationales

Messages prioritaires :

- Les autorités nationales doivent identifier leurs priorités pour la programmation en faveur de la santé des adolescents, et y répondre, car :
 - la nature, l'ampleur et l'impact des besoins sanitaires des adolescents sont spécifiques dans chaque pays ;
 - leurs ressources étant limitées, tous les pays doivent opérer des choix difficiles pour veiller à ce que celles allouées à la santé des adolescents soient utilisées le plus efficacement possible ;
- ils doivent impérativement évaluer les besoins nationaux en santé des adolescents avant d'élaborer des programmes ou d'améliorer les programmes existants.

Il faut pour cela :

- une évaluation des besoins, afin de déterminer quels problèmes ont le plus d'impact sur la santé et le développement des adolescents, à la fois dans cette population, par âge, par sexe et par zone du pays, et parmi les plus vulnérables ;
- une analyse globale des programmes, des politiques, de la législation, des capacités et des ressources en

place dans le pays pour la santé des adolescents, ainsi qu'une revue des orientations mondiales et locales actuelles relatives aux interventions reposant sur des données factuelles ; et

- une définition des priorités qui tienne compte des adolescents les plus vulnérables, de l'urgence, de la fréquence, de l'ampleur et des conséquences de charges de morbidité particulières, de l'existence d'interventions efficaces, adéquates et acceptables pour les atténuer, et de la disponibilité de ressources et de capacités pour mettre en œuvre ou développer équitablement les interventions prioritaires.
- Sur la durée, les pays devraient revoir leurs priorités et leur programmation en matière de santé des adolescents, afin de vérifier qu'elles restent en phase avec l'évolution des besoins de cette population. Il faudrait prendre en considération toutes les tendances nouvelles ayant trait à la santé et aux services de santé, au développement économique, à l'emploi, aux migrations, à l'urbanisation, aux conflits, à la dégradation de l'environnement et à l'innovation technologique.

Il y a encore quelques décennies, la plupart des services et programmes de santé destinés aux adolescents formaient une sous-catégorie de ceux s'adressant aux enfants ou aux adultes, notamment la promotion de la santé, la réduction des risques et les services cliniques (271) (272). Cependant, dans les années 1980, nombre de pays avaient élaboré et déployé des programmes nationaux de santé spécifiques pour les adolescents, notamment en raison d'une prise de conscience grandissante des importants problèmes de santé sexuelle et reproductive auxquels les adolescents étaient confrontés. La puberté et la sexualité des adolescents étant des sujets sensibles, bien souvent, les services qui existaient pour les enfants et les adultes n'étaient pas à même d'y répondre.

Les efforts étaient très variables au sein d'un même pays et d'une même région et d'un pays et d'une région à l'autre, mais, au fil des ans, beaucoup de pays sont parvenus à instaurer et à mettre en œuvre à l'échelle voulue au moins une éducation de base à la santé sexuelle et reproductive dans les écoles, ainsi qu'à fournir des services et des produits spécifiques pour les adolescents, généralement dans les établissements de santé.

La programmation axée sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents continue et continuera de revêtir une importance cruciale, dans tous les pays, pour répondre aux besoins de chaque nouvelle cohorte. Néanmoins, depuis quelques décennies, il apparaît de plus en plus clairement que d'autres problèmes de santé des adolescents ont aussi été négligés et requièrent une programmation nationale spécifique (273). Il s'agit, entre autres, des causes des maladies et des traumatismes mentionnées dans la Section 2, ainsi que, plus largement, des aspects sociaux, éducatifs et économiques liés à la santé, au développement et au bien-être des adolescents, qui ont été analysés dans la Section 1.

Ces aspects peuvent :

- être propres aux adolescents (par exemple le développement pubertaire) ;
- toucher les adolescents moins que les jeunes enfants, mais davantage que les adultes (par exemple la malnutrition, les maladies diarrhéiques, les infections des voies respiratoires inférieures et le paludisme) ;
- concerner les adolescents davantage que le reste de la population (par exemple les actes d'auto-agression) ;
- affecter fortement les adolescents, ainsi que le reste de la population (par exemple les accidents de la route) ;
- avoir des répercussions importantes sur la santé future des adolescents (par exemple le tabagisme, la sédentarité ou une mauvaise alimentation) (273).

Les pouvoirs publics admettent de plus en plus que les besoins de santé divers et complexes des adolescents nécessitent une programmation coordonnée, multisectorielle et de portée nationale (voir l'Étude de cas 10). Certains ont entrepris des analyses de la situation pour repérer les problèmes de santé les plus urgents, leurs déterminants, ainsi que les populations adolescentes les plus à risque dans leur pays, de façon à mieux hiérarchiser l'allocation des ressources pour faire face à ces besoins (274). Afin d'accompagner les autorités nationales dans ce processus, l'initiative Chaque femme, chaque enfant a publié des orientations techniques qui aident à hiérarchiser les interventions en faveur de la santé des adolescents (69). Ces orientations énoncent trois étapes pour la prise de décisions stratégique sur la programmation nationale en faveur de la santé des adolescents :

Étape 1 – Une évaluation des besoins dresse un bilan de la situation sanitaire des adolescents dans le pays, en prenant en compte l'état actuel, les tendances et les inégalités dans l'exposition aux facteurs de risque, les causes de morbidité et de mortalité et l'accès aux services de santé. Elle détermine les problèmes qui ont le plus d'incidence sur la santé et le développement des adolescents, tant dans l'ensemble de cette population que parmi ceux qui sont les plus à risque. Elle devrait aussi prendre en considération les différences entre filles et garçons, et entre jeunes adolescents et adolescents plus âgés.

Étape 2 – L'analyse globale s'appuie sur une revue des programmes et politiques qui existent à l'intention des adolescents, ainsi que de la législation, des capacités et des ressources concernées dans le pays.

Cette analyse devrait également s'intéresser aux obstacles que rencontrent tous les adolescents et toutes les sous-populations vulnérables pour accéder aux services. En outre, elle devrait reposer sur une revue des orientations mondiales et locales actuelles, de manière à déterminer quelles interventions se fondent le plus sur des données factuelles et sont les plus efficaces pour remédier aux problèmes mis en évidence par l'évaluation des besoins.

Étape 3 – La définition des priorités prend en compte les populations et les problèmes les plus urgents pour les adolescents que l'étape 1 a permis d'identifier, les interventions reposant le plus sur des bases factuelles et les plus envisageables, et les mécanismes de mise en œuvre, comme indiqué dans l'étape 2. Ce processus devrait prendre en considération les adolescents les plus vulnérables, l'urgence, la fréquence, l'ampleur et les conséquences de problèmes particuliers, l'existence d'interventions efficaces, adaptées et acceptables pour les atténuer, et la disponibilité de ressources et de capacités permettant de déployer ou de développer équitablement les interventions prioritaires.

Des mécanismes devraient être en place pour permettre aux adolescents de participer et d'être en mesure de contribuer significativement à chaque étape présentée ci-dessus. Le calendrier, les ressources humaines et le financement dicteront souvent le degré et la profondeur de ces étapes.

Étude de cas 10

Analyse de la situation sanitaire des adolescents et plan stratégique en Zambie

En 2009, le Ministère zambien de la santé et ses partenaires ont analysé la situation sanitaire des adolescents, dans l'optique de soutenir une politique, une planification et une action appropriées à l'échelle nationale. L'évaluation des besoins a mis au jour les principaux déterminants de la santé des adolescents, facteurs de risque et charges de morbidité en tant que problèmes de santé généraux (le paludisme, la tuberculose et autres infections respiratoires non liées à une pneumonie, la diarrhée et la sous-alimentation, notamment), le VIH, la syphilis et autres infections sexuellement transmissibles (IST) : les rapports sexuels précoces et non protégés, les sévices sexuels, les mariages et grossesses précoces, la consommation de substances psychoactives et d'alcool, les accidents et la violence, les pratiques culturelles dangereuses, et les problèmes de santé mentale. L'analyse globale a aussi détaillé les efforts accomplis par les autorités pour fournir des services de santé aux adolescents, par exemple : l'élaboration d'une politique nationale en faveur des jeunes ; la création d'un

Ministère de la jeunesse, l'introduction d'une législation pour lutter contre les sévices sexuels et la consommation de substances psychoactives et d'alcool, la mise en place de services de santé adaptés aux adolescents dans des districts pilotes, et le renforcement, au sein de la structure organisationnelle ministérielle, du cadre institutionnel en matière de santé des adolescents.

L'analyse de la situation qui synthétise ces constats a servi de base au Plan stratégique pour la santé des adolescents (2011-2015), élaboré par le ministère, où sont énoncées les stratégies relatives à la prestation des services, au personnel de santé, aux produits médicaux, à l'information sanitaire, au financement des soins, au pilotage et à la gouvernance. Ainsi, ce plan appelait à améliorer les liens entre les Ministères de la santé et de l'éducation, surtout concernant la promotion de la santé dans les écoles – ainsi qu'à renforcer le programme existant de services de santé adaptés aux adolescents, y compris en améliorant la formation et l'encadrement des agents de santé.

Sources : (275) (276).

4. Définir les priorités nationales

4.1.

Évaluation des besoins

Une évaluation nationale des besoins sanitaires des adolescents inclut une revue systématique de l'état de santé et du bien-être de cette population dans le pays (69). Dans la mesure du possible, elle devrait comporter un examen des données disponibles, ventilées par sexe, sous-groupes d'âge, niveau d'instruction, situation par rapport à la scolarité, taux d'alphabétisation, situation matrimoniale, lieu (zone urbaine ou rurale, par exemple), conditions de vie et statut socioéconomique, et selon d'autres variables susceptibles d'être importantes dans le contexte local, telles que l'origine ethnique. Il est fondamental que les évaluateurs tentent de trouver et de prendre en compte toutes les données possibles, en gardant une ouverture d'esprit pour déterminer ce qu'indiquent les meilleurs éléments factuels, même si cela va à l'encontre des idées reçues, ou des conceptions les plus communes. Par exemple, en limitant le processus à certains aspects sanitaires (tels que la santé sexuelle et reproductive, la nutrition et les traumatismes involontaires), on risque d'en exclure d'autres qui ont une incidence égale, voire supérieure, sur la mortalité et la morbidité des adolescents (les sévices ou les problèmes de santé mentale, notamment).

En s'appuyant sur les travaux de recherche les plus récents, les plus précis et les plus représentatifs, l'évaluation des besoins devrait repérer les principales causes de la mortalité, de la morbidité et de la prévalence de maladies chez les adolescents, ainsi que les facteurs de risque et les facteurs protecteurs. Elle devrait aussi examiner les dimensions pertinentes dont ne rendent pas bien compte ces indicateurs et les recherches existantes, telles que les taux de mutilations sexuelles féminines (MSF) ou d'IST autres que le VIH. L'évaluation des besoins devrait spécifiquement se pencher sur :

- les principaux problèmes et enjeux sanitaires concernant les adolescents ;
- les comportements des adolescents les plus étroitement liés à ces enjeux sanitaires ;
- les comportements des adolescents pouvant entraîner des problèmes ultérieurement (par exemple les facteurs de risque, dont le tabagisme, la sédentarité et la mauvaise alimentation) ;
- les pratiques qui ont des effets nocifs sur les adolescents (telles que les mariages d'enfants et les mutilations sexuelles féminines) ;
- le contexte socioculturel dans lequel vivent les adolescents, y compris les facteurs protecteurs et les facteurs de risque à différents niveaux écologiques (expositions environnementales, par exemple) et dans différentes structures (écoles, services de santé, marché de l'emploi...) qui peuvent influencer sur les problèmes mentionnés ci-dessus ; et
- l'influence des normes, des rôles et des relations de genre sur la santé à la fois des filles et des garçons à l'adolescence (69).

Un important objectif de l'évaluation des besoins est l'identification des sous-groupes d'adolescents susceptibles d'avoir le plus besoin des services et des programmes. On trouvera à la Section 2 un exemple d'évaluation des besoins des adolescents dans le monde. L'idéal serait d'effectuer une évaluation analogue aux niveaux national et infranational.

« Les autorités devraient créer des espaces sûrs, comme des bibliothèques publiques. Je ne sais pas pourquoi j'ai toujours l'impression que les autorités se préoccupent davantage des garçons que des filles. Elles devraient également mener des actions bénéfiques pour nous aussi. »

Jeune adolescente en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza

L'évaluation des besoins sanitaires des adolescents dans un pays peut comprendre une recherche documentaire sur les études nationales et infranationales disponibles, les articles à comité de lecture et d'autres évaluations de pays, une analyse des données nationales et infranationales ventilées, et des groupes de discussion ou des entretiens avec les principales parties prenantes : les adolescents et les jeunes adultes, les parents et les familles, les membres de la communauté, les chefs religieux, les représentants des pouvoirs publics (par exemple des secteurs de la santé, de l'éducation et de la protection sociale), les institutions nationales défendant les droits humains, les représentants d'organisations non gouvernementales (ONG) et de la société civile, les agences techniques des Nations Unies, et les organisations bilatérales et de donateurs.

Dans l'idéal, une évaluation nationale des besoins inclut un examen des données sur la mortalité et la morbidité, ventilées par cause, par zone géographique, par sexe et par tranche d'âge. Cependant, dans nombre d'environnements, il n'est pas facile d'accéder à ces données, surtout dans les pays où les systèmes d'enregistrement et de statistiques d'état civil sont insuffisants. Dans ces cas, les évaluations des besoins doivent se fonder sur les données quantitatives et qualitatives qui sont disponibles au niveau du pays. Les sources nationales sont, entre autres, les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et les enquêtes sanitaires en milieu scolaire, telles que l'enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) ou l'enquête mondiale sur la santé à l'école (GSHS). Les sources internationales sont notamment les Estimations sanitaires mondiales (par exemple (16)) ou l'étude sur la charge mondiale de morbidité (par exemple (17) (143)). L'évaluation des besoins devrait permettre de bien comprendre les préoccupations et les tendances les plus importantes en matière de santé, même lorsqu'il n'est pas possible de comparer et de classer directement différents taux (le taux de mortalité et de morbidité liées aux accidents de la route, le taux de prévalence du VIH et le taux de fécondité des adolescentes, par exemple).

Outre les données primaires provenant d'enquêtes et de programmes verticaux, les estimations nationales et régionales des causes de mortalité et de morbidité sont potentiellement très utiles pour la quantification des risques sanitaires. Parmi les estimations publiées figurent celles de l'étude sur la charge mondiale de morbidité (<http://www.healthdata.org/gbd>) et les Estimations sanitaires mondiales (GHE) de l'OMS pour 2015 (16). La fiabilité de ces estimations modélisées dépend toutefois de celle des données qu'elles utilisent. Dans les pays où les systèmes d'enregistrement et de statistiques d'état civil sont peu solides, les estimations s'appuient sur d'autres sources de données, telles que des enquêtes, des études individuelles, des extrapolations ou des triangulations à partir de données régionales.

4.2. Analyse globale

Une analyse globale de la santé des adolescents dans un pays a plusieurs objectifs (69) :

- Identifier et cartographier les interventions, les programmes, la législation, les politiques et les projets existants qui ont trait à la santé et au développement des adolescents, ainsi que les résultats et effets de ces initiatives. Il convient, par exemple, d'évaluer les lois, les règlements et les politiques sur l'âge du mariage ou l'accès aux services de santé (y compris, spécifiquement, aux services de santé sexuelle et reproductive) pour les mineurs mariés ou non. Il faudrait également chercher à déterminer dans quelle mesure ces documents d'orientation nationaux sont mis en application.
- Identifier les acteurs et les organisations participant à la planification, à la gestion, à la mise en œuvre et au suivi-évaluation de ces activités aux niveaux national et infranational. L'analyse devrait repérer les systèmes qui sont en place pour soutenir le renforcement des capacités, un encadrement positif, la coordination et d'autres fonctions de planification et de gestion. Il est crucial qu'elle examine comment les adolescents et les jeunes participent et contribuent à ces efforts, et les systèmes ou plateformes d'appui.
- Identifier les sources de financement existantes et potentielles (nationales et internationales) et les allocations budgétaires actuelles, en étudiant la manière dont elles répondent aux besoins.
- Comporter une revue des recommandations internationales actuelles pour les interventions en faveur de la santé des adolescents, et tout particulièrement celles reposant sur de solides bases factuelles, afin que les autorités nationales puissent évaluer quels programmes devraient être maintenus ou renforcés d'après les informations sur leur efficacité (69).
- Évaluer ce que font actuellement les pouvoirs publics, les ONG et les organisations de la société civile pour améliorer la santé des adolescents et pour remédier aux déterminants, notamment sociaux et économiques, des problèmes de santé des adolescents. L'analyse devrait inclure des études sur la portée et la qualité des programmes et services existants.

Comme l'évaluation des besoins, l'analyse globale peut comprendre une recherche documentaire, des visites sur le terrain, des entretiens et des groupes de discussion avec des jeunes et d'autres informateurs clés. Ces derniers peuvent expliquer les difficultés et les réalisations des programmes, les perceptions des besoins et des services, ainsi que les capacités et l'intérêt pour un élargissement des travaux sur la santé des adolescents.

Une analyse globale répond à un certain nombre de questions essentielles :

- le degré d'intégration des adolescents dans les objectifs et la programmation du plan national de santé ;
- les lois ou politiques spécifiques qui sont susceptibles d'entraver l'accès des adolescents aux services de santé ;
- les lacunes dans la mise en œuvre des programmes et des services (voir l'Étude de cas 11) ;
- l'ampleur, le périmètre, la couverture et les données factuelles sur l'incidence des programmes en faveur de la santé des adolescents dans le pays ;
- la manière dont les interventions dans les secteurs concernés sont ciblées pour atteindre des catégories d'adolescents particulières, par âge, par sexe, par niveau d'instruction et selon d'autres variables sociodémographiques ;
- le niveau de financement des programmes existants, et le mode d'allocation des fonds disponibles ;
- l'harmonisation, ou non, entre les activités actuellement financées et les pratiques reposant sur des bases factuelles ;
- le degré de participation des jeunes à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des programmes spécifiés ; et
- les obstacles, côté offre et côté demande, rencontrés par les adolescents dans l'accès à des services de qualité et à la protection financière (69).



©Hanalié Albiso

4. Définir les priorités nationales

Étude de cas 11

Écosse : Le cadre d'action et l'analyse globale de la politique pour améliorer la santé des jeunes

En 2004, le gouvernement écossais a commencé à établir un cadre d'action dans l'optique de présenter les mesures essentielles nécessaires pour remédier aux problèmes multisectoriels des enfants et des jeunes. Ce processus a débouché sur la publication, en 2006, du cadre d'action intitulé *Delivering a Healthy Future: An Action Framework for Children and Young People's Health*. Ce cadre définit les enjeux sanitaires qui ont des conséquences particulières pour les jeunes, en les classant dans différentes catégories : la promotion de la santé et du bien-être (lutte contre l'augmentation du surpoids et de l'obésité, par exemple), l'équilibre entre accès, qualité et pérennité des soins (disparition de soins pédiatriques spécialisés dans les districts), le renforcement de la dotation en personnel (nombre insuffisant de spécialistes de la santé mentale), la prestation de soins centrés sur le patient (passage

des services pédiatriques destinés aux 13-16 ans aux services pour adultes à partir de 16 ans), la gestion des performances et l'assurance qualité (renforcement des services pour prendre en compte l'égalité et la diversité parmi les jeunes), et l'utilisation des technologies de l'information (télémédecine répondant aux besoins des zones isolées et rurales). En outre, ce cadre montre dans quels domaines une action supplémentaire est nécessaire : protection de l'enfance, amélioration de la santé, justice sociale et inclusion, notamment. À la suite de la publication du cadre, un exercice de cartographie a permis de synthétiser les politiques existantes pour la santé des jeunes. Il a pointé un certain nombre de lacunes, telles que l'absence de stratégie de mise en œuvre après l'adoption d'un projet de loi sur les écoles-santé, ou en perspective de la révision du code volontaire sur la publicité de l'alcool.

Sources : (277) (278) (279).

4.3. Définir les priorités

L'étape 3 du processus de revue et de planification de la santé des adolescents dans un pays donné consiste à définir les priorités pour les problèmes à cibler, et l'ensemble d'interventions à déployer à cet effet (voir l'Étude de cas 12) (69). Ce processus de réduction de l'axe des interventions en faveur de la santé des adolescents est nécessaire, car les 10-19 ans représentent une population nombreuse et diverse, qui a beaucoup de besoins. Leurs ressources étant limitées, tous les pays doivent opérer des choix difficiles afin de pouvoir répondre efficacement aux besoins les plus prioritaires.

La définition des priorités nécessite une démarche systématique et un ensemble de critères transparent, et permettre une participation et une contribution significatives des adolescents. Tous les acteurs concernés devraient être consultés de façon structurée. Les autorités devraient prendre en compte les critères suivants et tout autre qu'elles jugent important pour déceler les vulnérabilités et les problèmes de santé prioritaires des adolescents :

- **Ampleur du problème** – Il faudrait axer les ressources sur les principales causes de décès, de maladie ou de traumatisme, mais, au-delà, lutter aussi contre les comportements à risque et les expositions qui peuvent influencer sur la santé des adolescents aujourd'hui et à l'avenir, en recourant à une approche du cycle de vie.
- **Populations d'adolescents les plus touchées** – Tous les adolescents ont des besoins sanitaires et peuvent rencontrer des difficultés, mais sont plus ou moins vulnérables aux problèmes sanitaires et sociaux. Certains présentent des vulnérabilités multiples, et risquent donc d'afficher les résultats sanitaires les plus faibles (maladie ou traumatisme préexistants, niveau d'instruction peu élevé, pauvreté, appartenance à une communauté où les mariages d'enfants sont fréquents, par exemple). Il faudrait accorder une attention particulière aux adolescents les plus vulnérables ou ayant des besoins spécifiques.
- **Disponibilité d'interventions efficaces** – Il est important que les rares ressources soient consacrées à des interventions ayant le plus de chances d'être efficaces auprès des sous-populations d'adolescents qui en ont le plus besoin. Le choix des interventions devrait être guidé par les éléments factuels les plus solides quant à leur efficacité.
- **Faisabilité des interventions** – Les freins sociaux, économiques et culturels, dont la non-reconnaissance des droits des adolescents, peuvent compliquer la mise en œuvre de certaines interventions. La définition des priorités devrait se fonder sur une analyse prudente et pragmatique de la faisabilité des interventions dans le pays concerné, de manière fidèle et à l'échelle voulue.
- **Possibilité de renforcer les interventions** – Il faut évaluer les capacités actuelles et requises pour les interventions. Si l'appropriation par les pouvoirs publics et par la communauté et la volonté politique sont fortes, les interventions pourront être plus facilement renforcées. Les chiffres peuvent renseigner sur l'ensemble des ressources nécessaires, et sur la façon dont les plans peuvent être mis en œuvre par étapes.

Étude de cas 12

Analyse de la situation et définition des priorités du programme pour la santé des adolescents en Mongolie

En 2005, en Mongolie, le Plan directeur stratégique du secteur de la santé (2006–2015) a mentionné plusieurs problèmes sanitaires particulièrement préoccupants chez les adolescents : les traumatismes involontaires, les carences en micronutriments, la santé sexuelle et reproductive, et la consommation de substances psychoactives, d'alcool et de tabac. Les adolescents étant considérés comme une population vulnérable, ce plan fixe des objectifs pour améliorer leur accès aux services de santé, surtout à des services adaptés aux jeunes, tant en milieu scolaire que dans les établissements de soins. En 2011, le Ministère de la santé a décidé de lancer une revue plus complète des besoins des adolescents et des services de santé qui leur sont destinés. Avec son soutien, une équipe a recueilli et analysé les données pertinentes émanant des politiques, des plans et des rapports sur les programmes axés sur la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale, la nutrition, la consommation d'alcool et de tabac. Elle a aussi visité des établissements de soins et consulté des administrateurs de programmes et des prestataires de services dans les secteurs de la santé et de l'éducation, au niveau des provinces et à l'échelon national, ainsi que des adolescents et des représentants d'ONG internationales et d'agences des Nations Unies.

Les recommandations de cette analyse de la situation se sont concentrées sur deux dimensions de la santé

des adolescents : la santé mentale et la santé sexuelle et reproductive. Pour la santé mentale, il a été recommandé de mieux identifier les indicateurs adéquats et de mieux ventiler les données, d'accroître la capacité des agents de soins primaires à diagnostiquer, prendre en charge et orienter les adolescents présentant des problèmes de santé mentale, et de doter les enseignants et les parents de capacités pour promouvoir les compétences psychosociales des adolescents, et, si nécessaire, orienter ces derniers vers des services de santé. Pour la santé sexuelle et reproductive, il a été recommandé de renforcer la recherche épidémiologique sur les infections sexuellement transmissibles chez les jeunes ; de déployer à plus grande échelle les services adaptés aux jeunes au sein du système de santé ; et de renforcer la capacité des enseignants à mener à bien des programmes efficaces d'éducation à la santé sexuelle et reproductive et aux compétences essentielles. Plus largement, l'analyse de la situation a recommandé d'intensifier la coordination et la collaboration intra et intersectorielles (par exemple en désignant une équipe spéciale, un responsable ou une entité pour la santé des adolescents) et d'utiliser avec davantage d'efficacité et d'efficience les ressources disponibles, notamment en profitant d'une possibilité de formation dans un domaine de santé pour renforcer aussi les capacités dans d'autres domaines de santé.

Sources : (69) (280).

Il faut définir les priorités nationales même lorsqu'une comparaison et un classement directs des différents problèmes ne sont pas possibles, et même lorsque l'on manque de données factuelles sur l'efficacité des programmes locaux. Dans de nombreux cas, ce processus de définition des priorités dépendra largement de l'avis d'experts, sur la base de données mondiales pertinentes.

Ce processus devrait inclure l'élaboration d'un modèle logique mettant en relation les interventions prévues avec les déterminants, les comportements et les résultats sanitaires sur lesquels elles sont censées influencer, dans le contexte propre au pays (281). Il devrait déboucher sur une stratégie comportant et identifiant un ensemble d'interventions prioritaires, une série de mécanismes pour leur mise en œuvre, les moyens disponibles à cette fin et un plan de suivi-évaluation (69).

Le secteur de la santé ne peut à lui seul prendre en charge l'intégralité des politiques et programmes qui devront être déployés, mais il peut jouer un rôle de chef de file dans la réponse multisectorielle, en facilitant et en mobilisant les actions essentielles d'autres secteurs, en renforçant la cohérence et le soutien sur le plan technique, et en diffusant des informations épidémiologiques et les données factuelles requises pour agir.

4. Définir les priorités nationales

4.4.

Autres aspects à prendre en compte

Sur la durée, il est impératif que les pays revoient ce processus en trois étapes – évaluation des besoins, analyse globale et définition des priorités – afin de vérifier qu'ils s'adaptent à l'évolution des besoins sanitaires des adolescents (voir l'Étude de cas 13). Les tendances nouvelles ayant trait à la santé et aux services de santé, au développement économique, à l'emploi, aux migrations, à l'urbanisation, aux conflits, à la dégradation de l'environnement

et à l'innovation technologique devraient toutes être prises en compte. Ainsi, une analyse globale révisée pourrait permettre d'identifier des ressources nouvelles qui ne sont pas encore pleinement exploitées, par exemple à cause d'une infrastructure de télécommunications insuffisante en zone rurale, et qui pourraient être utilisées en télémédecine ou pour le déploiement d'interventions de cybersanté ou de santé mobile.

Étude de cas 13

Programmation nationale complète en faveur de la santé des adolescents au Bhoutan

Au cours du temps, le gouvernement du Bhoutan a redéfini les priorités des services de santé destinés aux adolescents. C'est dans les années 1980 que ce pays a conçu et mis en œuvre son premier programme général pour la santé en milieu scolaire. En 2000, conscient que de nombreux adolescents risquaient de contracter le VIH, ou d'autres IST, ou de connaître une grossesse non désirée, il a élargi ce programme à l'éducation des adolescents à la santé sexuelle et reproductive, puis, en 2002, à la formation des adolescents aux compétences de base. Au cours des années suivantes, le Ministère de la santé a continué de s'attacher à améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes en en faisant une priorité dans le Plan stratégique national contre le VIH/sida (2011-2015) et en formulant en 2011 des Normes nationales pour des services adaptés aux jeunes.

Même si la santé sexuelle et reproductive des adolescents demeure une grande préoccupation des autorités, celles-ci admettent aussi, de plus en plus, qu'il est important de répondre à d'autres besoins de santé et de développement des adolescents, ainsi que d'améliorer, pour ce faire, la coordination nationale des efforts multisectoriels. Tant la politique nationale de 2011 pour les jeunes que le Plan stratégique national pour la santé des adolescents (2013-2018) considèrent que de multiples facteurs influent, de manière cruciale, sur la santé et le bien-être des adolescents : la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances psychoactives, les accidents de la

route et d'autres traumatismes involontaires, la santé sexuelle et reproductive (surtout parmi les jeunes les plus à risque), la mauvaise alimentation (y compris la malnutrition, l'obésité et les maladies non transmissibles qui y sont associées), l'hygiène et l'assainissement (notamment la santé bucco-dentaire), la santé environnementale et au travail, toutes les formes de violence, la santé mentale, et les besoins des jeunes handicapés. Ces deux documents donnent la priorité aux besoins des adolescents défavorisés, à savoir des adolescents qui ne sont pas scolarisés, qui sont sous-employés ou sans emploi, qui ont des comportements à risque, qui sont orphelins, moines ou nonnes, qui sont marginalisés, qui vivent en zone rurale ou qui sont difficiles à atteindre. La Politique et le Plan stratégique mettent tous les deux l'accent sur une approche globale de la santé et du développement des adolescents. Le Plan stratégique, par exemple, affirme que « la prestation traditionnelle des soins de santé, qui est centrée sur le traitement des maladies aiguës et chroniques, néglige souvent les problèmes comportementaux et sociaux, la sécurité, les relations sociales, l'estime de soi, l'éducation et le développement des compétences. L'objectif général du Plan stratégique est de faciliter les soins de santé holistiques et le développement des adolescents et des jeunes, afin de les sensibiliser sans cesse aux problèmes de santé et de développement qui les concernent et de leur donner les moyens d'acquérir les compétences de base nécessaires et utiles ».

Sources : (282) (283) (284) (285) (286).

En outre, à certaines périodes, un pays ou une région peut avoir besoin de lancer des exercices rapides et ciblés pour définir les priorités en matière de santé des adolescents, par exemple lors d'une situation d'urgence humanitaire.

L'Encadré 4.1 présente un exemple de la manière dont une analyse de la santé sexuelle et reproductive des adolescents pourrait être réalisée dans un contexte d'urgence humanitaire ou de fragilité.

Encadré 4.1. Analyse de la situation dans un contexte d'urgence humanitaire ou de fragilité : la santé sexuelle et reproductive des adolescents

Dans un contexte d'urgence humanitaire ou de fragilité, il est essentiel d'effectuer une évaluation des besoins et une analyse globale pour faire le point sur la santé sexuelle et reproductive à la fois des adolescents et des adolescentes, et d'élaborer un plan répondant aux besoins les plus urgents. Présentée en 2009, la Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire aide à mener en période de crise une évaluation initiale rapide, une analyse de la situation et des évaluations complètes de la santé sexuelle et reproductive des adolescents.

Plus précisément :

- **Une évaluation initiale rapide** devrait être réalisée pendant les 72 premières heures de la phase aiguë d'une crise, afin de recueillir des informations démographiques et d'identifier les problèmes vitaux à résoudre de toute urgence pour assurer le bien-être de la population bénéficiaire.
- **Une analyse de la situation** après stabilisation fournira des informations sur les besoins et services de base en matière de santé reproductive, permettant de hiérarchiser les interventions au démarrage des services complets de santé sexuelle et reproductive. Les analyses de la situation peuvent utiliser plusieurs méthodes de recueil des données, notamment des données secondaires, des entretiens approfondis, des groupes de discussion (en séparant garçons et filles suivant les sensibilités culturelles), une cartographie de la communauté et des évaluations d'établissements.
- **Les évaluations complètes de la santé sexuelle et reproductive** sont rares en situation d'urgence, car elles prennent du temps et peuvent surcharger des ressources humaines et logistiques précieuses. Une fois la phase aiguë d'une urgence stabilisée, une évaluation complète des connaissances, croyances et comportements peut fournir des informations intéressantes pour concevoir un programme de santé sexuelle et reproductive adapté aux besoins sexospécifiques des adolescents.

Malgré l'importance des évaluations et des analyses mentionnées ci-dessus dans un contexte d'urgence humanitaire, il faut rappeler que l'ensemble minimum initial de services devrait être la première intervention introduite pour la santé sexuelle et reproductive, et ne devrait jamais être différé.

Source : (287).

L'annexe 4 présente d'autres informations à prendre en compte lors de la définition des priorités pour la programmation en faveur de la santé des adolescents :

- la **Section A4.1**, à l'annexe 4, décrit les ressources supplémentaires qui aident à définir les priorités nationales, dont un manuel à l'intention des planificateurs et des chercheurs en santé qui effectuent une évaluation rapide des besoins des adolescents (288) et un guide régional pour la réalisation d'une analyse de la situation sanitaire des adolescents (289).
- la **Section A4.2**, à l'annexe 4, s'appuie sur les données de mortalité spécifiques aux pays pour montrer comment des pays, y compris, dans une région, les pays voisins – peuvent avoir des priorités différentes, sur la base des données disponibles ; et
- la **Section A4.3**, à l'annexe 4, présente un exemple de sources utilisées et de données compilées au cours de la récente évaluation des besoins sanitaires des adolescents en Éthiopie.



©Jacob Han

5. Programmation nationale

Messages prioritaires :

1. Afin d'atteindre les cibles des objectifs de développement durable, le secteur de la santé et les autres secteurs doivent se préoccuper de manière systématique des besoins des adolescents dans tous les aspects de leur action. L'approche de « la santé de l'adolescent dans toutes les politiques » doit être suivie pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques. Elle pourrait être facilitée par la mise en place d'un groupe de coordination national qui superviserait les efforts pour la santé et le bien-être des adolescents dans tous les secteurs et les différents ministères.
2. Les pays doivent veiller à intégrer les attentes et les perspectives des adolescents dans leur processus de programmation nationale. La participation et le rôle moteur des adolescents doivent être institutionnalisés et soutenus activement lors de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des programmes de santé qui leur sont destinés.
3. « Ne laisser personne de côté » devrait être un principe clé dans la programmation en faveur de la santé des adolescents. Une approche axée sur l'équité, tenant dûment compte de l'âge, du sexe et, en particulier, des catégories d'adolescents vulnérables, devrait guider toutes les étapes de la programmation, depuis l'identification des buts, des cibles et des objectifs, jusqu'à la définition d'indicateurs de suivi des interventions, des services et des activités.
4. Les systèmes de santé adaptés aux besoins des adolescents sont indispensables si l'on veut parvenir à la couverture sanitaire universelle. Pour s'assurer que les problèmes de santé des adolescents reçoivent une attention en continu dans le secteur de la santé, les pays pourraient envisager de nommer un point focal chargé de la santé des adolescents au sein du ministère de la santé. Il serait chargé de promouvoir la santé des adolescents au sein du ministère, et de coordonner l'attention systématique accordée aux besoins des adolescents dans tous les programmes de santé, et il servirait d'agent de liaison lors des interventions intersectorielles.
5. Dans le but d'accélérer les progrès en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle, les pays peuvent décider d'institutionnaliser, dans le cadre du secteur sanitaire, des programmes axés sur la santé des adolescents couvrant un large éventail de priorités sanitaires. Dans ce cas, le point focal chargé de la santé des adolescents au sein du ministère de la santé sera également le coordonnateur du programme national.
6. Les arguments en faveur d'un investissement dans la santé des adolescents auront bien plus de poids s'ils s'accompagnent d'une estimation des coûts. Les politiques et stratégies nationales de santé des adolescents devraient donc prévoir des plans comprenant des estimations des ressources nécessaires pour mener à bien les interventions prioritaires et faire face aux coûts des programmes.
7. Pour que la scolarisation aux niveaux d'enseignement primaire et secondaire progresse, il faut recentrer l'attention sur les programmes de santé scolaire. Ces derniers constituent une priorité pour l'action intersectorielle en faveur de la santé des adolescents. Chaque école devrait devenir une école de promotion de la santé. Les pays qui ne disposent pas encore d'un programme national institutionnel de santé scolaire devraient envisager d'en constituer un, et les pays qui en sont déjà dotés devraient s'efforcer de l'améliorer constamment pour l'aligner sur les bases factuelles permettant des interventions efficaces et sur les priorités émergentes.

La Section 4 indique comment identifier les priorités pour la programmation, et la Section 3 résume les politiques et les interventions reposant sur des données probantes pour chacune des priorités susceptibles d'être sélectionnées. La présente section décrit la programmation nationale – l'étape du cycle de planification d'un secteur dans laquelle les priorités identifiées sont traduites en plans (voir Glossaire).

Elle décrit les principaux domaines de programmation permettant d'atteindre les objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être des adolescents et d'équité en santé. Cette section identifie les éléments de programmation communs pour la santé des adolescents qui sont résumés dans le cadre logique et donne un aperçu du rôle du secteur de la santé, notamment, dans la programmation pour la santé des adolescents (Section 5.1). Elle énonce ensuite des domaines clés pour la programmation concernant chacun des éléments du cadre logique et donne des exemples pratiques sur la manière dont la programmation est appliquée dans différents pays (Sections 5.2-5.6). La Section 5.7 décrit les aspects spécifiques de la programmation pour la santé des adolescents qui sont importants en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité, et la Section 5.8 les approches de développement positif et celles qui visent à remédier aux inégalités hommes/femmes.

Il existe des chevauchements entre les domaines clés pour la programmation décrits dans cette section et certaines des interventions organisationnelles, structurelles et macroéconomiques décrites à la Section 3. Cela tient au fait que la complexité des interventions tend à augmenter en fonction de leur place dans la hiérarchie du cadre écologique.

Par exemple, le Tableau 3.4 indique que la prévention du harcèlement en milieu scolaire est une intervention organisationnelle recommandée pour prévenir la violence chez les jeunes. C'est une intervention complexe comportant de nombreuses composantes, comme la formation des enseignants et des parents, des spécialistes travaillant avec des élèves auteurs ou victimes de harcèlement, et l'instauration de politiques et de procédures scolaires. D'un autre côté, la prévention du harcèlement en milieu scolaire est un domaine de programmation pour les écoles de promotion de la santé. Dans un autre exemple, les services de santé adaptés aux adolescents sont une intervention recommandée dans le cadre des services de lutte contre le VIH pour assurer la participation et l'amélioration des résultats. C'est aussi un domaine de programmation, en ce sens qu'un programme visant, par exemple, à améliorer l'accès des adolescents à des orientations et des conseils devra faire en sorte que les services de santé soient à l'écoute des adolescents. Pour faciliter la lecture, lorsqu'il y a chevauchement, nous incluons le domaine de programmation dans la liste des priorités pour la programmation, même s'il a déjà été mentionné comme domaine d'intervention dans la Section 3.

5. Programmation nationale

5.1.

Un cadre logique pour transformer les priorités en plans et en programmes

Comme l'ont montré les Sections 2 et 3, le périmètre de la programmation en faveur de la santé des adolescents est vaste. Il englobe, entre autres, la santé mentale, les maladies non transmissibles, la santé sexuelle et reproductive, les traumatismes dus aux accidents de la route et la violence. S'il est donc difficile de suivre un plan directeur pour les différents éléments spécifiques de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes de santé pour les adolescents, une approche synthétique est néanmoins possible. Défini comme un cadre logique, cet outil propose une approche formalisée de la planification, de la programmation et de l'évaluation des programmes (290). Un cadre logique définit les objectifs et les indicateurs d'un programme pour le suivi et l'évaluation (290). Il rend également explicites les liens entre les buts, les objectifs, les interventions clés, les stratégies de mise en œuvre et les activités des programmes.

Lors de la programmation nationale, il est important d'appliquer le principe fondamental des ODD : ne laisser personne de côté. Une approche axée sur l'équité devrait informer toutes les étapes de la programmation, de l'identification des buts, des cibles et des objectifs, à la définition d'indicateurs de suivi des interventions, des services et des activités. Le manuel technique de l'OMS intitulé *The Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind* (Utiliser l'approche Innov8 pour s'assurer que les programmes de santé nationaux ne laissent personne de côté) (2016) (106), donne des conseils détaillés sur la façon de promouvoir et de garantir les droits de la personne et l'équité à toutes les étapes du processus de programmation.

Sachant que différentes priorités de santé auront des implications spécifiques pour certaines interventions et activités clés, les programmes pour la santé des adolescents présentent des éléments communs (Figure 5.1), dont quatre conditions primordiales pour de bons résultats (rôle moteur, participation des adolescents, financement adéquat et responsabilisation). En tant qu'outil de planification, le cadre logique comporte une liste de contrôle des éléments des programmes qui doivent être pris en compte lors de la planification d'une action systémique en matière de santé des adolescents. Notamment, ce cadre logique est applicable non seulement aux programmes menés ou mis en œuvre principalement par le secteur de la santé, mais aussi aux programmes dirigés ou mis en œuvre principalement par d'autres secteurs.

Comme le montre le cadre logique, l'amélioration de la santé et du bien-être des adolescents, ainsi que de l'équité des résultats sanitaires, est un objectif essentiel des programmes en faveur de la santé des adolescents. La santé et d'autres secteurs jouent des rôles plus ou moins importants dans la réalisation de ces objectifs (Figure 5.2).



©Nik Neubauer

Figure 5.1. Cadre logique de la programmation nationale en faveur de la santé de l'adolescent

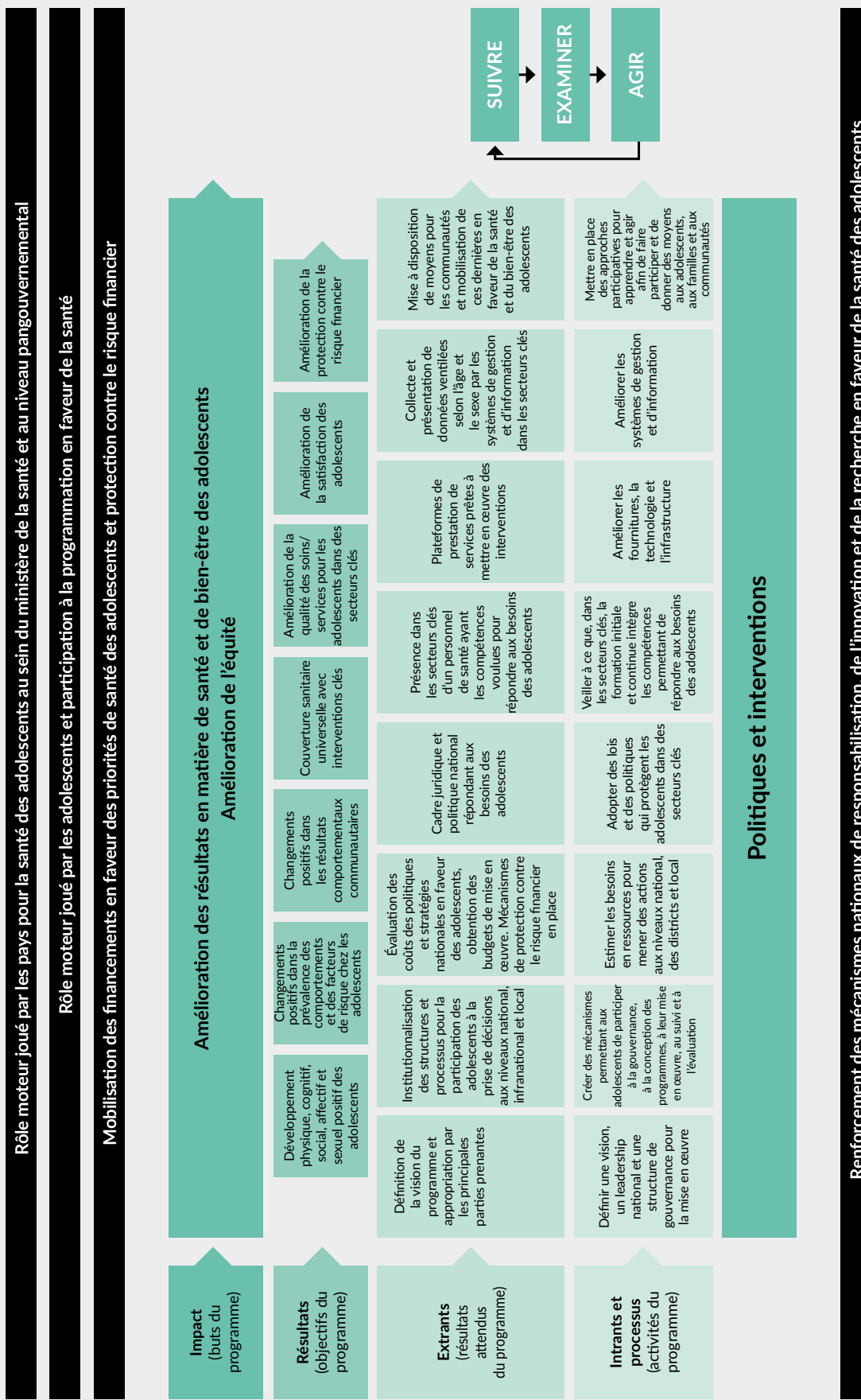


Figure 5.2. Le rôle du secteur de la santé et d'autres secteurs dans la programmation en faveur de la santé de l'adolescent

PROGRAMMATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ POUR LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE		PROGRAMMATION AVEC D'AUTRES SECTEURS VISANT À INFLUENCER DES DÉTERMINANTS PLUS LARGES DE LA SANTÉ		
Programmation en faveur de systèmes de santé répondant aux besoins des adolescents	Programmes du secteur de la santé spécifiquement destinés aux adolescents	Programmation en faveur de la santé des adolescents en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité	Programmation en faveur de la santé des adolescents dans toutes les politiques	Programmes intersectoriels
La programmation en faveur de systèmes de santé répondant aux besoins des adolescents s'intéresse aux déterminants de la santé qui relèvent avant tout de la compétence du secteur sanitaire (par exemple la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services de santé). Le secteur de la santé joue le rôle de chef de file, mais il mobilise d'autres secteurs et les encourage à contribuer aux objectifs du secteur de la santé.		Le secteur de la santé est le chef de file pour les interventions sanitaires, mais d'autres secteurs sont responsables en même temps que lui dans le cadre d'une coordination multisectorielle bien définie.	Ce sont d'autres secteurs avant tout qui doivent veiller à ce que les adolescents et la santé des adolescents reçoivent l'attention qu'ils méritent. Le secteur de la santé joue un rôle de sensibilisation et de mobilisation des autres secteurs auxquels il apporte un appui technique.	Le secteur de la santé et d'autres secteurs sont coresponsables ; la définition des objectifs, la planification et le financement sont communs. La coordination et le suivi peuvent relever en priorité de n'importe lequel des secteurs concernés.

Le secteur de la santé ne peut pas parvenir seul à la couverture sanitaire universelle ni influencer sur des déterminants plus larges de la santé, notamment. Il faut un certain degré d'action intersectorielle, c'est-à-dire « une relation reconnue entre un ou plusieurs pans du secteur de la santé et un ou plusieurs pans d'un autre secteur, qui a été établie afin de prendre des mesures concernant un problème donné ou pour atteindre des résultats de santé d'une manière plus efficace, efficiente ou durable que ne le ferait le secteur de la santé à lui seul » (291). Les niveaux d'action intersectorielle vont de l'information (échange d'informations) à la coopération (coopération fortuite, occasionnelle ou réactive sous la direction du secteur de la santé) et à la coordination (effort conjoint en vue d'adapter les politiques et programmes de chaque secteur afin de renforcer l'efficacité et l'efficacité) et l'intégration (définir ensemble une nouvelle politique ou un nouveau programme) (106) (292).

Le reste de cette section traite de l'application pratique du cadre national de programmation en matière de santé des adolescents, dans le secteur de la santé et avec d'autres secteurs. Les principaux domaines de programmation sont décrits dans les encadrés ci-dessus.



5. Programmation nationale

5.2.

Direction globale assurée par le ministère de la santé et au niveau pangouvernemental

La direction globale de la santé des adolescents doit relever du ministère de la santé, de chacun des autres secteurs clés et de l'État dans son ensemble : c'est là une condition essentielle pour une programmation fructueuse. La complexité de la période de l'adolescence et le grand nombre de disciplines professionnelles et d'agences dans différents secteurs qui doivent participer appellent une coordination forte. Au sein du ministère de la santé, un leadership puissant en faveur de la santé des adolescents est nécessaire pour assurer la collaboration entre différents départements et veiller à ce que les politiques essentielles soient

axées sur la santé des adolescents, notamment en matière de protection contre le risque financier, de formation des prestataires, d'amélioration de la qualité, des systèmes de gestion et d'information sanitaires et d'infrastructures. Pour agir sur les déterminants plus larges de la santé, il faut que les plus hauts niveaux de l'État donnent une impulsion énergique en faveur des adolescents afin que les différents services publics travaillent en étroite collaboration avec les communautés, la société civile, les jeunes et le secteur privé (voir l'Étude de cas 14 et l'Étude de cas A5.4 de l'annexe 5).

Étude de cas 14

La stratégie de lutte contre les grossesses adolescentes en Angleterre

La stratégie sur dix ans menée par l'Angleterre pour lutter contre les grossesses adolescentes (*Teenage Pregnancy Strategy for England*) est un exemple réussi de programme relevant de l'État central et mis en œuvre à l'échelon local. Cette stratégie a bénéficié de ressources sur une longue période et entraîné une réduction de 51 % du taux de conception chez les filles de moins de 18 ans. Reposant sur des données internationales relatives à l'efficacité des interventions, cette stratégie a défini un plan d'action en 30 points regroupés en quatre thèmes : action conjointe aux niveaux national et local ; meilleure prévention (c'est-à-dire amélioration de l'éducation sexuelle et relationnelle globale et de l'accès à la contraception), campagne de communication nationale ciblant les jeunes et les parents, et soutien coordonné aux jeunes parents.

Une unité « grossesses adolescentes » a été créée pour superviser la mise en œuvre de la stratégie, avec le soutien d'un conseil interministériel et d'un groupe consultatif indépendant composés d'experts extérieurs. Des coordonnateurs ont été nommés dans toutes les régions, et chaque administration locale a également nommé un coordonnateur et un conseil composé de représentants de la santé, de l'éducation, des services sociaux, des services aux jeunes, des services de logement et des ONG concernées. En outre, un groupe national d'ONG a été créé pour donner des conseils de spécialistes.

Les objectifs et la cible de la stratégie ont été intégrés dans un large éventail de programmes publics afin de maintenir la priorité définie et de renforcer la collaboration entre les organismes. Le succès de la stratégie tient en particulier au rôle moteur qui a été assuré et préservé constamment. Les autorités nationales ont joué un rôle clé car elles ont fait des grossesses adolescentes l'une des priorités nationales, comme en témoigne le lancement de la stratégie par le Premier Ministre. Elles ont également fait en sorte de maintenir la priorité sur la période de dix ans, même si les progrès ont été lents au début et si certains commentateurs des médias ont prétendu que la stratégie avait échoué. Les décideurs ont eu la preuve qu'il faut du temps pour observer un changement dans des phénomènes sociaux complexes. C'est pourquoi ils ne s'attendaient pas à des résultats rapides. Après l'examen à mi-parcours, une présence ministérielle visible et un engagement direct avec l'échelon local se sont traduits par un regain d'engagement. Au niveau local, le rôle moteur joué par les conseillers élus et les hauts fonctionnaires a également permis de maintenir la motivation et de remettre en cause l'idée profondément ancrée selon laquelle il était inévitable que le taux de grossesses chez les adolescentes soit élevé. De plus, le groupe consultatif indépendant a épaulé les responsables nationaux et locaux, en réfutant les critiques des médias grâce à l'avis d'experts et en proposant des conseils constructifs aux ministres et aux autorités locales.

Sources : (293) (294).

« Le leadership peut se manifester chez des personnes ou dans les structures et processus de gouvernance d'une organisation. Dans la pratique, ces éléments s'appuient normalement les uns sur les autres » (Agence de la santé publique du Canada, 2014) (295). De nombreuses initiatives visant à établir des services adaptés aux adolescents dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (Colombie, Estonie, République de Moldova et Mozambique), qui sont devenues des

programmes nationaux, doivent leur succès à des coalitions de champions locaux qui ont fait pression sur les décideurs pendant une longue période afin que l'intérêt initial ne s'estompe pas avec le temps (294). Grâce à leurs activités de sensibilisation persistantes et efficaces, des mécanismes institutionnels ont été créés pour la gouvernance, la prestation de services et le financement afin d'assurer la pérennité des investissements initiaux.

Domaines clés pour la programmation : Direction globale assurée par le ministère de la santé et au niveau pangouvernemental

1. Établir un mécanisme au niveau national ou utiliser des plateformes existantes pour superviser et coordonner l'action intersectorielle en faveur de la santé et du bien-être des adolescents dans les différents secteurs et ministères. Un tel mécanisme faciliterait la participation des organismes concernés et des organisations de la société civile, ainsi que des adolescents eux-mêmes. Il permettrait également d'identifier et de réviser périodiquement les priorités pour la collaboration intersectorielle, de créer des incitations pour accélérer le travail, de coordonner les actions entre les ministères et de promouvoir la responsabilité à tous les niveaux.

2. Désigner un point focal pour la santé des adolescents, au sein du ministère de la santé, qui sera chargé de :

- a. travailler avec les départements du ministère de la santé (financement, personnel, soins primaires et soins hospitaliers) pour que tous les programmes de santé se concentrent comme il se doit sur la santé des adolescents ;
- b. coordonner les programmes axés sur les adolescents au sein du secteur de la santé ou entre les secteurs, selon le mandat assigné ;
- c. travailler avec d'autres secteurs pendant leurs cycles de planification stratégique et opérationnelle pour veiller à ce qu'ils tiennent compte de l'approche de « la santé de l'adolescent dans toutes les politiques » (Section 5.6.1) ;
- d. assurer la liaison avec les autres secteurs grâce à une plateforme intersectorielle, et veiller à ce qu'il y ait un leadership fort pour la santé des adolescents dans l'ensemble du gouvernement afin d'imposer la collaboration pour atteindre des cibles communes en matière de santé ;
- e. planifier et gérer l'action intersectorielle (Encadré 5.4 de la Section 5.6.2).

3. Renforcer les capacités et la direction politiques et administratives aux niveaux national et infranational (par exemple au niveau des districts) en faveur de la santé des adolescents, au travers des éléments suivants :

- a. développement de compétences centrées sur les adolescents dans l'utilisation des données pour la prise de décisions ;
- b. compétences essentielles en matière de sensibilisation, de négociation, de budgétisation, de recherche de consensus, de planification et de gestion des programmes ;
- c. collaboration multisectorielle ;
- d. coordination de l'action multi-acteurs ;
- e. mobilisation des ressources ;
- f. responsabilisation.

5. Programmation nationale

5.3.

Rôle moteur et participation des adolescents dans la programmation en matière de santé

Les Nations Unies définissent la participation des jeunes comme « l'implication active et significative des jeunes dans tous les aspects de leur propre développement et de celui de leurs communautés, y compris les moyens qui leur sont donnés pour qu'ils prennent part aux décisions concernant leur développement personnel, familial, social, économique et politique » (297).

La participation des adolescents aux décisions de politique a de nombreux avantages (voir également l'Encadré A1.1). D'un point de vue pragmatique, la participation des adolescents favorise de meilleures décisions et de meilleures mesures. Elle permet aux décideurs de mettre à profit les avis, les connaissances et les expériences propres aux adolescents, et donc de mieux comprendre leurs besoins et leurs problèmes, ce qui conduit à des solutions mieux adaptées. En intégrant le point de vue des adolescents et des jeunes dans la politique nationale, les pouvoirs publics, les organisations de la société civile et les donateurs peuvent apporter des réponses mieux coordonnées. Dans certaines circonstances, il a été démontré que la participation active des jeunes à la programmation rend les interventions plus efficaces (298). En outre, les programmes peuvent tirer parti du rôle important que jouent les adolescents et les jeunes dans le suivi des progrès lorsqu'ils rendent compte des avancées de telle ou telle mesure. Au niveau individuel, si l'on respecte les opinions des adolescents concernant leur propre santé, ils seront plus nombreux à solliciter des soins et resteront acteurs de leur santé. Sous l'angle du développement, une participation significative est très positive pour le développement social et affectif (55). Elle favorise les relations entre adolescents et adultes, accroît les compétences de leadership des adolescents, leur motivation et leur estime de soi, et leur permet de développer les compétences et la confiance dont ils ont besoin pour jouer un rôle actif dans la société (298). Du point de vue de l'éthique et des droits humains, le droit des enfants à participer à la prise de décisions est inscrit dans la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant et constitue un moyen de promouvoir l'équité en santé. La cause sous-jacente des inégalités étant la distribution inégale du pouvoir, de l'argent et des ressources, une participation significative, qui autonomise et implique les groupes d'adolescents vulnérables et exclus, constitue un mécanisme de redistribution du pouvoir (106). Or malgré les raisons justifiant d'associer les adolescents et les jeunes à l'élaboration des programmes axés sur leur santé, les pouvoirs publics n'en tiennent bien souvent pas compte, et cette participation n'est que très rarement évaluée.

En santé publique, la participation des adolescents peut revêtir différentes formes (299) :

- **Information** : donner aux adolescents des informations objectives et équilibrées (voir par exemple l'Étude de cas A3.1).
- **Consultation** : un processus engagé, dirigé et géré par des adultes cherche à obtenir l'expertise et le point de vue des adolescents afin d'informer la prise de décisions par les adultes. Voir l'Étude de cas sur l'Afrique du Sud (A3.13) où la contribution des enfants a permis de changer l'âge de consentement pour le dépistage du VIH.
- **Participation** : en travaillant directement avec les adolescents dans les villages. Voir les Études de cas 5 et A3.14 sur le Mozambique et la Namibie à propos de la participation d'adolescents facilitateurs et de groupes d'entraide à la prestation de services, ou l'Étude de cas A5.5 sur la Sierra Leone concernant la participation d'enfants à la Commission Vérité et Réconciliation.
- **Collaboration** : en travaillant en partenariat avec les adolescents concernés au sein de leur communauté, pour chaque aspect d'une décision, notamment l'élaboration d'alternatives et l'identification de solutions. L'Étude de cas A5.6, à l'annexe 5, montre par un exemple comment une municipalité en Argentine collabore avec les jeunes de sorte que ces derniers aient voix au chapitre dans la conception des services que la ville leur fournit, et dans l'allocation des ressources qui y sont consacrées.
- **Autonomisation** : en s'assurant que les adolescents, au sein de leur communauté, gardent le contrôle final des décisions essentielles qui touchent à leur bien-être. Les adolescents disposent de l'espace et de la possibilité de lancer des activités ou de plaider pour leur propre cause, ou réclament cet espace et cette possibilité (voir l'Étude de cas A3.2).

Les jeunes responsables jouent un rôle actif dans de nombreux pays, au travers d'associations communautaires, d'activités en milieu scolaire et de groupes consultatifs de jeunes au niveau national ou infranational. Leur implication peut se révéler précieuse pour planifier des systèmes de santé répondant aux besoins des adolescents, ainsi que pour influencer l'action publique dans d'autres secteurs. Le ministère de la santé ou le gouvernement doivent non seulement respecter ce droit de participation, mais aussi le protéger et le réaliser, ce qui suppose de renforcer les capacités des adolescents et de leur offrir des opportunités de participation réelles en leur laissant jouer un rôle moteur et en les associant aux décisions de financement, ainsi qu'à toutes les phases du cycle de programmation, dont l'estimation, l'analyse, la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.

Domaines clés pour la programmation (suite) : Rôle moteur et participation des adolescents

4. Veiller à ce que l'importance d'une vraie participation des adolescents et des jeunes soit reconnue dans le cadre politique national, et mettre en place des mécanismes ad hoc.
5. Créer des forums pour une participation significative des jeunes en tant que leaders et acteurs clés au niveau national (par exemple des commissaires indépendants pour la jeunesse et un conseil national de la jeunesse) dotés de ressources permettant un contrôle indépendant de l'action publique afin de promouvoir la santé et le bien-être des adolescents.
6. Mettre en place des structures et des procédures pour institutionnaliser la participation des adolescents aux dialogues concernant des domaines pertinents de politique générale, de financement et de mise en œuvre des programmes (par exemple participation des jeunes au Groupe de coordination de la société civile pour le Mécanisme mondial de financement en appui à l'initiative Chaque femme, chaque enfant (Mécanisme mondial de financement), et l'inclusion systématique des jeunes grâce à la participation de la société civile dans les plateformes nationales en faveur de la santé reproductive, de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.
7. Avec la participation des groupes d'adolescents et de jeunes, adopter des normes minimales pour améliorer la participation, l'inclusion et la transparence, ainsi que la responsabilisation de ces plateformes nationales. Veiller à ce que les politiques de représentation des adolescents garantissent une représentation équitable des principaux groupes vulnérables afin d'atteindre une plus grande parité, grâce à des mécanismes adéquats de représentation formelle et informelle des jeunes, de renforcement des capacités et de soutien financier adaptés.
8. Élaborer des mécanismes pour la participation des jeunes au niveau local, en utilisant notamment les plateformes technologiques (comme le téléphone portable et les réseaux sociaux) pour faciliter la contribution des jeunes à l'identification, à la hiérarchisation et à la résolution des problèmes. Apporter les ressources nécessaires pour soutenir ces actions et s'assurer que les mécanismes permettent aux adolescents les plus vulnérables de participer.
9. Former les jeunes responsables afin qu'ils renforcent leurs compétences et les encadrer pour qu'ils jouent un rôle effectif en matière de gouvernance et de responsabilisation concernant la santé et le bien-être des adolescents. Veiller à ce que des informations, des ressources et un soutien financier et technique adaptés aux jeunes soient disponibles pour soutenir les activités de formation et de mentorat, et permettre aux adolescents de partager leurs expériences, bonnes pratiques et modèles réussis d'interventions qu'ils pilotent eux-mêmes.
10. Renforcer chez les adolescents la prise de conscience de leurs droits en vertu de la Convention relative aux droits de l'enfant, et leurs connaissances à cet égard (ainsi que de leurs limites) dans le cadre de la législation et de la réglementation nationales. Veiller à l'existence de mécanismes fonctionnels et accessibles de recours et de réparation en cas de violation de ces droits, et à ce que les adolescents soient capables de les utiliser. Veiller à ce que les jeunes y aient facilement accès afin de présenter leurs requêtes devant les institutions judiciaires et les organismes régionaux et internationaux de protection des droits humains.
11. Mettre en place des mécanismes et des procédures pour assurer la participation des adolescents aux services de santé, y compris aux soins les concernant, conformément à la Norme 8 des Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents (18) (323).
12. Définir clairement les objectifs de la participation des adolescents et institutionnaliser le suivi et l'évaluation de l'engagement des jeunes au moyen d'indicateurs spécifiques. Voir l'Étude de cas A5.26 du volet adolescence et jeunesse du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Cette étude de cas montre comment l'établissement d'un plan de travail sur 18 mois, assorti d'objectifs clairs et de résultats attendus, a permis de démontrer l'impact.

Sources : (18) (106) (300) (323).

En collaboration avec des partenaires, le volet adolescence et jeunesse du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant a élaboré une boîte à outils pratique pour les organisations de jeunes. Elle les aide à promouvoir et à défendre la santé et le bien-être des adolescents dans leur pays et à mettre en lumière cette problématique aux niveaux régional et mondial.

Cette boîte à outils donne aux organisations de jeunes les moyens d'élaborer des feuilles de route nationales pour des actions de sensibilisation et de s'engager dans des dialogues et processus nationaux et infranationaux (42). L'Encadré A1.1 de l'annexe liste d'autres ressources mondiales qui procurent des conseils pratiques pour faciliter la participation des jeunes à la programmation multisectorielle en matière de développement et de santé.

5. Programmation nationale

5.4.

Financer les priorités de santé des adolescents dans les plans nationaux de santé et protéger les adolescents contre les risques financiers

Les progrès en direction de la couverture sanitaire universelle dépendent largement de la façon de financer les systèmes de santé.

Dans le cas des adolescents, trois aspects du financement sont cruciaux (301). Il faut :

- veiller à ce qu'un maximum d'adolescents soient couverts par une prévoyance mutuelle, qui peut par exemple prendre la forme d'une assurance ou d'un accès gratuit à des établissements financés par une caisse commune ;
 - réduire ou supprimer les paiements directs à l'endroit où les soins sont dispensés ; et
 - étendre l'éventail des services couverts par la prévoyance mutuelle à l'ensemble des services destinés aux adolescents dans le pays.
- Dans chacun de ces domaines, les adolescents présentent des vulnérabilités spécifiques, pour un certain nombre de raisons (302):
- Premièrement, les adolescents sont moins susceptibles que beaucoup d'autres groupes d'âge d'être couverts par une prévoyance mutuelle efficace (par exemple un système d'assurance maladie), notamment s'ils ne sont pas scolarisés, ont plus de 18 ans, ne travaillent pas ou vivent dans un ménage à faible revenu.
 - Deuxièmement, le paiement direct est un frein considérable pour les adolescents qui souhaitent demander des soins, du fait de leur manque d'accès à l'argent, qu'il s'agisse du leur ou de celui de leur famille.
 - Troisièmement, les adolescents ont une capacité limitée à accéder aux services indépendamment de leurs parents, bien qu'ils aient un plus grand besoin de confidentialité que les enfants plus jeunes (303) (304) (305). Par exemple, aux États-Unis, même lorsque les adolescents sont légalement autorisés à obtenir certains services sans le consentement de leurs parents, ce sont ces derniers qui reçoivent les factures détaillées, ce qui va à l'encontre du principe de confidentialité (306).
 - Quatrièmement, tous les services dont ont besoin les adolescents ne relèvent pas de manière adéquate d'une prévoyance mutuelle. Par exemple, les contraceptifs destinés aux adolescents ou le vaccin contre le papillomavirus humain peuvent être exclus du programme de prestations.
 - Cinquièmement, les mécanismes de paiement des prestataires ne correspondent pas toujours aux services dont ont besoin les adolescents. Les systèmes de rémunération à l'acte risquent de ne pas inciter les prestataires à passer suffisamment de temps à écouter un adolescent, qui peut avoir besoin de plus de temps qu'un adulte ou un enfant, en particulier lors d'une première consultation. Il est donc important que les mécanismes de paiement des prestataires correspondent aux besoins des adolescents.



5.4.1.

Allouer davantage de ressources aux priorités de santé des adolescents dans les plans nationaux de la santé

Pour répondre aux besoins des adolescents, les ressources doivent être allouées et les décisions d'achat prises à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé (302). Les plans stratégiques nationaux pour la santé offrent une base à partir de laquelle les parties prenantes peuvent définir ensemble les orientations stratégiques et les priorités du plan de santé à court et à moyen terme. Le ministère de la santé est censé se fonder sur les objectifs de politique publique pour proposer des allocations budgétaires pour le secteur de la santé. La santé des adolescents est une question transversale importante à prendre en considération dans le plan, les projections de coûts et le projet de budget. Dans le cadre de ses négociations avec le ministère des finances, le ministère de la santé doit insister sur le bien-fondé des investissements dans la santé des adolescents (307). Les plans nationaux d'investissement doivent faire valoir le triple retour sur investissement pour les adolescents aujourd'hui, pour les adultes qu'ils seront demain et pour la prochaine génération (55) (73). On n'obtiendra ce retour sur investissement que si l'on investit dans les interventions à fort impact et reposant sur des données factuelles décrites à la Section 3. À l'avenir, il faut en priorité continuer de produire des données factuelles attestant de l'efficacité et de la rentabilité des interventions en faveur de la santé des adolescents (voir la Section 6).

Les arguments en faveur d'un investissement dans la santé des adolescents auront bien plus de poids s'ils s'accompagnent d'une estimation des coûts. Par exemple, l'Afrique du Sud vient de définir une nouvelle politique en matière de santé des adolescents et des jeunes (2016-2020), dont le plan de mise en œuvre comporte des projections de coûts. Pour discuter des questions de financement (par exemple, l'exemption des frais pour les adolescents), il faut des données et des arguments montrant le coût en termes de ressources que susciterait un changement de politique de financement et ce qu'il apporterait en termes d'avantages.

Alors que les financements nationaux sont la principale source à mobiliser pour investir dans la santé des jeunes, les fonds externes peuvent également jouer un rôle important dans les pays à faible revenu. Le Mécanisme mondial de financement est une plateforme de financement importante pour la Stratégie mondiale qui vise à soutenir les plans d'investissement dans certains pays qui souhaitent agir intelligemment, durablement et à grande échelle en faveur de la santé des femmes, des enfants et des adolescents (11). Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) encourage les pays à se concentrer sur les adolescents. Une note d'information sur les adolescents soutient les investissements stratégiques du Fonds mondial pour améliorer la santé et le bien-être de tous les adolescents (403). Voir l'Étude de cas A5.25 sur la mobilisation de financements pour des interventions ciblées destinées à répondre aux priorités de santé des adolescents au Libéria.

Pour la plupart des pays, le principal moyen d'élargir l'allocation des ressources aux activités bénéfiques pour la santé des adolescents est le processus de budgétisation national et infranational, qui ne suit pas toujours la structure du plan initial. Dans de nombreux pays, le manque de compréhension du cycle de budgétisation et de gestion financière fait que l'élaboration des politiques et la planification sont dissociées des processus budgétaires réels, ce qui peut entraîner un décalage entre les priorités définies et les fonds finalement alloués et dépensés. La participation au cycle de financement nécessite donc un engagement dès la phase de planification et tout au long de la préparation du budget, le déblocage des fonds et le suivi des dépenses (309).

Les obstacles financiers sont l'une des principales raisons qui dissuadent les adolescents d'utiliser les services. Cependant, selon une récente enquête de l'OMS sur les politiques, dans de nombreux pays, les adolescents n'ont pas accès à des services gratuits là où les soins sont dispensés (voir la Figure A5.2 de l'annexe 5) (301) (302).

5. Programmation nationale

Domaines clés pour la programmation (suite) :

Ressources financières pour la programmation en faveur de la santé de l'adolescent

13. Faire de l'ensemble national d'interventions en faveur de la santé des adolescents un instrument pour guider les décisions d'achat et les programmes de prestations, en accordant une attention particulière aux services préventifs et au droit des adolescents à la confidentialité. Estimer les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de l'ensemble prioritaire d'interventions et les coûts programmatiques qui en découlent, avec l'aide d'outils tels que « OneHealth ». Un module permettant de calculer les coûts de santé des adolescents a été développé pour ce logiciel : il permet aux pays d'effectuer des projections des coûts des programmes spécifiquement axés sur les adolescents, ainsi que du coût d'intégration des interventions en faveur de la santé des adolescents dans d'autres programmes ou plans de santé nationaux.
14. Élaborer un plan stratégique convaincant pour l'investissement dans la santé des adolescents, fondé sur l'argument du triple retour sur investissement, et négocier avec le ministère des finances pour l'allocation des ressources.
15. Renforcer la capacité des responsables de projets au niveau national et dans les districts, à exploiter les possibilités de financement extérieur des priorités de santé des adolescents, telles que le Mécanisme mondial de financement et les investissements stratégiques du Fonds mondial et de l'Alliance GAVI pour les vaccins.
16. Renforcer la capacité des responsables, dans les districts et la communauté, de veiller aux priorités de santé des adolescents en ajustant le budget central aux besoins locaux.
17. Veiller à ce que la santé des adolescents soit intégrée dans les cours de formation nationaux et infranationaux sur les approches de la planification, de la budgétisation et du financement, y compris au niveau décentralisé.

Protéger les adolescents contre les risques financiers

18. Veiller à ce que les adolescents et les jeunes soient couverts par une prévoyance mutuelle obligatoire leur permettant d'accéder aux services dont ils ont besoin.
19. Évaluer l'impact des paiements directs à l'endroit où les soins sont dispensés pour les adolescents accédant aux services clés. Utiliser les données pour préconiser la réduction ou l'élimination de ces paiements.
20. Élaborer et appliquer des mesures de protection des adolescents contre les risques financiers (par exemple, des dispenses de frais, des bons ou une participation réduite aux frais), de sorte que les services de santé et les produits, y compris les moyens de contraception, soient gratuits pour les adolescents ou plus abordables financièrement au point d'utilisation. Voir l'Étude de cas 4 sur le programme de bons au Nicaragua pour améliorer l'accès des adolescents mal desservis aux soins de santé sexuelle et reproductive.
21. Identifier les sous-catégories d'adolescents qui ne sont pas couverts par une prévoyance mutuelle obligatoire, et concevoir des mécanismes pour maximiser leur couverture. Il peut s'agir d'un programme d'assurance explicite, de l'accès à des structures financées par ces systèmes de prévoyance ou d'une aide adéquate destinée aux adolescents vulnérables et à leur famille. Envisager des mécanismes de transferts monétaires pour accroître l'accès des adolescents aux services essentiels et conseiller le secteur de la protection sociale sur cette question. Voir l'Étude de cas A5.8 de l'annexe 5, sur l'utilisation des systèmes de transferts monétaires au Malawi pour atteindre les objectifs de santé publique.
22. S'assurer que les structures d'accueil respectent bien les politiques de dispense de paiement.
23. Offrir des incitations propres à motiver le personnel de santé en vue d'interventions de bonne qualité essentielles à la santé et au développement des adolescents (par exemple des mécanismes de rémunération en fonction du résultat).

Sources : (106) (300) (301) (310) (311) (405).

5.5.

Programmation dans le secteur de la santé pour la couverture sanitaire universelle

Dans le cas des adolescents, la couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble des adolescents aient accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont ils ont besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût ne les expose à des difficultés financières (313).

Cette définition contient trois objectifs programmatiques (313) :

1. l'accès équitable aux services de santé – tous ceux qui ont besoin des services de santé, quels que soient leurs moyens financiers, doivent pouvoir y accéder ;
2. la qualité – les services de santé doivent être d'une qualité suffisante pour améliorer la santé de ceux qui en bénéficient ;

3. les adolescents devraient être protégés contre les risques financiers : le coût des soins ne doit pas exposer les adolescents à des difficultés financières.

La programmation en vue de la couverture sanitaire universelle pourrait s'inscrire soit dans le cadre de la planification stratégique et opérationnelle d'un secteur en suivant son cycle budgétaire (par exemple, révisions périodiques obligatoires de la formation initiale afin d'améliorer le contenu des programmes) soit dans le cadre d'un programme de formation spécifique (290).

5.5.1.

Programmation en faveur de systèmes de santé répondant aux besoins des adolescents

Afin de répondre à l'évolution de l'environnement et des attentes de la société, les systèmes de santé doivent continuellement s'adapter à travers le processus de planification stratégique et opérationnelle.

Ces ajustements concernent :

- la planification du personnel de santé (par exemple, une augmentation prévue de la proportion d'adolescents dans la population totale nécessitera davantage de prestataires de soins de santé ayant une formation spécifique en matière de santé des adolescents) ;
- les modalités de financement des soins de santé (par exemple, l'austérité budgétaire accroît les pressions pour que la priorité soit donnée aux interventions d'un bon rapport coût/efficacité) ;
- l'organisation des services de santé (une expansion de l'urbanisation fera augmenter la demande de soins de santé dans les villes et pourrait faire progresser les risques d'accident de la route, tandis que les services de santé dans les zones rurales doivent rester fonctionnels et accessibles) ;
- la manière dont les services sont fournis (par exemple, une utilisation plus large d'Internet ouvre de nouvelles possibilités pour l'éducation à la santé et l'implication des utilisateurs) ; et
- le suivi et l'évaluation des services (par exemple, intégration d'indicateurs de satisfaction des utilisateurs dans le système de gestion et d'information sanitaires).

Il est donc important de veiller à ce que les besoins en santé des adolescents soient dûment pris en compte lors de l'élaboration de plans à court, moyen et long termes pendant les cycles de planification stratégique et opérationnelle (314), et à ce que les adolescents puissent exprimer leurs besoins.

Pour parvenir à la couverture sanitaire universelle, les systèmes de santé doivent prêter attention aux besoins spécifiques des adolescents, dans tous leurs aspects. Outre un financement suffisant et une protection suffisante contre les risques financiers (voir la Section 5.5), la programmation pour des systèmes de santé adaptés aux adolescents doit promouvoir :

- des lois et des politiques protégeant les adolescents ;
- la formation d'un personnel ayant les compétences voulues pour répondre aux besoins des adolescents à tous les niveaux de soins ;
- des services de santé dont la qualité répond aux besoins spécifiques des adolescents, et des plateformes de services qui maximisent la couverture (soins primaires, services de santé basés dans les écoles et liés aux écoles et cybersanté) ;
- la visibilité des adolescents dans les systèmes de gestion et d'information sanitaires qui collectent des données ventilées selon l'âge et le sexe.

5. Programmation nationale

5.5.1.1

Lois et politiques protégeant les adolescents

Les lois et les politiques doivent protéger, promouvoir et garantir le droit des adolescents à la santé. Les cadres juridiques et réglementaires doivent reposer sur les principes et les normes des droits humains reconnus et acceptés sur le plan international.

Domaines clés pour la programmation (suite) :

Conformité des cadres juridiques et réglementaires avec les principes et normes internationalement reconnus en matière de droits humains

24. Évaluer les cadres juridiques et réglementaires qui déterminent l'accès des adolescents aux services pour déterminer s'ils respectent les principes et normes des droits humains internationalement reconnus et acceptés à l'aide de la boîte à outils de l'OMS pour l'examen des lois, des règlements et des politiques en matière de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ainsi que de droits humains. Une telle évaluation devrait viser à

mettre en évidence les cas où les mesures législatives actuelles sont suffisantes, ceux où des modifications ou abrogations peuvent être nécessaires et ceux où des lacunes existent et doivent être comblées. L'Encadré A5.1 décrit l'aspect spécifique de la législation à évaluer en rapport avec la santé des adolescents et les résultats de ces évaluations dans certains pays.

Source : (406).

Ces lois et politiques doivent notamment veiller à ce que les services dont les adolescents ont besoin soient disponibles et leur soient accessibles sans discrimination.

Domaines clés pour la programmation (suite) : Équité

25. Définir l'ensemble des services d'information pour la santé, de conseil, de diagnostic, de traitement et de soins à offrir à tous les adolescents.

26. Examiner les lois et les politiques et les modifier si nécessaire pour que la programmation soit attentive aux différences entre hommes et femmes et tienne compte des normes, rôles et relations entre les sexes et de leur interaction avec d'autres facteurs (revenu et vie en milieu rural, par exemple) qui influencent la santé et l'accès aux services de santé.

27. Appliquer les politiques de façon à réduire les inégalités et les pratiques discriminatoires (réelles et perçues) en matière d'accès aux services, dont les adolescents sont victimes. Veiller à ce que les adolescents handicapés, LGBTI et d'autres catégories d'adolescents vulnérables ne rencontrent pas d'obstacles dans l'accès aux services dont ils ont besoin.

Sources : (301) (323).

Les adolescents doivent faire l'objet de politiques qui les protègent. Les parents ou tuteurs, les assistants sociaux, les agents de santé, les enseignants et les autres adultes ont des rôles essentiels à jouer pour assurer aux adolescents un filet social. Cela ne signifie pas que les adolescents doivent être considérés comme incapables de prendre des décisions concernant leurs propres affaires (Figure A5.1 de l'annexe 5). A priori la protection et l'autonomie peuvent sembler contradictoires — car les mesures de protection ont tendance à limiter l'autonomie des adolescents — mais en réalité on peut les concilier et les deux principes se renforcent mutuellement. Cultiver l'autonomie, par exemple en donnant aux adolescents les moyens d'accéder aux services de santé, constitue une mesure protectrice puisque l'accès aux soins en temps voulu peut éviter des effets indésirables. Les lois et les politiques devraient par conséquent veiller à ce que tous les droits de chaque adolescent reçoivent la même priorité.

Lorsque l'on recherche un équilibre approprié entre le respect de l'autonomie émergente des adolescents et des niveaux de protection suffisants dans les politiques nationales, il convient de prendre en compte le niveau de risque concerné, le potentiel d'exploitation, une compréhension du développement de l'adolescent, la façon dont la compétence et la compréhension ne se développent pas également dans tous les domaines au même rythme ; et l'expérience et les capacités individuelles (15). La section ci-dessous présente des éléments essentiels à prendre en compte lors de l'élaboration de lois et de politiques reconnaissant le caractère universel, indivisible et interdépendant des droits des adolescents à la santé, à la protection et à l'autonomie.

Domaines clés pour la programmation (suite) : Confidentialité

28. Établir des procédures à suivre dans les établissements de soins pour que :

- les informations sur les clients ne soient pas divulguées à des tiers ;
- les informations personnelles, telles que les dossiers des clients, soient conservées en toute sécurité ;
- des règles claires existent concernant l'organisation de l'espace physique de l'établissement, et que des mesures soient prises pour assurer la confidentialité visuelle et auditive pendant l'enregistrement et les consultations avec un prestataire de services.

29. Préciser, dans les directives sur les soins de santé, que les consultations avec les clients adolescents accompagnés de leurs parents ou de leurs tuteurs doivent systématiquement inclure un temps seul avec l'adolescent.

30. Examiner les lois et les politiques nationales pour indiquer, clairement et sans ambiguïté, les situations dans lesquelles le principe de confidentialité risque d'être enfreint, avec qui et pour quelles raisons (par exemple, divulgation d'abus sexuels sur un mineur, pensées suicidaires, auto-agression ou intention d'homicide).

31. Établir des modes opératoires normalisés pour les situations dans lesquelles les règles de confidentialité peuvent être violées du fait des exigences légales.

5. Programmation nationale

Domaines clés pour la programmation (suite) :

Consentement et assentiment pour des traitements ou des services de santé

32. Déterminer l'âge approprié et acceptable auquel un adolescent peut donner son consentement ou refuser un traitement ou un service médical sans l'accord de ses parents ou de son tuteur. Les limites d'âge doivent s'appuyer sur le stade de développement de l'adolescent et de son évolution, ainsi que sur une évaluation minutieuse des risques, de la sécurité et d'autres questions dans le contexte local. Envisager d'abaisser les limites d'âge existantes, le cas échéant (voir les Études de cas 15 et A5.9). À titre de guide, le consentement éclairé doit être demandé à l'enfant lorsque l'enfant est jugé suffisamment mature pour prendre une décision éclairée. Habituellement, les adolescents âgés de 15 ans et plus sont en mesure de donner un consentement éclairé, oral ou écrit. Pour les adolescents plus jeunes, les décisions devraient être prises au cas par cas. Lorsque les données indiquent qu'une personne n'a pas la capacité de donner son consentement, il convient de prendre une décision dans l'intérêt de l'adolescent.
33. Adopter des politiques souples permettant de considérer certains groupes spécifiques d'adolescents comme des « mineurs matures ». Par exemple, les procédures établies localement ne devraient pas empêcher l'accès aux services pour les adolescents non accompagnés ou pour ceux qui n'ont pas de parents ou de personnes qui s'occupent d'eux.
34. Supprimer la condition d'un accord préalable des parents ou du tuteur en cas de demande de soutien psychologique ou de conseils par un adolescent. Le droit de bénéficier de ces services est distinct du droit de donner un consentement médical et ne devrait pas être soumis à une limite d'âge.
35. Supprimer la condition d'une autorisation ou notification préalable d'un tiers (parents, tuteur ou conjoint par exemple) lorsqu'un adolescent fait appel à des services de santé sexuelle ou reproductive, y compris pour obtenir des informations et des services concernant la contraception. Adopter une présomption légale de compétence selon laquelle une adolescente qui cherche à obtenir des biens et services de santé reproductive et sexuelle préventifs ou urgents (par exemple, une contraception ou un avortement sans risque) dispose de la capacité requise pour y accéder.
36. Établir des modes opératoires normalisés pour l'obtention d'un consentement éclairé. Des formulaires de consentement et d'autres outils d'information (par exemple des affiches) devraient être élaborés en consultation avec des membres de confiance de la communauté et conçus spécifiquement pour les tranches d'âge à inclure dans l'activité. Dans le cas d'une obligation de déclaration, cette information doit être divulguée au parent ou au tuteur ainsi qu'à l'adolescent pendant le processus de consentement ou d'assentiment.
37. Appliquer une politique qui permette, dans tous les cas (que le consentement du parent ou de la personne en charge de l'adolescent soit obligatoire ou non) d'obtenir, de l'adolescent, son consentement volontaire, en connaissance de cause, non contraint et non précipité à l'obtention de services et à la collecte de ses données personnelles. Les adolescents devraient recevoir une information complète, impartiale et claire sur la nature, les risques et les solutions alternatives à une intervention ou une collecte de données, afin qu'ils puissent participer à leurs propres soins et exprimer leurs choix. Les informations sur une intervention doivent être fournies aux adolescents d'une manière adaptée à leur culture, à leur éducation et à leur niveau de compréhension. S'il est important de leur expliquer clairement les risques potentiels, il est également important de ne pas les effrayer.
38. Adopter des politiques de protection des droits des adolescents handicapés, en exigeant que leurs points de vue soient dûment pris en compte en fonction de leur capacité, de leur âge et de leur maturité, sur un pied d'égalité avec les autres. Les adolescents handicapés sont confrontés à des obstacles particuliers ; ils doivent donc bénéficier de la possibilité d'être assistés dans leur prise de décisions.
39. Si le droit le permet, modifier la législation afin d'inclure des dispositions permettant aux adolescentes d'avoir facilement accès à des services d'avortement sans risque, sans obligation de consentement parental ou conjugal.
40. Veiller à l'élimination de pratiques préjudiciables infligées aux jeunes sans leur consentement, notamment les mutilations sexuelles féminines et le mariage précoce et/ou forcé.

Sources : (15) (317) (323) (405).

Étude de cas 15

Les États-Unis élargissent l'accès des mineurs aux services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles

Au cours des 30 dernières années, certains États des États-Unis ont donné aux mineurs des pouvoirs élargis pour consentir à des soins de santé, y compris en lien avec l'activité sexuelle. Les 50 États et le District de Columbia permettent à la plupart des mineurs de consentir à des tests de dépistage et à des traitements pour les infections sexuellement transmissibles (IST), et beaucoup d'entre eux incluent explicitement le dépistage et le traitement du VIH. De nombreux États autorisent cependant les médecins à informer les parents que le mineur demande ou reçoit des services relatifs aux IST lorsqu'ils jugent que c'est dans l'intérêt supérieur du mineur. Au 1^{er} novembre 2016 :

- les 50 États et le District de Columbia autorisent explicitement les mineurs à consentir à des services d'IST, bien que 11 États exigent qu'un mineur ait un certain âge (généralement 12 ou 14 ans) ;
- 32 États incluent explicitement le dépistage et le traitement du VIH dans l'ensemble des services relatifs aux IST auxquels les mineurs peuvent consentir (bon nombre de ces lois ne s'appliquent qu'au dépistage du VIH) ;
- 18 États permettent aux médecins d'informer les parents d'un mineur qu'il sollicite ou reçoit des services relatifs aux IST. Cependant, à l'exception d'un État qui exige que les parents soient notifiés en cas de test VIH positif, aucun État n'exige que les médecins informent les parents de ces services.

Source : (407).



5. Programmation nationale

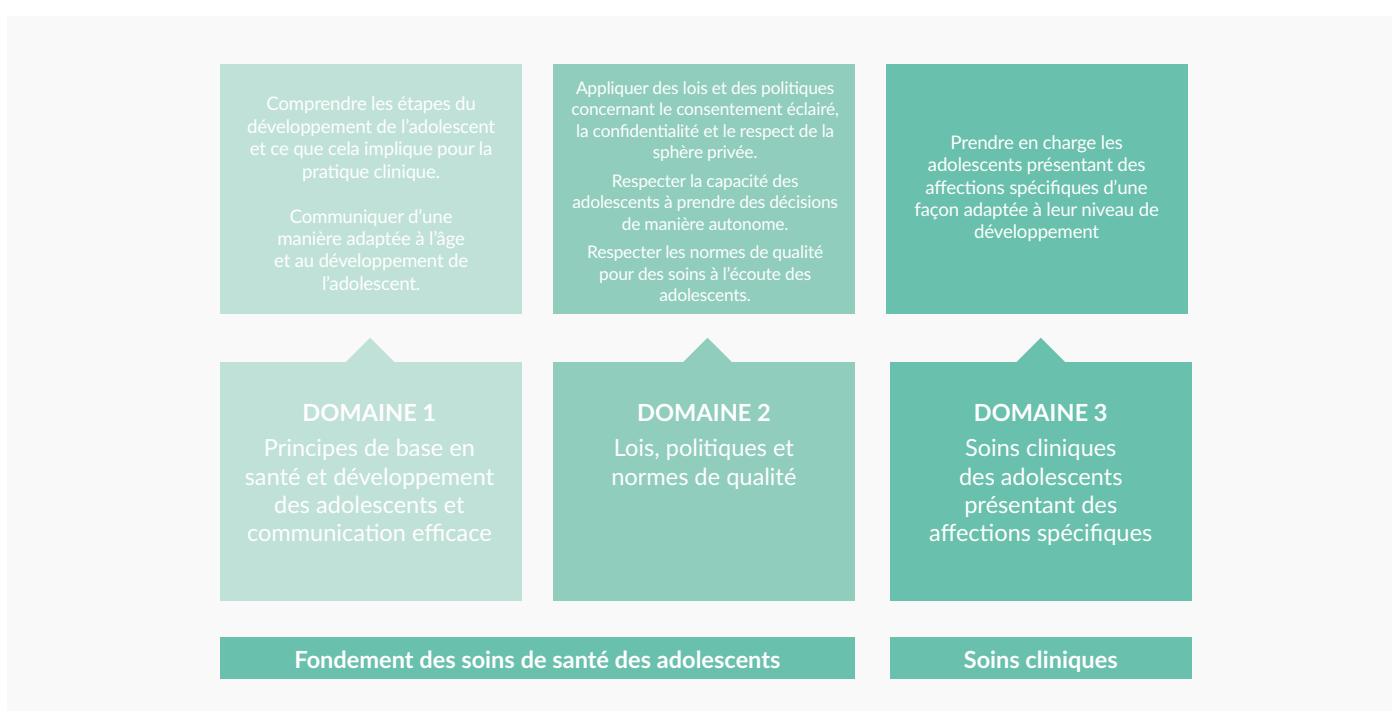
5.5.1.2.

Un personnel ayant les compétences voulues pour répondre aux besoins des adolescents à tous les niveaux de soins

Les adolescents ne sont pas simplement des « enfants plus âgés » ou des « jeunes adultes ». Si l'on reprend le modèle écologique décrit à la Section 1, les facteurs individuels, interpersonnels, communautaires, institutionnels, environnementaux et structurels font que les adolescents ont une façon qui leur est propre d'appréhender les informations, d'aligner leurs comportements sur des canaux d'information particuliers, de réfléchir à leur avenir et de prendre des décisions dans le présent (319). Tous

les agents de santé dans les établissements fréquentés par des adolescents (hôpitaux, centres de soins primaires et pharmacies) doivent améliorer leurs compétences (connaissances, aptitudes et attitudes) pour mieux répondre aux besoins spécifiques des adolescents (Figure 5.3). Voir par exemple l'Encadré A 3.2 sur la façon dont les agents de santé peuvent fournir des services de santé sexuelle ou reproductive adaptés aux jeunes.

Figure 5.3. Domaines de compétences de base en santé des adolescents



Source : (408)

Les compétences de base peuvent être enseignées à la fois lors de la formation initiale et lors de la formation continue. Une telle progression est nécessaire pour assurer l'apprentissage tout au long de la vie. Cependant, de nombreux pays n'ont pas de formes durables d'éducation professionnelle continue (408). Par conséquent, il est très important d'améliorer la structure, le contenu et la qualité du volet axé sur la santé des adolescents

dans les programmes d'enseignement avant l'entrée en service du personnel. Si l'on veut disposer d'un personnel ayant les compétences voulues pour répondre aux besoins des adolescents, il est notamment impératif de rendre obligatoire l'éducation basée sur les compétences relatives aux soins de santé pour les adolescents dans les programmes de formation initiale et spécialisée (301).

En République de Moldova, par exemple, une formation sur la santé des adolescents a récemment été introduite dans la formation initiale des médecins de famille et des pédiatres, et un cours de formation spécialisée destiné aux prestataires de services (formation sur le tas dans le cadre de la formation continue) a été développé, approuvé et intégré dans le cursus universitaire pour la formation médicale continue (Étude de cas 16).

Afin d'aider les pays à se doter d'un personnel ayant les compétences voulues pour répondre aux besoins des adolescents, l'OMS a élaboré le document intitulé *Compétences de base en santé et développement de l'adolescent pour les prestataires de soins primaires, qui comprend un outil pour évaluer le volet « santé et développement de l'adolescent » dans la formation initiale des prestataires de soins de santé, et pour établir des recommandations (408).*

Étude de cas 16

Comment la République de Moldova a intégré la santé et le développement des adolescents dans le programme de l'Université d'État de médecine

Plus d'un cinquième de la population totale de la République de Moldova est composé de jeunes âgés de 10 à 24 ans. Créé en 2001, le réseau de centres de santé adaptés aux jeunes a été progressivement élargi afin de proposer aux adolescents et aux jeunes les services dont ils ont besoin. Pour s'assurer que les services respectent les normes de qualité nationales, il était crucial de mettre l'accent sur les compétences des prestataires : communication adaptée à l'âge, confidentialité et évaluation intégrée des risques pour la santé, entre autres. Pendant les dix premières années, ce projet s'est appuyé sur la formation continue, largement financée par des organismes donateurs.

Avec ses 3,5 millions d'habitants, la République de Moldova ne compte qu'une seule université de médecine : l'Université d'État de médecine et de pharmacie « Nicolae Testemitanu ». Cette université propose des formations universitaires et spécialisées, ainsi que des stages cliniques, des formations en internat, des formations doctorales, postdoctorales et continues. Pour réduire au minimum la dépendance vis-à-vis des donateurs, en 2014, un cours de formation postuniversitaires pour les prestataires de services (formation en service dans le cadre de la formation continue) a été élaboré, approuvé et intégré dans le cursus universitaire pour la formation médicale continue. Ce cours de 50 heures est organisé conjointement par l'Université d'État de médecine et le Centre national de ressources pour les services de santé adaptés aux jeunes « Neovita ». Les prestataires peuvent choisir ce cours dans le cadre de leurs cinq demandes annuelles de formation professionnelle continue.

Il était essentiel qu'il y ait, dans le cadre de la formation professionnelle continue, un cours spécifiquement axé sur la santé des adolescents. Cependant, on s'est vite rendu compte qu'il était également très important d'améliorer la structure, le contenu et la qualité du volet axé sur la santé des adolescents dans les programmes de formation initiale, et ce pour deux raisons. Premièrement, l'amélioration de ce volet dans la formation initiale garantit que tous les diplômés en médecine, et donc le futur personnel de santé, sont dotés des compétences de base en santé de l'adolescent. Deuxièmement, la République de Moldova a mené à bien sa réforme des soins primaires, qui place le médecin de famille au centre des soins de santé. Il est important de veiller à ce que chaque adolescent reçoive des soins adaptés, tant dans un établissement de soins primaires que dans un centre de santé adapté aux jeunes. Il est donc crucial de cibler le volet axé sur la santé des adolescents dans la formation en internat des médecins de famille.

Entre 2014 et 2016, les questions de santé et de développement des adolescents ont été intégrées dans la formation spécialisée de trois manières :

- Internat pour les médecins de famille (18 heures : 3 heures de théorie et 15 heures de séminaires pratiques).
- Internat pour les pédiatres (45 heures : 6 heures de théorie et 39 heures de séminaires pratiques).
- Internat pour les obstétriciens et gynécologues (140 heures : 70 heures de théorie et 70 heures de séminaires pratiques). Ce cours a été mis en place bien avant les années 2000, mais son contenu a été mis à jour récemment.

Grâce à ces efforts fructueux, il existe désormais une formation en matière de santé et de développement des adolescents dans le cadre de la formation initiale et continue, et, par conséquent, de l'apprentissage tout au long de la vie. Ce processus n'était ni facile ni évident. Parmi les facteurs qui ont contribué au succès, on peut citer :

- La participation des hauts responsables de l'université était indispensable à l'obtention d'une approbation officielle et à l'intégration du cours sur la santé des adolescents dans le programme d'études universitaires pour le développement professionnel continu.
- Le Centre national de ressources pour les services de santé adaptés aux jeunes « Neovita » a fourni la base de la formation pratique en soins de santé adaptés aux adolescents pour les internes et les praticiens.
- Le personnel enseignant des départements clés a reçu une formation de pointe en santé des adolescents, ce qui lui a permis de comprendre que les adolescents ne sont pas simplement des enfants plus âgés ou des jeunes adultes.
- L'organisation de conférences nationales bisannuelles sur la santé des adolescents a permis de réunir les professionnels (universitaires, praticiens et décideurs) qui travaillent dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes en République de Moldova afin qu'ils échangent sur les avancées scientifiques et programmatiques.
- L'appui financier à long terme provenant du projet « *Healthy Generation - scaling up of YFHS in Republic of Moldova* », financé par l'Agence suisse de développement et de coopération (ASDC), a permis de soutenir et d'étoffer les investissements initiaux dans le renforcement des capacités institutionnelles pour la formation en santé de l'adolescent.

5. Programmation nationale

Domaines clés pour la programmation (suite) :

Personnel ayant les compétences voulues pour répondre aux besoins des adolescents

41. Faire comprendre à l'ensemble des acteurs clés l'importance d'investir dans un personnel ayant les compétences voulues pour répondre aux besoins des adolescents. Ces acteurs sont les ministères de la santé, de l'éducation et de la jeunesse, le Conseil national des licences et de la certification, les agences de développement des programmes d'enseignement, les associations professionnelles et d'autres organisations de la société civile.
42. Définir les compétences de base en santé et développement de l'adolescent conformément au document de l'OMS Compétences de base en santé et développement de l'adolescent pour les prestataires de soins primaires (408). Le cas échéant, inclure les compétences en santé de l'adolescent dans les profils de postes et les politiques concernant les capacités des ressources humaines.
43. Créer et mettre en œuvre des programmes de formation aux compétences voulues dans le cadre de la formation avant l'entrée en service et de la formation continue. Pour faciliter l'élaboration de ces programmes, évaluer la structure, le contenu et la qualité de la composante axée sur la santé de l'adolescent dans les programmes de formation initiale des principaux établissements d'enseignement et de formation. Identifier les possibilités de renforcer cette composante. L'outil OMS permettant d'évaluer la composante santé et développement de l'adolescent dans la formation initiale (408) peut faciliter ce processus.
44. Établir un mécanisme pour consulter les prestataires de soins de santé sur leurs besoins de formation en santé de l'adolescent et organiser au niveau national et dans les districts des activités correspondant aux besoins mis en lumière. Faciliter l'accès des prestataires à des cours en ligne gratuits.
45. Élaborer et examiner les informations et les matériels de formation, les directives pratiques et d'autres outils pour faciliter la prise de décisions concernant les soins de santé des adolescents.
46. Renforcer la capacité des agents de santé communautaires à étendre leurs activités aux adolescents, surtout à ceux qui ne suivent pas une scolarité, grâce à l'éducation à la santé et à des services de soins.
47. Mettre sur pied un système d'encadrement pour appuyer les soins de santé destinés aux adolescents et fournir des opportunités d'apprentissage collectif comme stratégie clé pour améliorer la qualité des prestations.

Sources : (301) (323) (408).

5.5.1.3.

Fourniture de services de qualité et plateformes de prestation de services pour un niveau de couverture maximal

Des initiatives mondiales encouragent fortement les pays à donner la priorité à la qualité afin de renforcer les approches de la santé fondées sur les droits (132). Cependant, les données provenant des pays à revenu faible, intermédiaire ou élevé montrent que de nombreux obstacles entravent l'accès des adolescents à des soins de santé de qualité et que les services qui leur sont destinés sont souvent fragmentés, mal coordonnés et de qualité inégale (18) (301). Conscients du problème, beaucoup de pays ont progressivement opté pour une approche axée sur des normes afin d'améliorer la qualité des soins destinés aux adolescents (Figure A5.3 de l'annexe 5), même s'ils sont encore peu nombreux à avoir mesuré leurs progrès dans ce sens. Toutefois, afin de guider l'action, des enquêtes visant à mesurer la qualité des services de santé pour adolescents ont été menées en Afrique du Sud, au Kirghizistan, au Malawi, en République de Moldova, en République-Unie de Tanzanie, au Tadjikistan et en Ukraine (301).

L'Étude de cas A5.10 montre comment la mesure de la qualité des services au regard des normes nationales au Kirghizistan a permis d'identifier les domaines à améliorer pour aider les établissements à s'orienter vers des soins centrés sur les adolescents.

Dans le domaine de la programmation, il faudrait établir, mettre en œuvre et suivre des normes pour évaluer la qualité des soins de santé destinés aux adolescents afin de réduire au minimum la variabilité, de garantir un niveau de qualité de base et de protéger les droits des adolescents (322). Des efforts devraient également être déployés pour que les services ne soient pas uniquement accessibles à une minorité privilégiée d'adolescents, mais qu'ils atteignent également des sous-catégories d'adolescents marginalisés.

Une des considérations essentielles dans la programmation nationale pour la santé des adolescents est l'intégration des services au niveau de leur prestation. Il s'agit par exemple d'intégrer le traitement contre une affection déterminée à une évaluation plus large grâce à la liste de contrôle HEADSSS (logement, éducation/emploi, alimentation, activité physique, drogue, sexualité, sécurité, tendances suicidaires et dépression) en offrant un cadre de soutien psychologique et d'interventions à titre préventif (319).

Autre exemple : si la vaccination contre le papillomavirus humain et le déparasitage contre la schistosomiase sont identifiés comme prioritaires lors de la définition des priorités nationales, alors la codélivrance de la vaccination contre le papillomavirus humain et du déparasitage pourrait être envisagée (301). L'intégration des services est importante tant pour l'optimisation de l'efficacité que pour l'amélioration de la réactivité aux besoins des adolescents.

Domaines clés pour la programmation (suite) :

Veiller à la qualité des services de santé fournis aux adolescents

48. Développer une compréhension commune de la santé des adolescents et de la nécessité d'améliorer la qualité des services de santé qui leur sont destinés.
49. Élaborer et mettre en œuvre des normes de qualité et des systèmes de suivi nationaux conformément aux normes mondiales OMS/ONUSIDA pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents (18) (323). Intégrer l'amélioration de la qualité axée sur les normes dans les programmes nationaux de santé pour les adolescents, lorsqu'ils existent, ou dans le cadre de plateformes nationales d'amélioration globale de la qualité.
50. Mettre en œuvre des normes électroniques pour automatiser la collecte et l'analyse de données et encourager les adolescents à faire part de leurs observations au moyen des technologies de l'information.
51. Établir des plateformes d'apprentissage aux niveaux local, infranational et national pour améliorer la qualité.

Renforcer les plateformes de prestation de services pour un niveau de couverture maximal

52. Renforcer la capacité, aux niveaux des soins primaires et de l'orientation-recours, à fournir des services intégrés, centrés sur les adolescents (par exemple, former les prestataires de soins à effectuer une évaluation HEADSSS afin de déceler des problèmes de santé et de développement dont les symptômes ne sont pas visibles chez un adolescent, voir le Tableau A.3.2)
53. Renforcer les services de santé basés dans les écoles et liés aux écoles pour faciliter l'accès des adolescents aux services préventifs et prendre rapidement en charge les problèmes de santé manifestes. Voir l'Étude de cas A5.11 sur les services de santé requis par le Programme national de santé scolaire et universitaire au Maroc.
54. Encourager les agents de santé communautaires à étendre leurs activités aux adolescents, surtout ceux qui ne suivent pas une scolarité, grâce à une éducation en santé et à des services de soins.
55. Établir des mécanismes favorisant la participation formelle des organisations non gouvernementales (ONG) à la prestation de services pour le compte de l'État afin de renforcer des plateformes communautaires de prestation de services et d'atteindre les groupes d'adolescents mal desservis. Voir l'Étude de cas A5.12 sur le dispositif Mother NGO (« ONG mère ») visant à fournir des services de santé reproductive et infantile dans les zones mal desservies, en Inde.
56. Étudier la possibilité de fournir des informations et des services destinés aux adolescents par les médias sociaux et numériques afin de proposer, par exemple, des interactions personnalisées confidentielles et anonymes, une assistance téléphonique, une messagerie texte pour l'éducation à la santé et les rappels de rendez-vous, la prescription en ligne et le paiement de médicaments. Voir par exemple l'Étude de cas A5.13 sur l'utilisation des jeux sur téléphone portable à des fins de sensibilisation au VIH/sida en Asie et en Afrique.

Sources : (18) (324).

5. Programmation nationale

5.5.1.4.

Données ventilées selon l'âge et le sexe dans les systèmes de gestion et d'information sanitaires

Les systèmes nationaux de gestion et d'information sanitaires recueillent rarement des données spécifiques aux adolescents. Même quand c'est le cas au niveau des établissements, les données sont souvent regroupées pour plusieurs tranches d'âge à mesure que l'on passe au niveau de l'établissement ou à celui du district ou au niveau national. Les données sur les adolescents ventilées selon l'âge et le sexe sont rares dans les pays qui en ont le plus besoin, c'est-à-dire ceux qui comptent des populations nombreuses d'adolescents, une charge de morbidité élevée chez les adolescents et des infrastructures relativement faibles. La présentation habituelle des données – par exemple pour les tranches d'âge 5-14 ans et 15-49 ans – a pour effet de ne pas

refléter la situation des adolescents. Il existe des faiblesses autres que la ventilation des données selon l'âge et le sexe. Les données concernant les jeunes adolescents (10-14 ans) proviennent généralement des systèmes de collecte de données scolaires avec un risque de biais en cas d'absentéisme ou d'abandon scolaire marqué. Les programmes devraient examiner tous les systèmes nationaux de collecte de données et trouver des moyens de refléter la situation des adolescents, y compris les jeunes adolescents et ceux qui ne sont pas ou ne sont plus scolarisés. Si possible, toutes les données devraient être ventilées selon le sexe et l'âge par tranches d'âge de cinq ans jusqu'à 25 ans.

Domaines clés pour la programmation (suite) : Systèmes de gestion et d'information sanitaires

57. Identifier les faiblesses spécifiques des systèmes nationaux de collecte de données et y remédier, y compris via un examen des sources et des mécanismes de collecte de données sur les indicateurs d'impact, de résultat, d'extrants, de processus et d'intrants (voir la Section 6).
58. Améliorer la capacité des offices nationaux et infranationaux de statistique à rendre compte régulièrement de la santé, du développement et du bien-être des adolescents, et à ventiler les données selon l'âge et le sexe. Au minimum, les données doivent être ventilées selon l'âge et le sexe et, dans la mesure du possible, d'autres critères pertinents doivent être inclus, comme le niveau d'instruction, le milieu rural ou urbain. Veiller à ce que cette information soit facilement accessible.
59. Mettre en œuvre des approches de suivi participatives pour inciter les adolescents eux-mêmes à élaborer des systèmes de suivi et d'évaluation afin de refléter leur perspective en tant qu'utilisateurs (qualité des services et mise en œuvre des politiques), et s'assurer qu'il existe des mécanismes permettant d'écouter les jeunes adolescents (10-14 ans).
60. Veiller à ce que les formulaires de collecte et de notification de données aux niveaux des établissements, des districts et des pays permettent de refléter la situation spécifique des adolescents (y compris des jeunes adolescents), l'utilisation des services selon la cause ainsi que la qualité des soins (voir l'Encadré 5.3).
61. Veiller à ce que les rapports établis au niveau national et à celui des districts s'intéressent aux adolescents (10-19 ans), y compris à l'utilisation des services selon la cause ainsi qu'à la qualité des soins.
62. Renforcer la capacité nationale à mener des enquêtes normalisées sur les comportements et déterminants sociaux spécifiques essentiels des adolescents et procéder à ce type d'enquête à intervalles réguliers. On peut citer comme exemples l'Enquête mondiale en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS), l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS) et l'Enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC). Veiller à ce que des systèmes de collecte de données soient disponibles pour les adolescents non scolarisés.
63. Renforcer la capacité nationale à mener des enquêtes normalisées pour suivre les ressources, les processus et les résultats dans le cadre des programmes nationaux de santé scolaire. On peut citer comme exemples la *School Health Policies and Practices Study*, ainsi que les enquêtes utilisant les outils de l'initiative FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health* : Concentrer les ressources sur une santé scolaire efficace). Mener ce type d'enquêtes à intervalles réguliers.
64. Améliorer la disponibilité de données et d'informations ventilées liées à la santé des adolescents pour faire ressortir les inégalités. Utiliser les données pour planifier des mesures correctives afin de remédier aux inégalités.
65. Renforcer la capacité de mener des études qualitatives pour comprendre les causes sous-jacentes des tendances observées (par exemple concernant les comportements liés à la santé ou l'utilisation des services).
66. Synthétiser et diffuser les bases factuelles en vue d'une intervention.

Sources : (300) (323).

Encadré 5.1. Ventilation selon l'âge et le sexe dans les rapports au niveau national

Un certain nombre de pays ont commencé à ventiler selon l'âge et le sexe les données de routine émanant des systèmes de gestion et d'information sanitaires. Il s'agit notamment de l'Argentine, d'El Salvador, de l'Indonésie, du Malawi, de la République de Moldova, de la République-Unie de Tanzanie et du Tadjikistan. Ces données désagrégées permettent d'obtenir une vue d'ensemble annuelle des adolescents qui utilisent les services et de leurs motivations. Elles sont plus à jour et leur collecte exige moins de ressources que les données des enquêtes auprès des ménages qui sont communiquées directement par ces derniers et généralement collectées tous les quatre ans, ou que les données recueillies en milieu scolaire, qui sont, elles aussi, moins fréquemment collectées. Les statistiques des établissements de santé peuvent largement contribuer au suivi et au renforcement de la fourniture de services aux adolescents. Cependant, comme les données provenant des établissements ne sont représentatives que des adolescents qui accèdent aux services, il convient de les interpréter avec prudence.

En Argentine, jusqu'en 2010, les informations disponibles sur la santé étaient fragmentées ou inexistantes. Les systèmes d'information ne considéraient pas l'adolescence comme une étape de la vie, et les données sur la santé des adolescents étaient enregistrées soit parmi celles relatives aux enfants soit parmi celles concernant les adultes, selon qu'ils avaient plus ou moins de 14 ans. Depuis 2010, le Département des statistiques et de l'informatique du Ministère de la santé publie un recueil de données statistiques sur l'état civil de la population adolescente : <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000872cnt-linea-base-adolescencia-2016.pdf>. Ce recueil présente des données sur les principales caractéristiques sociodémographiques de la population adolescente, les principales causes de mortalité et de morbidité, la couverture par les services de santé publique, les comportements en matière de santé et l'utilisation des services hospitaliers selon la cause.

Sources : (301) (325).



©Palash Khatri

5. Programmation nationale

5.5.2.

Programmes du secteur de la santé spécifiquement destinés aux adolescents

En influant sur le processus de planification stratégique et opérationnelle des secteurs, on peut obtenir des résultats durables à long terme. Cependant, il est peu probable que ces résultats soient immédiats, surtout en l'absence d'obligation de coordination de ces efforts au sein du ministère de la santé. Par conséquent, certains pays ont également jugé nécessaire d'établir des programmes nationaux spécifiques pour les adolescents.

De manière générale, ces programmes sont de trois types :

- Les programmes axés sur une seule thématique (comme les programmes de vaccination contre le papillomavirus humain ; voir l'Étude de cas A5.14 de l'annexe 5).
- Les programmes principalement axés sur une thématique, mais qui utilisent une approche large pour y répondre ; par exemple, améliorer la disponibilité de services adaptés aux adolescents pour la santé sexuelle et reproductive (voir l'Étude de cas A5.1 de l'annexe 5 sur le programme national de santé sexuelle et reproductive des adolescents au Népal).
- Des programmes axés sur de nombreuses thématiques de manière intégrée (voir l'Étude de cas 17). De nombreux pays ont mis en place ce type de programmes, notamment le Chili (voir l'Étude de cas A5.15 de l'annexe 5), le Costa Rica, la Hongrie, le Mexique, l'Ouzbékistan, les Philippines, le Portugal et l'Uruguay.

Pour soutenir les efforts, il est important que le programme soit institutionnalisé (Encadré 5.2).

Encadré 5.2. Caractéristiques d'un programme de santé des adolescents institutionnalisé

Un programme national de santé des adolescents est un ensemble complet de stratégies, d'activités et de services planifiés et séquentiels conçus pour atteindre des objectifs et des cibles bien définis. Les termes « projet », « initiative » et « programme » sont souvent utilisés de manière interchangeable. Lorsqu'ils portent leurs fruits, les projets et initiatives à petite échelle peuvent devenir des programmes nationaux (voir, par exemple, l'Étude de cas A5.1 sur le Népal, un pays qui est passé de projets isolés à un programme national de santé sexuelle et reproductive destiné aux adolescents). Dans ce document, nous mettons l'accent sur les programmes institutionnalisés de santé des adolescents.

Les programmes institutionnalisés présentent les points communs suivants :

- ils comprennent une déclaration de principes appuyant les efforts du programme ;
- ils figurent comme poste distinct dans un budget permanent de la santé ou de l'éducation ;
- ils occupent une place dans un organigramme ;
- ils disposent d'un personnel permanent affecté à des tâches spécifiques du programme (coordonnateurs nationaux, infranationaux ou locaux par exemple) ;
- ils comportent des descriptions prévoyant les fonctions de prévention et le niveau d'effort ;
- ils disposent d'établissements et d'équipements pour les activités du programme ; et
- ils constituent une « mémoire institutionnelle » pour les accords importants.

Le programme national pour la santé des adolescents en Argentine (Étude de cas 17), le programme des services de santé scolaire des États-Unis (Étude de cas A5.2) et les programmes de santé scolaire du Rwanda et du Portugal (Études de cas 18 et A5.3) présentent tous ces caractéristiques.

Source : (326).

Étude de cas 17

Programme national pour la santé des adolescents en Argentine

En Argentine, le Programme national pour la santé des adolescents (*Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia*, PNSIA) a été créé en 2007. Il est géré par une équipe interdisciplinaire de 15 personnes (13 agents techniques, y compris le coordonnateur national et deux employés administratifs) et les 24 administrations ont un coordonnateur à l'échelle de la province. En 2016, un conseil consultatif du programme a été établi et il est prévu de faire participer des organisations de jeunes à la gouvernance du programme.

Le budget du PNSIA provient du budget de la Direction nationale de la maternité, de l'enfance et de l'adolescence. En 2016, le budget du PNSIA représentait l'équivalent de US \$440 000. Il est consacré aux activités et n'inclut pas la rémunération du personnel.

Le PNSIA vise à atteindre les objectifs suivants :

- parvenir à la couverture sanitaire universelle grâce à l'accès à des services, des médicaments et des vaccins essentiels et de qualité ;
- promouvoir la santé des adolescents en encourageant des modes de vie sains, en soutenant la planification de projets de vie et en intégrant la perspective homme/femme dans le système de santé ;
- améliorer la santé à l'adolescence en réduisant la morbidité et la mortalité maternelles à l'adolescence, le nombre de grossesses précoces, la morbidité et la mortalité dues à des causes externes (accidents et blessures non intentionnelles, suicides et homicides) et la surconsommation d'alcool et d'autres substances.

Les stratégies de mise en œuvre du PNSIA consistent à faciliter la création de programmes provinciaux, à renforcer le système de gestion et d'information sanitaires et à améliorer la capacité des ressources humaines et la qualité des services de santé pour les adolescents, à instaurer des mécanismes de protection des adolescents contre les risques financiers et à veiller à ce que les adolescents participent à la conception et aux activités du programme.

En 2007, au moment de la création du programme, seulement cinq juridictions disposaient d'un programme sur la santé des adolescents au niveau des provinces. Compte tenu de la structure fédérale du système de santé en Argentine, l'une des principales priorités de la PNSIA était d'encourager les provinces à établir des programmes locaux pour contribuer à la réalisation des objectifs. À l'heure actuelle, 23 des 24 juridictions ont un programme et un coordonnateur au niveau provincial, qui forment le Réseau national pour la santé des adolescents. Pour renforcer ce réseau et renforcer les capacités du personnel, trois réunions annuelles sont organisées avec les coordonnateurs provinciaux. Lors de ces réunions, ils partagent leurs expériences et diffusent les bonnes pratiques, suivent des formations sur des thèmes sélectionnés en rapport avec la santé des adolescents, et adoptent des directives techniques et de gestion. Grâce à cet investissement dans les capacités des coordonnateurs provinciaux, ces derniers ont réussi à établir le programme de santé des adolescents dans les ministères provinciaux. Malgré les changements politiques dans les provinces, le réseau est demeuré relativement stable, car même lorsque les coordonnateurs provinciaux changent, les efforts se

poursuivent.

Dans toute l'Argentine, plus de 250 espaces adaptés aux adolescents ont été créés dans les établissements de santé aux niveaux des soins primaires et de l'orientation-recours. Ils sont répartis dans différents endroits à travers le pays. Les possibilités de formation en cours d'emploi en matière de soins de santé pour les adolescents ont été étendues aux niveaux national et provincial, notamment grâce à l'enseignement à distance. Enfin, la formation en santé des adolescents a été intégrée aux cours de formation en résidence des pédiatres et des médecins généralistes.

Parmi les principales réalisations du PNSIA figurent l'amélioration du système de gestion et d'information sanitaires pour tenir compte de la population adolescente (voir l'Encadré 5.1), et la protection des adolescents contre les risques financiers. En 2012, le Ministère national de la santé de l'Argentine a intégré le PNSIA au plan SUMAR.

Le plan SUMAR finance un ensemble de services de santé essentiels :

- bilan de santé général et orientation vers des spécialistes ;
- services gynécologiques (y compris pose et de retrait de DIU) ;
- bilan dentaire et ophtalmologique ;
- suivi en cas de troubles nutritionnels et d'asthme ;
- test et diagnostic de grossesse confidentiels ;
- vaccination contre l'hépatite B, le papillomavirus humain et la grippe (pour les adolescents présentant des facteurs de risque) et pour toutes les affections listées dans le programme national de vaccination ;
- conseils en matière de santé sexuelle ;
- consultations en santé mentale ;
- prise en charge en urgence des personnes ayant fait une tentative de suicide et des victimes de violences sexuelles ;
- ateliers de promotion de la santé pour les adolescents, organisés dans différents contextes.

Le plan SUMAR contribue substantiellement à l'amélioration de la couverture sanitaire réelle des adolescents. Au début de 2017, près de 3 millions d'adolescents bénéficiaient d'une couverture santé efficace entièrement publique. En 2014, 958 648 adolescents ont bénéficié d'au moins un bilan de santé conforme aux exigences nationales en matière de qualité, et 840 828 en 2015.

Ces deux programmes nationaux sont également pleinement intégrés à d'autres politiques sociales, telles que le Programme national de lutte contre les maladies à prévention vaccinale, le Programme national pour la santé sexuelle et la procréation responsable et l'Allocation universelle pour enfants. Ce dernier revêt la forme de transferts monétaires sous conditions (assiduité scolaire, visite médicale ou vaccination) aux familles qui sont au chômage et dont les enfants ont moins de 18 ans.

5. Programmation nationale

Comme indiqué à la Section 5.1, les programmes du secteur de la santé qui portent leurs fruits sont rarement mis en œuvre sans la contribution d'autres secteurs. Ainsi, en Argentine, le PNSIA est certes dirigé par le ministère de la santé (Étude de cas 17), mais les activités sont mises en œuvre en collaboration avec les secteurs

de l'éducation, de la justice et du bien-être social. Les domaines clés pour la programmation 4-68 devraient servir de base à des actions visant à établir ou à renforcer les programmes existants en matière de santé des adolescents.

5.6.

Programmation avec d'autres secteurs pour améliorer les déterminants plus larges de la santé

5.6.1.

La programmation en faveur de la santé de l'adolescent dans toutes les politiques

Tout comme le secteur de la santé, tous les secteurs doivent se préoccuper de manière systématique des besoins spécifiques des adolescents dans tous les aspects de leur action. C'est ce que l'on appelle l'approche de « la santé de l'adolescent dans toutes les politiques » (Encadré 5.3).

Encadré 5.3. La santé des adolescents dans toutes les politiques

La santé des adolescents dans toutes les politiques est une approche intersectorielle qui consiste à tenir compte des effets des décisions sur la santé des adolescents, en évitant les effets préjudiciables et en recherchant les synergies – afin d'améliorer la santé des adolescents et l'équité en santé (292) (327). Il s'agit d'une stratégie qui facilite la formulation de politiques répondant aux besoins des adolescents dans tous les secteurs, et pas uniquement dans celui de la santé (328). La planification

stratégique et opérationnelle dans des secteurs clés – tels que l'éducation, la famille et les affaires sociales, les loisirs et les sports, les transports, l'alimentation et l'agriculture – devrait faire intervenir des experts du secteur de la santé. Une telle planification devrait viser à garantir que les politiques pour chaque secteur sont formulées et mises en œuvre en accordant l'attention voulue à l'inclusion de politiques et d'interventions fondées sur des données probantes qui amélioreront la santé des adolescents.

Dans le cadre de cette approche, même si la responsabilité de la mise en œuvre incombe à d'autres secteurs, le secteur de la santé a un rôle important à jouer pour sensibiliser, mobiliser et fournir un soutien technique aux autres secteurs (voir les domaines clés pour la programmation 69-71). Il devrait chercher activement des occasions d'influencer la planification stratégique et opérationnelle de routine des secteurs clés (292). Par exemple, le secteur de l'éducation peut utiliser la planification stratégique pour ajuster les investissements en fonction de l'évolution des marchés du travail et de la demande sociale d'éducation (329), ce qui permet au secteur de la santé d'intervenir afin de s'assurer que les nouvelles

politiques éducatives tiennent compte des conséquences sur la santé des adolescents. Une structure de gouvernance et des mécanismes de coordination devraient donc être mis en place (voir les domaines clés pour la programmation 1 et 2) afin de faciliter cette intervention (295) (331).

De nombreux aspects pratiques de la planification et de la gestion d'un programme intersectoriel décrits à la Section 5.6.2.1 (Encadré 5.4) s'appliquent également à la collaboration entre les secteurs de la santé et d'autres secteurs dans le cadre de cette approche.

Domaines clés pour la programmation (suite) :

La santé des adolescents dans toutes les politiques : le secteur de la santé

67. Créer des plateformes permettant au ministère de la santé de participer aux cycles de planification d'autres secteurs afin d'élaborer les plans à long, moyen et court termes des différents secteurs en tenant compte des besoins en santé des adolescents (voir le domaine clé pour la programmation 2c). Il faudrait que ce soit réciproque, de sorte que d'autres secteurs concernés participent également à l'élaboration de plans de santé.
68. Appuyer cette approche en mettant en œuvre des activités conjointes à tous les stades de la planification stratégique d'autres secteurs, y compris lors de l'évaluation de la situation et des besoins, la formulation des politiques, la préparation des plans et l'évaluation des politiques clés. Voir l'Étude de cas A5.16 sur le modèle de Cardiff pour l'utilisation stratégique de l'information du secteur de la santé afin d'améliorer les services de maintien de l'ordre. En particulier, le secteur de la santé peut :
 - a. Travailler avec les législateurs pour s'assurer que les lois et les politiques recommandées à la Section 3 (âge minimum pour l'achat ou la consommation de boissons alcoolisées, réglementation de la commercialisation des produits nocifs pour la santé, etc.) sont adoptées et mises en œuvre.
 - b. Utiliser des outils et des processus tels que l'évaluation de l'impact sur la santé (332) pour identifier l'impact des politiques d'un secteur, y compris les conséquences inattendues potentielles, sur la santé des adolescents et l'équité. Communiquer ces informations à toutes les personnes concernées et au public, et aider le secteur en question à concevoir des interventions pour les résoudre. Mettre en évidence les conséquences potentielles de l'inaction sur la santé des adolescents.
 - c. Aider le secteur à effectuer des évaluations fondées sur les besoins pour les adolescents, y compris celles liées aux changements de style de vie, à la consommation des aliments et à d'autres déterminants de la santé en rapport avec la mission du secteur.
 - d. Travailler avec le ministère concerné pour élaborer des politiques, des lignes directrices, des normes et des recommandations fondées sur des données probantes dans les domaines en rapport avec la mission du secteur et ayant un impact direct sur la santé des adolescents. Au besoin, veiller à ce que la prestation de services intégrés entre les secteurs soit planifiée et mise en œuvre (par exemple, soutien aux étudiants atteints de maladies chroniques dans les établissements d'enseignement).
 - e. Soutenir des actions visant à veiller à ce que le personnel de santé publique dispose des compétences voulues pour répondre aux besoins des adolescents dans des secteurs clés (par exemple l'éducation ou la justice pénale), y compris des formations et un appui pour faire face aux évolutions de la situation.
 - f. Mobiliser des partenariats régionaux et locaux pour identifier et traiter les problèmes de santé publique qui ont des implications pour l'action dans d'autres secteurs, par exemple renforcer le regroupement de professionnels, par exemple ceux travaillant dans les domaines de la santé publique, de l'environnement, de la nutrition, de l'épidémiologie des maladies chroniques et des sciences sociales et comportementales, afin qu'ils élaborent ensemble des politiques de santé et des actions de sensibilisation.

5. Programmation nationale

Domaines clés pour la programmation (suite) :

Le secteur de l'éducation (19) (310) (326) (333) (334).

69. Améliorer les installations du système éducatif et réduire l'exposition aux risques environnementaux en veillant à respecter les normes minimales pour la conception des installations (matériaux de construction sains et sûrs, abri, protection contre la chaleur ou le froid, éclairage, accès à une énergie propre, aération, installations sanitaires) et accès à l'assainissement et à l'eau potable.
70. Assurer des conditions adéquates pour la gestion de l'hygiène menstruelle, telles que des toilettes privées et fermées à clé, avec de l'eau et du savon pour se laver, ainsi qu'un espace privé en plein air pour faire sécher les serviettes hygiéniques et/ou une poubelle fermée ou un incinérateur pour les serviettes jetables usagées.
71. Contribuer à l'éducation des enseignants en matière de santé des adolescents grâce à diverses opportunités de formation initiale et continue. Voir l'Étude de cas A5.17 sur le programme HeadStrong qui améliore les connaissances des enseignants sur la santé mentale et réduit la stigmatisation.
72. S'engager dans des programmes visant à améliorer l'accès à la santé et à l'éducation, par exemple via des transferts monétaires conditionnels et inconditionnels.
73. Soutenir les politiques visant à améliorer l'accès des filles à l'école, par exemple en adoptant une stratégie intégrée qui s'attaque aux barrières culturelles et sexospécifiques ayant un impact sur l'éducation des filles, redéployer les enseignants dans les zones reculées où les inégalités d'accès entre garçons et filles sont les plus fortes et augmenter le nombre d'enseignantes.
74. Assurer l'éducation des enfants marginalisés et collaborer avec les professionnels de la santé à la conception et à la mise en œuvre d'activités éducatives.
75. Répondre aux besoins des élèves atteints de maladies chroniques et de handicaps, en adaptant les bâtiments et les salles de classe à leurs besoins particuliers, en créant des environnements inclusifs et favorables à l'apprentissage et en renforçant les liens avec les services de santé, pour un diagnostic et des interventions précoces.
76. Collaborer avec les autorités locales pour mettre en place des programmes de repas scolaires équilibrés (voir l'Étude de cas A 3.2 sur le programme national instauré par la Suède pour distribuer des repas scolaires à tous les élèves).
77. Élaborer des programmes scolaires qui promeuvent les connaissances en santé ; lutter contre le harcèlement homophobe, la stigmatisation liée au VIH et la violence à l'égard des femmes ; et intégrer une éducation complète sur la sexualité et les compétences psychosociales. Promouvoir des approches de développement positives pour améliorer l'estime de soi par des interventions dans le domaine de l'apprentissage, la gouvernance participative et une participation plus large de la communauté.
78. Planifier et mettre en œuvre une réponse globale du secteur de l'éducation aux grossesses précoces et non désirées, afin d'aider les adolescentes enceintes et les adolescents qui deviennent parents à poursuivre ou à reprendre leurs études. Il s'agit d'interventions au niveau des programmes scolaires, de l'éradication des politiques et des pratiques qui entraînent l'expulsion ou l'exclusion des filles enceintes et des mères adolescentes ; de promouvoir un environnement scolaire sûr, exempt de violence sexiste, de stigmatisation, de discrimination et de harcèlement à l'encontre des adolescentes enceintes et des mères adolescentes ; d'aider les mères adolescentes en leur donnant des conseils ou des cours sur la parentalité, en leur permettant d'accéder à des espaces pour allaiter leur enfant et en leur apportant un soutien psychologique ; travailler avec les enseignants et les directeurs d'école afin d'apporter une aide aux filles enceintes et aux mères adolescentes ; et faciliter et promouvoir des liens réels entre les écoles et les services de santé adaptés aux adolescents, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé.
79. Planifier et mettre en œuvre une réponse globale du secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives. La publication *Education Sector Responses to the Use of Alcohol, Tobacco and Drugs* (326) présente des politiques et des pratiques probantes et prometteuses, y compris des exemples pratiques issus de différentes régions, sur les réponses apportées par le secteur de l'éducation à la consommation de substances psychoactives.
80. Mettre en place des « écoles élargies » pour améliorer les conditions sociales et familiales afin de favoriser la réussite scolaire en proposant différents services sociaux et d'appui aux élèves, aux familles et aux communautés. Cela peut passer par :
 - a. une collaboration avec les autorités sanitaires et d'autres organismes sociaux, afin de proposer des services de santé, des conseils aux familles et une formation aux parents ;
 - b. des visites à la famille ou une formation en milieu scolaire, afin de discuter de problèmes de santé, pouvant porter sur le sommeil, l'alimentation et le comportement,
 - c. des activités de sensibilisation conjointes avec le secteur de la santé, afin d'améliorer les connaissances en santé et les compétences parentales.
81. Surveiller la qualité de la mise en œuvre des programmes de promotion de la santé dans les écoles, en utilisant les outils et les ressources disponibles (voir l'Encadré A3.1.2 pour la liste des ressources).
82. Déployer des politiques pour assurer une approche de l'éducation tout au long de la vie en reconnaissant l'importance des interventions de développement de la petite enfance, de sorte à améliorer la santé et l'équité en santé à long terme.

Domaines clés pour la programmation (suite) :

Le secteur de la protection sociale (335).

83. Mettre en œuvre des programmes de transferts monétaires conditionnels et inconditionnels qui incitent à renforcer les comportements de promotion de la santé (comme la nutrition, l'assiduité scolaire, les visites médicales et les vaccinations). Concevoir des interventions axées sur la demande pour accroître l'accès des adolescents aux services de santé, ce qui peut inclure le remboursement des paiements par l'usager et des frais de transport pour les adolescents.
84. Augmenter la transférabilité des prestations sociales afin que la couverture sanitaire réponde mieux aux besoins de populations de plus en plus mobiles d'adolescents plus âgés et de jeunes adultes, qui peuvent également changer d'employeur plus souvent.
85. Adapter les interventions en matière de santé et de nutrition aux besoins de développement des adolescents à divers âges, par exemple veiller à ce que les transferts en nature destinés à améliorer la nutrition tiennent compte de l'apport calorique recommandé pour les garçons et les filles.
86. Contribuer à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation de politiques actives du travail destinées aux jeunes, afin que les jeunes chômeurs puissent se recycler et chercher un emploi, ainsi que des programmes de sécurité du revenu destinés à protéger les jeunes adultes contre le chômage.
87. En collaboration avec le secteur de l'éducation, mettre en œuvre des programmes pour aider les adolescents, qui en raison de leur situation familiale sont obligés de travailler, à retourner à l'école.
88. S'engager dans des partenariats public-privé pour lutter contre le travail des enfants dans les pays où un grand nombre d'enfants travaillent (par exemple dans l'agriculture), en renforçant la coordination avec les comités nationaux du travail des enfants et en appuyant le développement et l'extension de systèmes de surveillance communautaires.

Télécommunications (22) (336).

89. Travailler avec le législateur pour s'assurer que tous les pouvoirs juridiques nécessaires existent afin de permettre aux forces de l'ordre et aux autres entités concernées de protéger les moins de 18 ans en ligne sur toutes les plateformes connectées à Internet.
90. Travailler avec toutes les parties prenantes intéressées par la sécurité des enfants en ligne à la formulation d'une stratégie nationale pour la protection des enfants en ligne. Voir le Tableau A3.3 pour les domaines clés à prendre en compte lors de l'élaboration d'une stratégie nationale pour la protection des enfants en ligne (22).
91. Veiller à ce que les entreprises qui développent, fournissent ou utilisent les télécommunications ou des activités connexes pour la livraison de leurs produits et services respectent les lignes directrices recommandées pour ce secteur (336).
Elles devraient prendre les mesures appropriées pour intégrer les considérations relatives aux droits de l'enfant dans toutes les politiques d'entreprise et processus de gestion appropriés ; élaborer des processus normalisés pour traiter les supports attestant d'abus sexuels sur des enfants ; créer un environnement en ligne sûr et adapté à l'âge ; éduquer les enfants, les parents et les enseignants à la sécurité des enfants et à une utilisation responsable des technologies de l'information et de la communication ; et promouvoir la technologie numérique pour renforcer l'engagement civique.

5. Programmation nationale

Domaines clés pour la programmation (suite) :

Le secteur de la route et des transports ⁽³³⁷⁾.

92. Veiller au respect de la loi sur l'utilisation des casques de moto et des ceintures de sécurité.
93. Mettre en œuvre des programmes de permis de conduire progressif pour les jeunes conducteurs.
94. Mettre en œuvre des mesures de contrôle de l'alcoolémie adaptées à l'âge.
95. Promouvoir le transport actif (par exemple des voies piétonnes et des pistes cyclables) entre les zones résidentielles et les établissements scolaires.
96. Encourager la mise en place de mesures de sécurité routière spéciales à proximité des écoles et des aires de jeux. Identifier les possibilités de modération du trafic et augmenter le nombre de ralentisseurs à proximité des écoles et des aires de jeu, afin de réduire la vitesse et d'améliorer l'environnement pour les piétons et les cyclistes.
97. Veiller à ce que le coût du transport n'empêche pas les adolescents d'accéder aux écoles, aux services sociaux et aux services de santé.
98. Réduire les impacts négatifs sur la santé de l'expansion des infrastructures routières, qui risquent de limiter les aires de jeux et les terrains de sport que les adolescents peuvent fréquenter en toute sécurité. Collaborer avec le secteur de la santé pour réaliser une évaluation des conséquences potentielles des projets d'infrastructure sur la santé, et anticiper, prévenir ou atténuer leur impact négatif sur les adolescents. Soutenir et faciliter les consultations communautaires afin d'évaluer les besoins des adolescents, en particulier lorsqu'ils appartiennent à des groupes vulnérables ou exclus (par exemple les adolescents à mobilité réduite).

Le secteur du logement et de l'aménagement urbain ⁽³³⁸⁾.

99. Veiller à ce que les plans directeurs d'urbanisme tiennent compte, lors de leur élaboration, des besoins des adolescents (par exemple aires de jeu ou pistes cyclables sécurisées) au niveau de la configuration des bâtiments, de la circulation, des infrastructures publiques et de l'utilisation des terres. Permettre aux adolescents de participer à l'élaboration de ces plans directeurs.
100. Augmenter les espaces verts autour des écoles pour fournir de l'ombre et améliorer la qualité de l'air.
101. Prévenir la délinquance grâce à l'aménagement de l'environnement en planifiant les environnements physiques de manière à favoriser l'ouverture et l'interaction sociale. Mettre en œuvre des initiatives visant à prévenir la dégradation physique urbaine, car elle peut encourager la petite délinquance et l'abandon des espaces publics (voir l'Étude de cas A5.7 sur Medellín, en Colombie, où la mise à disposition de transports publics inclusifs pour les citoyens pauvres a contribué à une réduction de la violence chez les jeunes).
102. En cas d'expulsions forcées, évaluer l'impact négatif sur les adolescents et veiller à ce que les plans de réinstallation prennent en compte les droits des adolescents à l'éducation et à la pratique d'activités récréatives en toute sécurité.

Domaines clés pour la programmation (suite) :

Le secteur de l'énergie (114) (339).

- 103. Assurer l'accès à une énergie fiable et propre (c'est-à-dire non polluante) dans les maisons, les écoles et les établissements de santé.
- 104. Appuyer les initiatives visant à rendre les transports publics économes en énergie et à créer des itinéraires cyclables et piétonniers.
- 105. Appuyer ou préconiser des mesures visant à lutter contre la pauvreté énergétique chez les femmes et les filles, notamment par la fourniture de carburants propres et sûrs aux ménages à faible revenu afin qu'ils puissent cuisiner, se chauffer et s'éclairer. Diffuser des informations sur l'installation, la gestion et l'entretien en toute sécurité de fourneaux améliorés.

Le secteur de l'environnement (114).

- 106. Promouvoir des programmes d'étiquetage écologique indiquant que la fabrication du produit répond à des normes environnementales reconnues, et encourager les initiatives visant à renforcer les connaissances des adolescents en matière d'éco-étiquetage.
- 107. Collaborer avec les ministères de la santé et de l'éducation pour encourager des modes de vie durables (par exemple, un changement de mode de vie afin de réduire les émissions individuelles de gaz à effet de serre).
- 108. Contribuer à l'identification des sources de pollution et demander aux autorités de planification urbaine d'implanter les lieux de résidence, les établissements d'enseignement et les hôpitaux loin des routes qui sont fortement polluées du fait de la circulation.
- 109. Formuler des stratégies visant à prévenir la mauvaise santé et les maladies causées tout au long de la vie par des produits chimiques, et notamment à protéger spécifiquement la santé des enfants et des adolescents.
- 110. Appliquer des mesures de gestion de l'environnement aux ressources hydriques dans les zones où la schistosomiase est endémique, afin de protéger les adolescents vulnérables (enfants et adolescents qui se baignent dans une eau contaminée).
- 111. Fournir aux consommateurs des informations sur les risques environnementaux les plus préoccupants pour le pays ou la région en question.

5. Programmation nationale

Domaines clés pour la programmation (suite) :

Le système de justice pénale (340) (342).

112. Donner des conseils et une formation aux agents de police en première ligne sur la façon de reconnaître les différentes formes de violence à l'encontre des adolescents et d'identifier les signes indiquant que des adolescents pourraient être exposés à des violences ou en être victimes.
113. Mettre en place des mécanismes de détection et de signalement afin de détecter les actes de violence à l'encontre d'enfants et d'adolescents, y compris en instaurant une obligation légale pour certaines catégories de professionnels qui sont régulièrement en contact avec eux (médecins, infirmiers et enseignants) d'informer les autorités lorsqu'ils soupçonnent qu'un enfant est, ou risque d'être, victime de violences.
114. Adopter une législation pour faciliter la détection et le travail d'enquête sur les cas de pédopornographie.
115. Mettre à disposition des installations et des services pour les enfants victimes qui ont besoin d'une protection et de soins temporaires dans un endroit sûr en attendant une décision sur ce qui est dans leur meilleur intérêt.
116. Lorsque les adolescents victimes de violences doivent participer au processus de justice pénale, mettre en place des mesures pour veiller à ce que cela ne se traduise pas pour eux par des difficultés supplémentaires et un traumatisme.
117. Promouvoir la réadaptation physique et psychologique des victimes et leur réinsertion sociale en créant une unité spécialisée multidisciplinaire intégrée, afin de favoriser la coordination et la coopération entre le système de justice pénale et les secteurs de la protection de l'enfance, de la santé, de l'éducation et des services sociaux, leur permettant de répondre rapidement et avec compétence aux besoins médicaux, psychologiques, sociaux et juridiques des adolescents, tout en protégeant la vie privée des adolescents victimes de violences.
118. Mettre à disposition une formation, des politiques opérationnelles, des outils d'orientation et une supervision efficace pour que toute enquête (y compris la collecte de preuves) soit menée de manière adaptée aux adolescents et dans le respect de leur dignité et de leur intégrité.
119. Mettre en œuvre des procédures adaptées aux adolescents, par exemple, en utilisant des salles d'entrevue prévues pour eux ; en fournissant, en un même lieu, des services interdisciplinaires pour les enfants victimes ; en modifiant l'environnement des cours de justice pour tenir compte des enfants témoins ; en ménageant des pauses pendant le témoignage de l'enfant ; en tenant les audiences à des heures raisonnables pour l'enfant eu égard à son âge et à son degré de maturité ; en utilisant un système de notification approprié pour que l'enfant n'ait à se présenter devant le tribunal que lorsque cela est nécessaire ; et en prenant d'autres mesures appropriées pour faciliter le témoignage de l'enfant.
120. Agir pour que la privation de liberté ne soit qu'une mesure de dernier ressort et d'une durée aussi brève que possible, et que d'autres peines soient possibles : ordonnance de soins, orientation et surveillance ; soutien psychologique ; probation ; placement en famille d'accueil ; programmes d'éducation et de formation professionnelle ; et autres solutions alternatives aux soins institutionnels.
121. Mettre en œuvre pour les professionnels de la justice pénale une formation axée sur les compétences concernant les moyens appropriés, adaptés aux adolescents et attentifs aux différences entre les sexes, pour s'occuper des enfants victimes.
122. Mettre en œuvre des mesures pour prévenir et lutter contre la violence à l'encontre des enfants dans les lieux de détention : prévention de la surpopulation ; séparation des enfants d'avec les adultes, des garçons d'avec les filles ; et veiller à ce que tous les centres de détention adoptent et mettent en œuvre des politiques, des procédures et des pratiques adaptées aux enfants et en surveillent strictement le respect.
123. Interdire et prévenir efficacement le recours aux châtiments corporels en tant que mesure disciplinaire, et adopter des politiques et des procédures disciplinaires claires et transparentes qui encouragent l'utilisation de formes de discipline positives et éducatives.
124. Mettre en œuvre des mesures visant à éliminer le risque de toutes formes de harcèlement, de violence et de discrimination à l'égard des filles dans les centres de détention, et veiller à ce que les besoins spéciaux et les vulnérabilités des filles soient pris en compte dans toutes les décisions les concernant.
125. Établir au sein du système de justice des mécanismes de recours sûrs, confidentiels, efficaces et facilement accessibles pour les enfants victimes de violence.
126. Employer des professionnels de la santé compétents, sensibles aux problématiques particulières des adolescents, dans les prisons où sont détenus des femmes ou des jeunes.
127. Rendre disponibles des programmes de traitement pour les délinquants juvéniles dans le système de justice pénale, y compris des interventions telles que le soutien psychologique et une formation professionnelle (y compris par des approches cognitivo-comportementales).

Sources : (11) (45) (106) (300) (301) (310) (311) (332) (333) (335) (337) (338) (339) (340) (342) (343).

5.6.2.

Programmes intersectoriels

Selon Patton et al., ce sont les actions intersectorielles, multiniveaux et multicomposantes qui permettent d'obtenir les résultats les plus impressionnants en matière de santé et de bien-être des adolescents (55). Contrairement aux programmes monosectoriels, les actions intersectorielles requièrent des politiques publiques faisant intervenir deux ministères ou plus, qui jouent des rôles différents dans un but commun. Ces collaborations ne se bornent pas à la simple participation d'autres secteurs à la mise en œuvre d'un programme par l'échange d'informations, la coordination ou la coopération. Les programmes

intersectoriels requièrent une action intégrée entre les secteurs, et nécessitent de définir une nouvelle politique ou un nouveau programme avec d'autres secteurs, ainsi que de partager des ressources, des responsabilités et des actions. Pour atteindre un objectif social commun, plutôt que des objectifs sectoriels particuliers, solidarité et partage des pouvoirs sont indispensables (106). Comme dans d'autres domaines, les programmes intersectoriels en faveur de la santé des adolescents ne sont pas faciles à mettre en œuvre. Pour être efficaces, ils doivent inclure les autorités nationales mais, surtout, locales. Pour ce faire, les mécanismes de gouvernance solides décrits dans les domaines clés pour la programmation 1 et 2 sont nécessaires à la coordination des efforts entre les secteurs et les ministères.

5.6.2.1.

Considérations pratiques pour la planification et la gestion d'une action intersectorielle

Les problèmes appelant une action intersectorielle sont généralement les plus complexes (par exemple les grossesses d'adolescentes, la violence, les traumatismes et le suicide des jeunes). Dans bien des endroits, l'idée de pouvoir prévenir de tels problèmes semblera nouvelle. Les bases humaines et

institutionnelles nécessaires pour une action intersectorielle doivent donc être mises en place avant d'établir un programme intersectoriel en bonne et due forme (176). Il est possible de le faire de manière systématique (Encadré 5.4).

Encadré 5.4. Considérations pratiques pour la planification et la gestion d'un programme intersectoriel

Faire prendre conscience de l'étendue du problème et de la possibilité d'une action préventive. Comme les ministères de la santé, aux niveaux national et local, produisent une grande partie des données disponibles sur des sujets tels que la violence juvénile, l'automutilation, les grossesses adolescentes et la dénutrition, et supervisent le traitement d'une proportion importante de victimes, ils sont bien placés pour prôner un regain d'attention sur ces questions. La sensibilisation doit généralement se faire à trois niveaux : au sein des équipes de gestion du ministère de la santé et des districts ; dans les autres secteurs ; et auprès du public. Voir l'exemple du Brésil sur la manière dont les données du Ministère de la santé sur une augmentation spectaculaire de la mortalité due aux accidents de la route ont conduit à une modification de la législation (Étude de cas A3.6).

Clarifier le cadre directeur qui prévoit ou autorise une intervention intersectorielle dans le cas d'espèce. Repérer les documents politiques, tels que les stratégies et les plans d'action nationaux, qui attestent de la nécessité d'une action intersectorielle conjointe pour le problème en question ou qui sont importants pour assurer une planification, une coordination et une mise en œuvre efficaces de l'action intersectorielle.

Investir dans la consultation avec différents secteurs et pour dégager une vision commune aux principales parties prenantes. Identifier les points focaux, dans d'autres secteurs, pour le(s) problème(s) en question et organiser une ou plusieurs réunions informelles avec d'autres secteurs clés. Partager des informations sur votre travail et vos objectifs actuels, identifier des intérêts communs et établir un mécanisme d'échange d'informations régulier.

Être conscient des obstacles fréquents à une action intersectorielle et prendre à l'avance des mesures pour les surmonter. La collaboration avec d'autres secteurs pose des problèmes de communication spécifiques, qui ont notamment trait au manque de compréhension des agendas politiques et des impératifs administratifs d'autres secteurs, ou des différences dans le discours entre les secteurs dans la définition des priorités et des objectifs. Des barrières structurelles existent également. Par exemple, les allocations budgétaires au sein de chaque secteur pourraient être difficiles à aligner sur les lignes budgétaires nécessaires à l'action intersectorielle. Pour être efficace, l'action intersectorielle doit anticiper ces obstacles (voir l'Encadré A5.2 qui présente une liste de contrôle des obstacles comportementaux et structurels à l'action intersectorielle) et planifier des mesures correctives. L'Encadré A5.3 décrit les défis particuliers auxquels sont confrontés les programmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

5. Programmation nationale

Encadré 5.4. Considérations pratiques pour la planification et la gestion d'un programme intersectoriel (suite)

Établir un partenariat officiel avec une structure de gouvernance claire et un mandat donné au plus haut niveau assurant une bonne représentation des adolescents et de la communauté (voir l'Étude de cas A5.18 sur la gouvernance de la stratégie concernant les grossesses précoces et les parents adolescents en Écosse). Nommer un chef de file national doté d'un mandat émanant du plus haut niveau de l'État, qui sera responsable de l'exécution globale du programme et devra travailler avec les organisations locales et nationales. Élaborer en concertation le mandat du responsable national et de chaque agence concernée. Les organisations et les personnes parties à un partenariat doivent disposer à la fois de l'autorité et de la flexibilité nécessaires pour prendre part à une prise de décisions mutuelle. Il faut de la clarté sur les partenaires et les parties prenantes (qui, combien, quels rôles et responsabilités) et sur la nécessité d'une participation et d'un engagement sans faille.

Envisager de faire appel à un groupe consultatif indépendant. Sur la base des rapports d'activité annuels, celui-ci procédera à un examen indépendant des progrès réalisés et mettra en évidence les problèmes potentiellement négligés, à l'attention des secteurs concernés.

Consentir des investissements précoces dans la capacité institutionnelle. Un programme bien conçu permet d'atteindre un large éventail de professionnels de la santé, d'administrateurs de programmes et de décideurs, et de renforcer leurs compétences, pour les aider à élaborer des plans locaux, à dispenser des services et à entreprendre des recherches. Il procure des matériels et des manuels d'orientation pour appuyer la mise en œuvre au plan local et permettre une application fidèle. Les principaux domaines dans lesquels ce type de ressources pourraient être nécessaires sont la participation de la communauté et des jeunes, la planification à l'échelon du district, la collaboration transverse des disciplines et des secteurs de l'administration publique, les partenariats publics, de recherche et pratiques, les indicateurs et mesures de base et les problèmes de santé spécifiques. Ce type de programme collabore avec les principaux centres et institutions de recherche nationaux et utilise leurs ressources pour développer des interventions et mener

des recherches sur la mise en œuvre. Il renforce également la capacité de base d'autres programmes axés sur la santé et le développement des adolescents (par exemple, les programmes nationaux de santé mentale et les programmes de lutte contre le VIH).

Assurer un financement suffisant. Un financement discrétionnaire pour les activités nationales, infranationales et locales devrait être disponible et maintenu sur toute la durée du programme. Les financements devraient être alloués à l'échelon local par le biais de subventions de mise en œuvre et de contrats assortis de conditions, telles que la nomination de coordonnateurs locaux ou l'élaboration de plans locaux (voir l'Étude de cas 14 et l'Étude de cas A5.2 sur les États-Unis, qui explique que, pour obtenir un financement public, il faut soumettre un plan de services locaux élaboré par le district et dûment approuvé).

Créer un mécanisme d'examen. Ce dernier doit s'appuyer sur la collecte systématique de données grâce au système d'information, et faciliter l'ajustement de l'action des secteurs concernés, le cas échéant, à intervalles réguliers. Apporter un soutien continu à la surveillance permanente, à l'amélioration continue de la qualité et à une évaluation rigoureuse des interventions et des politiques.

Planifier dès le début une action durable et à long terme. C'est nécessaire si le programme a été conçu comme un projet local qu'il faudra étendre ensuite au niveau infranational ou national. Le guide de l'OMS *Avoir le but* à l'esprit dès le début : la planification des projets pilotes et d'autres recherches programmatiques pour un passage à échelle réussie (345) contient 12 recommandations pour l'élaboration de projets pilotes en vue d'un déploiement à plus grande échelle. L'Étude de cas A5.19 sur le Mozambique montre comment une initiative lancée sur deux sites en 1999 a été conçue dès le départ pour être étendue et, en dix ans, a réussi à couvrir toutes les provinces du pays. Les leçons tirées de la première génération de programmes élargis de santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les pays à revenu faible ou intermédiaire rappellent l'importance d'une planification et d'une gestion prudentes du processus de mise en œuvre des programmes à grande échelle (Encadré A5.3).

Sources : (176) (301) (326) (345).

5.6.2.2.

Priorités pour les programmes intersectoriels

Les priorités pour les programmes intersectoriels seront établies au cours du processus de définition des priorités nationales, tel que décrit à la Section 4. Elles peuvent être axées sur une seule question ou un seul sujet de préoccupation, comme la grossesse chez les adolescentes (Étude de cas 14) ou la santé sexuelle et reproductive des adolescents (Étude de cas A5.19 à l'annexe 5), ou couvrir un éventail plus large de sujets. Dans ce deuxième cas, il peut par exemple s'agir d'un programme de santé scolaire (Étude de cas A5.2 à l'annexe 5) ou d'un programme d'écoles de promotion de la santé (Étude de cas 18 sur le Rwanda et Étude de cas A5.3 à l'annexe 5). Il n'entre pas dans le cadre de ce document d'essayer de dresser une liste exhaustive des programmes intersectoriels pour la santé des adolescents. En règle générale, les programmes intersectoriels ont pour priorité de s'attaquer aux déterminants structurels et intermédiaires de la santé, ce qu'un seul secteur ne pourrait pas faire de manière satisfaisante (331). Les programmes intersectoriels pourraient s'intéresser en priorité à des domaines tels que la santé mentale et la consommation de substances psychoactives, la violence des jeunes, la prévention des maladies non transmissibles et le mariage précoce. Cependant, cette liste n'est pas exclusive et d'autres priorités pourraient être identifiées au cours du processus de définition des priorités nationales.

Avec l'augmentation du taux d'inscription dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire, les écoles deviennent un cadre très important pour agir sur des déterminants de santé plus larges, ainsi qu'une plateforme pratique pour assurer une couverture sanitaire universelle avec des interventions de prévention, d'appui précoce et de prise en charge. C'est peut-être la raison pour laquelle les programmes de santé scolaire sont très répandus dans de nombreux pays.

Les programmes de santé scolaire sont la forme la plus courante de programmes intersectoriels institutionnalisés. Ils existent dans presque tous les pays de la Région européenne et de celle de la Méditerranée orientale, dans de nombreux pays d'Amérique latine, d'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental et dans au moins 21 pays de la Région africaine. Diverses initiatives favorisent une approche globale de la santé des élèves : FRESH (Concentrer les ressources sur une santé scolaire efficace) de l'UNESCO, les « écoles amies des enfants » de l'UNICEF, « Santé et nutrition à l'école » de la Banque mondiale et le cadre de l'OMS pour la promotion de la santé à l'école.

La base factuelle attestant des effets bénéfiques des interventions en milieu scolaire et des programmes de santé scolaire est convaincante. L'impact est positif sur les résultats de santé, y compris sur la santé sexuelle et reproductive, la consommation de substances psychoactives, la nutrition, l'activité physique, la santé mentale et la vaccination (347) (348) (349) (350) (351) (352). Investir dans la santé scolaire est une priorité fondamentale des programmes intersectoriels (353). Les pays qui n'ont pas de programme de santé scolaire devraient en mettre un sur pied, et les pays qui ont mis en place des programmes de santé scolaire devraient envisager un examen critique pour les faire correspondre à la base factuelle et aux priorités nouvelles. Les ressources sur lesquelles les programmes de santé scolaire sont susceptibles de s'appuyer sont énumérées à l'annexe A3.1.2.



©Hanalie Albiso

5. Programmation nationale

Étude de cas 18

La politique de santé scolaire du Rwanda

Au Rwanda, les enfants d'âge scolaire sont confrontés à de multiples problèmes liés à un mauvais état de santé, à la pauvreté et aux risques environnementaux : infrastructures d'eau et d'assainissement inadéquates, infrastructures scolaires insuffisantes, maladies transmissibles et non transmissibles et violence à l'égard des femmes et des filles. D'autres problèmes de santé importants concernent la sexualité, la santé sexuelle et reproductive, la prévention du VIH, les traumatismes, la violence, la consommation de substances psychoactives et la santé mentale. Ces facteurs ont une incidence sur l'assiduité scolaire et sur la capacité des élèves à se concentrer sur les cours, d'où un taux d'abandon scolaire élevé.

Afin de remédier à ces problèmes, les autorités rwandaises ont élaboré une politique nationale de santé scolaire, sous la forme d'un ensemble intégré d'efforts planifiés et séquentiels visant à promouvoir le développement physique, social, psychologique et éducatif des élèves.

Cette politique recommande une intervention dans huit domaines clés :

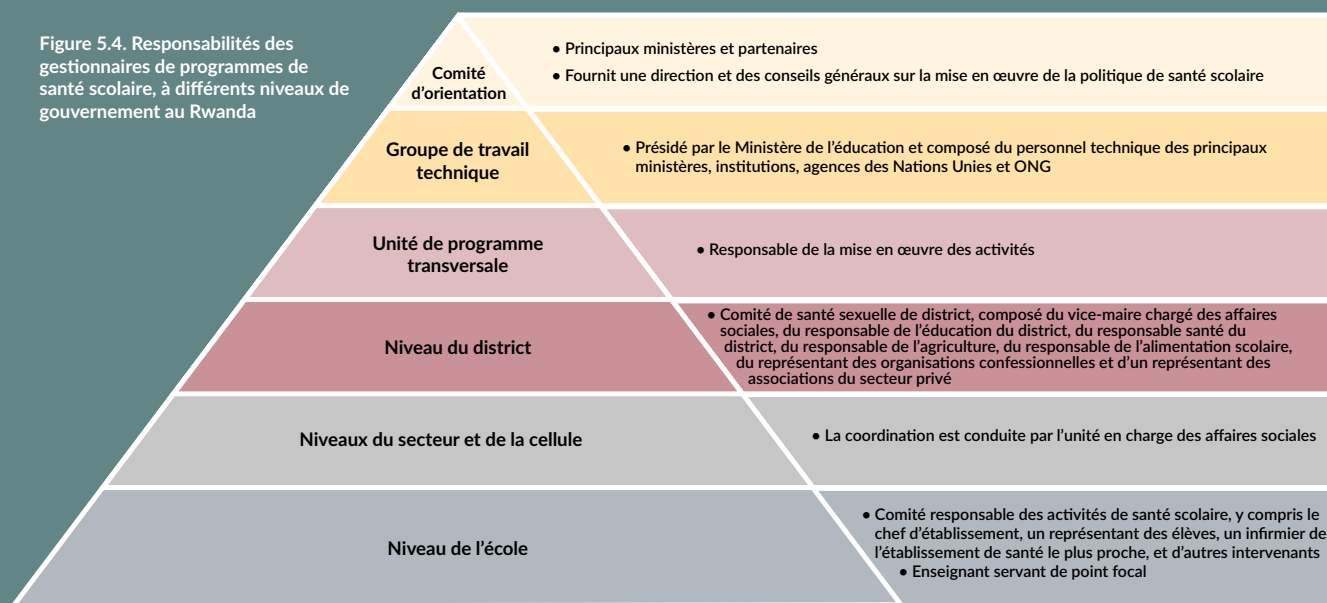
- promotion de la santé et prévention et lutte contre les maladies
- VIH, sida et autres IST

- santé et droits sexuels et reproductifs
- santé environnementale
- nutrition à l'école
- éducation physique
- santé mentale et besoins connexes
- questions de genre et violences faites aux femmes.

Cette politique adopte une approche globale, avec des interventions visant à améliorer les programmes scolaires, l'infrastructure physique, l'accès aux services de santé en milieu scolaire, l'éthique à l'école, les politiques scolaires et les liens avec la communauté. Elle recommande un ensemble minimum d'interventions en faveur de la santé en milieu scolaire, et notamment la promotion de la santé et de l'éducation, l'orientation-recours et le suivi des problèmes de santé mineurs, la fourniture d'eau potable et l'assainissement, la vermifugation et la nutrition scolaire. Neuf ministères mettent en œuvre cette politique, chacun selon ses domaines de responsabilité spécifiques.

Cette politique est régie par des structures à la fois politiques et opérationnelles, comme le montre la Figure 5.4.

Figure 5.4. Responsabilités des gestionnaires de programmes de santé scolaire, à différents niveaux de gouvernement au Rwanda



Cette politique est financée par des lignes budgétaires dans tous les secteurs. La stratégie de suivi et d'évaluation met l'accent sur le renforcement de la collecte de données sur les indicateurs de santé scolaire, en s'appuyant sur la collecte de données actuelle par le Ministère de l'éducation. Ces données permettront au Ministère de

l'éducation de suivre la mise en œuvre des services de santé scolaire et d'éducation et de mesurer leur impact sur les progrès des apprenants. On a identifié un ensemble d'indicateurs susceptibles de servir à mesurer et à surveiller la mise en œuvre des activités.

Source : (354).

Domaines clés pour la programmation (suite) : Programmes intersectoriels

- 128.** Mettre sur pied, ou examiner avec un regard critique, des programmes de santé scolaire pour répondre à des priorités (lutte contre les maladies non transmissibles, santé sexuelle et reproductive, lutte contre les maladies transmissibles et la violence par exemple) de manière intégrée. Planifier des interventions dans les six composantes de programmes recommandées par le cadre OMS pour la promotion de la santé à l'école :
- Les politiques et plans de santé scolaire visant à mettre en place un environnement physique et psychosocial sûr et sain (en s'attaquant aux problèmes du harcèlement, du harcèlement sexuel, de la consommation de substances psychoactives, de la violence à l'école, de nutrition et d'alimentation, ainsi que de santé mentale). Voir par exemple l'Étude de cas A3.4 sur le programme national conçu par la Suède pour distribuer des repas scolaires à tous les élèves.
 - Un environnement physique sans danger, qui est axé sur la sécurité et l'état physique des locaux scolaires, les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène menstruelle, et les environnements sains, afin de promouvoir une alimentation saine et l'activité physique, entre autres. Voir les Études de cas A3.17 sur la Mauritanie, A3.18 sur la Papouasie-Nouvelle-Guinée et A3.20 sur le Pakistan à propos de l'amélioration des conditions d'assainissement, de gestion de l'hygiène menstruelle et d'activité physique dans les écoles.
 - Un environnement social scolaire sûr et positif, grâce à des politiques et à des principes scolaires permettant de remédier aux vulnérabilités psychologiques individuelles, et d'améliorer l'environnement de la classe, ainsi que la participation et la connectivité des élèves.
 - Travailler avec les familles et l'ensemble de la communauté pour instaurer un environnement sûr et positif au-delà du périmètre de l'école, et apporter un soutien aux parents. Voir l'Étude de cas 8 sur la participation des enseignants à l'amélioration des compétences et des capacités des parents d'adolescents au Bhoutan.
 - Interventions basées sur le programme scolaire destinées à développer des compétences personnelles en matière de santé. Habituellement, l'éducation en matière de santé relève, à juste titre, d'un domaine lié à la santé (quel que soit le nom qu'on lui donne : vie active saine, santé et famille, éducation physique et santé, éducation aux compétences personnelles et sociales, éducation dans le domaine de la santé, éducation aux compétences de la vie quotidienne, etc.). Voir l'Étude de cas A5.20 sur l'Ukraine et l'Étude de cas A3.21 sur le Costa Rica à propos de la prévention de la consommation de substances psychoactives, et l'exemple du Brésil sur l'éducation sexuelle à l'école (Étude de cas A3.5).
- f.** Services de santé scolaire (dans l'école ou liés à elle) pour assurer un continuum de services de promotion de la santé, de prévention et de détection précoce et d'orientation-recours, dans les locaux de l'école ou en établissant des liens avec des services situés ailleurs dans la communauté. Les services de santé scolaire devraient être rendus obligatoires par un accord formel entre l'établissement d'enseignement et l'organisation de soins de santé prestataire. Voir l'Étude de cas A5.2 sur la formalisation de la collaboration intersectorielle par la signature de protocoles d'accord entre les agences de santé publique et du secteur de l'éducation.
- 129.** Mettre en place des programmes pour améliorer l'état nutritionnel des adolescentes (voir les caractéristiques des programmes nutritionnels ciblés sur les adolescentes dans l'Encadré A5.4 de l'annexe) :
- Utiliser diverses plateformes et stratégies de diffusion (éducation et promotion de la nutrition, médias, distribution de micronutriments, de nourriture ou d'argent, renforcement des capacités du personnel des différents services, des organisations locales et des autorités locales) pour que les interventions nutritionnelles atteignent les adolescentes dans les écoles, les foyers et la communauté.
 - Ne pas se limiter à l'apport de fer et d'acide folique, mais promouvoir la diversité alimentaire, les pratiques alimentaires en général, l'exercice physique et l'enrichissement des aliments, entre autres.
 - Élargir la portée du dispositif au-delà de la malnutrition pour inclure la prévention des maladies non transmissibles liées à la nutrition, afin de lutter contre l'épidémie de surpoids et d'obésité.
 - Renforcer la collaboration entre les secteurs de la santé, de l'agriculture et de l'éducation en vue de l'éducation nutritionnelle des adolescentes scolarisées ; de l'enrichissement des produits alimentaires servis aux adolescentes scolarisées et de programmes de jardinage dans les écoles destinés à sensibiliser les adolescentes à la diversité alimentaire et des moyens de subsistance.

5. Programmation nationale

Domaines clés pour la programmation (suite) : Programmes intersectoriels

- e. Lutter contre les normes de genre par le biais de programmes de nutrition, par exemple via des initiatives visant à former les adolescentes aux approches nutritionnelles, y compris les pratiques alimentaires générales et la supplémentation en fer et en acide folique, et à leur permettre de fournir des services à leurs pairs au sein de la communauté ; promouvoir une distribution plus équitable des aliments au sein des ménages ; inclure des programmes agricoles dans le cadre scolaire pour les adolescentes afin qu'elles apprennent à cultiver des plantes pour augmenter le potentiel de revenu futur et pour exercer un impact positif sur la diversité alimentaire des ménages ; former les membres de la communauté féminine aux techniques de jardinage pour accroître leur capacité à contribuer à la nutrition du ménage ; et cibler les ménages dirigés par des femmes pour les programmes d'élevage afin de leur procurer un revenu de base potentiel et d'augmenter les aliments nutritifs disponibles au sein du ménage.
- 130.** Mettre en œuvre des programmes pour prévenir la violence des jeunes, hiérarchiser les approches et stratégies prometteuses (voir plus de détails sur les activités et les interventions clés recommandées dans les Tableaux A3.5 et A3.6) :
- a. programmes d'éducation parentale et de développement de la petite enfance ;
 - b. développement des compétences scolaires et sociales en milieu scolaire et prévention du harcèlement ;
 - c. approches thérapeutiques pour les jeunes les plus à risque ou déjà violents ;
 - d. stratégies aux niveaux de la communauté et de la société, telles que les services de maintien de l'ordre axés sur les zones sensibles, le maintien de l'ordre axés sur la communauté et des problèmes particuliers ; la limitation de l'accès à l'alcool et à sa consommation excessive ; les programmes de lutte contre la toxicomanie ; limitation de l'accès aux armes à feu et leur utilisation abusive ; et modification de l'espace, amélioration urbaine et déconcentration de la pauvreté. Voir l'Étude de cas A3.9 sur l'amélioration des quartiers urbains pauvres en Colombie.
- 131.** Mettre en œuvre des programmes pour prévenir les grossesses précoces, en tenant compte des éléments suivants :
- a. réduire le nombre de mariages avant l'âge de 18 ans (interdire le mariage précoce, faire en sorte que les filles restent scolarisées et agir sur les normes culturelles qui favorisent le mariage précoce) ;
 - b. réduire le nombre de grossesses avant l'âge de 20 ans (préconiser la prévention de la grossesse chez les adolescents, éduquer les filles et les garçons sur la sexualité et travailler avec les communautés pour promouvoir la prévention précoce de la grossesse) ;
 - c. accroître le recours à la contraception pour les adolescentes risquant une grossesse non désirée (légiférer concernant l'accès aux contraceptifs, à l'information et aux services, réduire le coût de la contraception et permettre l'utilisation des services contraceptifs, éduquer les adolescents à l'utilisation de contraceptifs) ;
 - d. réduire les rapports sexuels forcés chez les adolescents (interdire les rapports sexuels forcés, donner aux filles les moyens de résister aux rapports sexuels forcés, agir sur les normes sociales qui tolèrent les rapports sexuels forcés, et encourager les hommes et les garçons à remettre en question les normes régissant les relations entre les sexes).
- 132.** Mettre en œuvre des programmes nationaux de prévention de la consommation de drogues par les jeunes adolescents et les adolescents plus âgés conformément aux Normes internationales sur la prévention de l'usage des drogues (355). Ces lignes directrices offrent un aperçu complet des programmes nationaux de prévention de la toxicomanie fondés sur des données probantes et, pour chaque type de programme, résumant les principales caractéristiques associées aux résultats positifs de la prévention. L'Encadré A5.5 donne des exemples de registres de programmes à base factuelle axés sur les troubles mentaux ou les troubles dus à l'utilisation de substances psychoactives.
- 133.** Mettre en œuvre des programmes multisectoriels pour réduire le taux de suicide chez les jeunes. L'annexe A3.7.2 et l'Encadré A3.4 donnent des détails sur les approches par étapes recommandées pour l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide et des interventions de prévention du suicide reposant sur des données probantes. Voir les Études de cas A3.22 sur la Nouvelle-Zélande et A3.24 sur la RAS de Hong Kong (Chine).

Sources : (176) (190) (300) (301) (326) (356).

5.7.

Programmation en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité

La Section 3 identifie des approches et des interventions fondées sur des données probantes en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité qui sont pertinentes pour la santé des adolescents. Cette section se penche sur les aspects spécifiques de la programmation pour la prestation des interventions destinées aux adolescents.

Un programme de relèvement en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité devrait être guidé par des principes de développement cherchant à générer des processus de relèvement post-crise qui soient autonomes et résilients et que la population s'approprie (357). Par conséquent, les principales stratégies de mise en œuvre décrites dans le cadre logique (Figure 5.1) seront les mêmes en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité. Elles porteront sur les lois et les politiques, les capacités des ressources humaines, la prestation de services adaptés aux besoins des adolescents et la protection contre les risques financiers. Elles encourageront la participation des adolescents aux mécanismes de gouvernance et de responsabilisation. Les principaux domaines de programmation décrits dans les sections précédentes sont largement pertinents pour les situations d'urgence humanitaire ou de fragilité. Cette section examine certains aspects de ces domaines de programmation qui sont spécifiques à ces situations.

La programmation en faveur de la santé des adolescents en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité doit respecter les orientations humanitaires générales qui requièrent que toutes les interventions et toute l'aide :

- soient bien coordonnées entre autorités, agences humanitaires, organisations de la société civile et représentants des populations touchées, tous compétents et responsables ;
- s'appuient sur des principes participatifs et soient mises en œuvre avec les communautés ;
- reposent sur une évaluation des capacités et des besoins ;
- renforcent les ressources existantes et les pratiques utiles ;
- promeuvent les droits humains et protègent les populations touchées contre les violations de ces droits ;
- veillent à ce que tous les efforts de collecte de données respectent les normes de sécurité et d'éthique en vigueur pour la recherche, la documentation et la surveillance des risques pour la santé, des programmes et des interventions. (44) (161) (357) (404).

Les principes généraux de la programmation en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité sortent du cadre de ce document d'orientation et peuvent être trouvés ailleurs (316) (404).

Domaines clés pour la programmation (suite) :

La santé en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité (les principaux domaines sont détaillés dans l'Encadré A5.6 de l'annexe 5)

134. Veiller à ce que des politiques de lutte contre le travail des enfants et l'exploitation et l'abus par des travailleurs humanitaires soient en place pour protéger les filles et les garçons.
135. Mettre en place des mesures spécifiques de protection des mineurs non accompagnés, des orphelins et des autres enfants vulnérables. Rétablir des réseaux et des structures de soutien communautaire pour les orphelins et les enfants vulnérables, et veiller à ce que les adolescents qui ont perdu leurs parents ou les personnes qui s'occupent d'eux bénéficient d'un soutien constant.
136. Veiller à ce que les programmes traitent aussi de la relation complexe entre situation de fragilité et mariages d'enfants. Voir l'Étude de cas A5.21 sur les actions visant à prévenir et à atténuer les conséquences du mariage d'enfants et du mariage forcé parmi les réfugiés syriens en Jordanie.
137. Faire en sorte que les politiques et les pratiques en situation d'urgence humanitaire ou de fragilité respectent le droit des adolescents à la dignité, leurs intérêts, leur sécurité, leur autonomie et leur autodétermination, en fonction de l'évolution de leurs capacités.
138. Mettre en place des politiques pour assurer le libre accès aux interventions et aux services essentiels de différents secteurs (services de santé, apprentissage, scolarité, par exemple), notamment à un ensemble de services de santé essentiels pour tous les adolescents, et appliquer des politiques visant à promouvoir l'inclusion sociale.
139. Renforcer les capacités des travailleurs humanitaires et des aidants à suivre des approches centrées sur l'adolescent et à privilégier les principes de confidentialité, de sûreté, de sécurité, de respect et de non-discrimination.
140. Aménager, selon ce qu'il conviendra, des espaces à l'écoute des adolescents et adolescentes pour répondre à leurs besoins immédiats de protection, de bien-être psychosocial et d'éducation informelle. Voir les Études de cas A3.25 sur le Nigéria et A3.26 sur le Malawi à propos de l'établissement d'espaces sûrs pour les filles et les adolescents déplacés. S'assurer que les ressources communautaires sont identifiées, mobilisées et utilisées pour mettre en œuvre des programmes d'éducation et d'autres activités d'apprentissage dans les écoles ou dans d'autres contextes.
141. Veiller à l'accès en toute sécurité, à l'utilisation et à l'entretien de toilettes, ainsi qu'aux matériels et équipements nécessaires à l'hygiène menstruelle. Voir l'Encadré A3.6 sur la conception de bonnes pratiques pour les installations d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les situations d'urgence, et l'Étude de cas A3.27 sur l'Éthiopie.

Sources : (11) (44) (159) (161) (198) (357) (361) (363) (364) (365) (366) (404).

5. Programmation nationale

5.8.

Développement positif et approches sexo-transformatrices dans la programmation

Les programmes ont notamment pour objectif important de favoriser une croissance et des transitions saines à l'adolescence (voir l'Encadré 1.2 sur l'approche du développement positif appliquée aux interventions et à la programmation en faveur de la santé des adolescents). Les programmes devraient donc inclure des interventions qui renforcent la résilience et les facteurs de protection des adolescents (par exemple, un environnement scolaire positif et la réussite scolaire) et ne se concentrent pas uniquement sur la réduction des facteurs de risque (suppression des obstacles à l'accès aux services de santé). Dans la programmation, le développement positif est à la fois un moyen et une fin en soi : pour atteindre des résultats en matière de santé, il convient d'envisager l'adoption d'approches favorisant un développement positif, et les programmes devraient notamment chercher à atteindre des résultats de développement positif.

L'éducation sexuelle en constitue un bon exemple. Si l'on veut une approche holistique de l'éducation sexuelle, il faut regarder au-delà de la mortalité, de la morbidité et des risques (par exemple réduire le risque de grossesse ou d'IST) afin de mettre l'accent sur la santé et le bien-être, dans tous les programmes et services (116). L'éducation sexuelle complète nécessite une approche plus large qui aborde des questions clés, telles que la confiance en soi des jeunes, l'expression de soi, la citoyenneté, la sexualité et les aspirations, et la capacité à penser de manière critique et à prendre des décisions en connaissance de cause (116). L'Étude de cas A5.22 de l'annexe 5 présente un exemple d'approche de l'éducation sexuelle fondée sur les droits, le genre et la citoyenneté.

Le développement positif et les approches sexo-transformatrices devraient être des principes transversaux dans la conception des programmes (voir les Études de cas 19, A5.18 et A5.22–A5.24).

Étude de cas 19

Les initiatives d'autonomisation des filles dans la région du Sahel

Le Projet pour l'autonomisation des Femmes et le dividende démographique au Sahel (Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend – SWEDD) couvre le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Mauritanie, le Mali, le Niger et le Tchad. La Banque mondiale a accordé un financement de US \$205 millions à ce projet, dans le but d'accélérer la transition démographique et de permettre à cette région de bénéficier d'un dividende démographique. Pour atteindre ces objectifs, il est essentiel d'investir dans l'autonomisation sociale et économique des adolescentes.

Les adolescentes sont marginalisées dans le monde entier, mais c'est dans la région du Sahel qu'elles sont les plus vulnérables et qu'elles rencontrent le plus d'obstacles. Dans cette région, la plupart des filles sont mariées lorsqu'elles sont adolescentes : l'âge médian au mariage va de 15,7 ans au Niger à 19,7 ans en Côte d'Ivoire. Une fois mariées, les filles abandonnent généralement l'école. Dans les pays relevant du SWEDD, les taux d'achèvement des études primaires pour les filles sont alarmants, en particulier dans les zones rurales. Le mariage précoce signifie également une activité sexuelle précoce et, dans la plupart des cas, une grossesse précoce. Dans tous les pays du projet, à l'exception de la Mauritanie, le taux de fécondité des adolescentes dépasse la moyenne de l'Afrique subsaharienne.

Le développement positif est un élément clé du projet SWEDD. Il vise à élargir l'éventail des choix et des possibilités qui s'offrent aux filles pauvres et à leurs familles afin de rendre plus viables et souhaitables les décisions visant à retarder le mariage et la procréation. Le projet cible les filles âgées de 10 à 19 ans qui ont un risque élevé d'être mariées très jeunes et de connaître une

maternité précoce. Dans les six pays, plusieurs ministères ont élaboré 19 interventions adaptées à l'âge et fondées sur des données factuelles, qu'ils mettront en œuvre au cours des prochaines années. Ces interventions ont les objectifs suivants :

- **Autonomiser les filles** — Ces interventions renforcent la capacité des filles à mener une vie saine et productive, et favorisent un environnement communautaire propice. Parmi les exemples figurent les clubs communautaires ou scolaires, qui offrent des espaces sûrs et dotent les filles de compétences essentielles, ainsi que des activités de sensibilisation au niveau communautaire qui ciblent les maris, les parents et/ou d'autres membres de la communauté.
- **Améliorer les opportunités économiques** — Ces programmes visent à élargir l'éventail des opportunités économiques accessibles aux filles (en particulier à celles qui ne sont pas scolarisées) et/ou à leur famille. Parmi les exemples figurent l'acquisition de compétences commerciales ou professionnelles, les subventions productives en espèces et/ou en nature (dont certaines seront subordonnées à un report du mariage) et l'accès à des services ou à des actifs financiers.
- **Faire en sorte que les filles restent scolarisées** — Ces interventions cherchent à promouvoir la rétention scolaire, à réduire l'abandon scolaire ou à favoriser le retour à l'école. Parmi les exemples, on peut citer les transferts monétaires conditionnels ou non conditionnels, les transferts en nature (nourriture, transport ou hébergement, par exemple) destinés aux filles et/ou à leur famille et la création d'environnements d'apprentissage adaptés aux filles.

Source : (115).



6. Suivi, évaluation et recherche

Messages prioritaires :

1. Les changements physiques, émotionnels et sociaux rapides qui se produisent à l'adolescence représentent des défis particuliers pour les programmes en faveur de la santé des adolescents, ce qui nécessite de ventiler les données par âge (tranches d'âge de cinq ans) et par sexe.
2. Il est essentiel que ces programmes procèdent au suivi de l'éventail complet des indicateurs, depuis les intrants et les processus jusqu'aux extrants, aux résultats et à l'impact – car ceux-ci répondent à différentes questions et finalités.
3. Pour le suivi des programmes, tout particulièrement de leurs résultats et de leur impact, la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016–2030) comporte 60 indicateurs, dont 43 concernent spécifiquement les adolescents (tels que le taux de mortalité des adolescents) ou les prennent en compte (par exemple l'expérience de la violence sexuelle). Les pays devraient recueillir des données sur ces indicateurs et les utiliser afin de suivre leurs avancées vers les objectifs de développement durable (ODD) et, spécialement dans le secteur de la santé, les progrès en direction de la couverture sanitaire universelle.
4. Le projet de collaboration sur les données sanitaires (*Health Data Collaborative*) travaille avec les pays à améliorer la disponibilité, la qualité et l'exploitation des données pour la prise de décisions et pour le suivi des progrès, au niveau local, dans la réalisation des ODD relatifs à la santé.
5. Les pays devraient envisager d'instaurer des mécanismes de collecte de données pilotés par les jeunes, de façon à ce que ces derniers contribuent à la mise en œuvre des ODD et à la responsabilisation dans ce domaine.
6. Des évaluations périodiques des programmes en faveur de la santé des adolescents sont indispensables et devraient s'appuyer sur des données de suivi recueillies systématiquement.
7. Trois récents exercices mondiaux visant à définir les priorités de la recherche en santé des adolescents montrent que ces priorités évoluent : les questions de base sur l'état de santé des adolescents cèdent la place à une réflexion sur les meilleures solutions permettant d'optimiser le renforcement des interventions existantes et de vérifier l'efficacité des interventions nouvelles.
8. Il faut spécialement prêter attention à la participation des adolescents au suivi, à l'évaluation et à la recherche portant sur les programmes, compte tenu de l'évolution de leurs capacités et de la nécessité d'une protection adaptée. Malgré ces aspects supplémentaires, les adolescents ne devraient pas être indument exclus de ce suivi, de cette évaluation et de cette recherche.

6.1. Suivi des programmes en faveur de la santé des adolescents

Le suivi consiste à recueillir des données de manière systématique pour vérifier ce qu'un programme a réalisé. Il s'agit de répondre à la question suivante : faisons-nous ce que nous avons prévu ? C'est une composante fondamentale des programmes, pour guider les efforts et les investissements, ainsi que pour agir en vue d'accélérer et de renforcer les progrès. C'est aussi un outil de sensibilisation crucial pour inciter à redoubler d'efforts. La nouvelle Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) met très largement l'accent sur le suivi et la responsabilisation (11). La Section 5 du présent rapport décrit le cadre logique (Figure 5.1) nécessaire pour mettre en œuvre des programmes sur la base des politiques et interventions prioritaires destinées aux adolescents. Il importe de suivre l'efficacité et les difficultés de la mise en œuvre non seulement pour montrer les avancées, mais aussi pour repérer les domaines où une action corrective s'impose afin que le programme puisse atteindre ses objectifs.

Le cadre commun de suivi et d'évaluation (S&E) du Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+) (368) (369) classe les indicateurs de suivi des programmes de santé en cinq catégories : les intrants (par exemple le financement et les ressources humaines) ; les processus (par exemple la chaîne logistique et les mécanismes d'échange d'informations) ; les extrants (par exemple la disponibilité et la qualité des services et des interventions) ; les résultats (par exemple la couverture d'une intervention et la prévalence de comportements à risque) ; et l'impact (par exemple l'impact sanitaire et l'efficacité du système). Le cadre IHP+ est utile pour réfléchir aux processus qui seront nécessaires au suivi et à l'évaluation des programmes en faveur de la santé des adolescents (Tableau 6.1).

Tableau 6.1. Exemples d'indicateurs de suivi d'un programme conçu pour veiller à ce que le système national de santé soit à l'écoute des adolescents

PROGRAMME (VOIR LA SECTION 5)	INTRANTS ET PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS	IMPACT
Programme conçu pour veiller à ce que le système national de santé soit à l'écoute des adolescents	<p>Financement du programme et ressources disponibles</p> <ul style="list-style-type: none"> Par source Nombre d'agents de santé pour 10 000 habitants, par catégories, répartition géographique, lieu d'emploi, etc. <p>Processus adéquats en place pour la santé des adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> Les structures de gouvernance pour les programmes en faveur de la santé des adolescents sont définies aux niveaux national, infranational et local Mécanismes en place pour s'assurer que les systèmes de santé répondent aux besoins des adolescents 	<p>Formation en santé des adolescents dispensée aux prestataires de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre et pourcentage de prestataires de soins formés à fournir des services de santé aux adolescents Proportion d'établissements d'enseignement et de formation cibles dont le programme inclut une composante relative à la santé des adolescents, conformément aux compétences de base en santé de l'adolescent définies par l'OMS pour les prestataires de soins primaires <p>Disponibilité et accessibilité des services de santé à l'écoute des adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre et proportion d'établissements de santé disposant d'une accréditation attestant qu'ils sont adaptés aux adolescents Nombre et proportion d'agents de santé disposant d'une accréditation attestant qu'ils sont adaptés aux adolescents, par catégorie <p>Enseignants formés à l'éducation sanitaire des adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> Proportion d'établissements d'enseignement et de formation cibles dont le personnel est formé aux approches recommandées pour l'enseignement et la formation aux questions de santé relatives aux adolescents 	<p>Services de santé jugés acceptables par les adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> Proportion d'adolescents se déclarant satisfaits des soins <p>Couverture</p> <ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de filles et de jeunes femmes de 15-19 ans dont les besoins en planification familiale sont satisfaits avec des méthodes modernes 	<p>Amélioration des résultats de santé des adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de mortalité des adolescents (par sexe) Taux de natalité chez les adolescentes (par classe d'âge)

6. Suivi, évaluation et recherche

La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016–2030) et son cadre d'indicateurs et de suivi (370) donnent des orientations explicites sur les indicateurs qui devraient être établis par les programmes nationaux destinés aux adolescents, pour le suivi des avancées en direction des 17 cibles de la Stratégie mondiale. Ces cibles correspondent aux ODD et comportent des indicateurs qui seront pertinents pour tous les systèmes de santé. Elles permettent aussi des comparaisons fiables au sein des programmes et entre eux.

Les indicateurs de la Stratégie mondiale relatifs aux adolescents sont présentés sur la base du cadre IHP+ dans le Tableau A6.1 de l'annexe 6.1. On constate que la plupart d'entre eux (370) mesurent les résultats ou l'impact sur la santé, et que la grande majorité de ceux ayant trait à la santé de l'adolescent qui mesurent les intrants, les processus ou les extrants ne sont pas spécifiques aux adolescents, mais concernent à la fois les femmes, les enfants et les adolescents. Dans le contexte national, les indicateurs retenus pour le suivi des intrants, des processus et des extrants propres à ce pays doivent être ajoutés afin de permettre d'améliorer l'efficacité, l'efficience et la visibilité des programmes.

Cette section, consacrée au suivi des programmes en faveur de la santé des adolescents, s'appuie sur les Sections précédentes du rapport en incluant des exemples d'indicateurs nécessaires pour déterminer dans quelle mesure un programme est propice à un système national de santé à l'écoute des adolescents (Tableau 6.1).

Comme indiqué à la Section 5, il existe nombre de programmes et d'interventions intersectoriels potentiels pour la santé des adolescents. Afin d'illustrer les principes clés permettant aux pays de suivre les performances des programmes qu'ils ont choisis dans l'optique d'améliorer la santé des adolescents, le Tableau 6.2 présente les exemples de trois programmes spécifiques : un programme visant à réduire le nombre de grossesses adolescentes, un programme de santé scolaire et un programme pour la santé mentale des adolescents. Le premier programme est analysé plus en détail dans le Tableau A6.2 de l'annexe A6.2.

Les indicateurs proposés dans les Tableaux 6.1 et 6.2 n'ont pas vocation à être prescriptifs ou exhaustifs, mais servent d'exemples afin de montrer l'importance de différents types d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation de programmes au quotidien.

Les programmes au service de la santé des adolescents comportent des caractéristiques différentes de celles des programmes s'adressant à d'autres tranches d'âge, et il faut en tenir compte lors de la conception de leurs systèmes de suivi. À cet égard, il convient de noter que nombre des besoins en santé des jeunes adolescents sont très différents de ceux des adolescents plus âgés. Les changements sur le plan du développement à l'adolescence sont rapides et, contrairement aux enfants plus jeunes, ils varient nettement d'un sexe à l'autre. En

conséquence, une ventilation détaillée des données de suivi par âge et par sexe est davantage nécessaire que pour toute autre tranche d'âge.

Le choix des indicateurs de suivi dépend des priorités particulières des programmes, et il est limité par des aspects pratiques et par les sources de données disponibles. Les pays devront sélectionner des indicateurs pertinents pour compléter les indicateurs génériques recommandés par le cadre des indicateurs et du suivi de la Stratégie mondiale qui permettent de définir clairement si un programme répond à ses objectifs. Ces indicateurs apporteront aussi des informations facilitant la gestion du programme au jour le jour et la prise de décisions.

Pour qu'un programme soit efficace, il faut qu'il soit suivi dans toutes ses phases, y compris la planification. Chaque étape du cadre logique (Section 5.1) doit être considérée séparément, et chaque activité importante doit faire l'objet d'un suivi. À court terme, les données les plus utiles proviendront des indicateurs qui suivent les avancées dans la première moitié de la chaîne de résultats (intrants-processus-extrants), car des changements relativement rapides devraient intervenir. Cependant, il faudrait également suivre les indicateurs de résultats et d'impact dès le début, afin de s'assurer qu'une référence a été établie pour le suivi des avancées sur la durée.

Les systèmes de collecte de données ainsi que l'utilisation et la communication des données recueillies devraient être planifiés au démarrage du programme. La collecte systématique de données ayant un coût en termes de temps passé par le personnel sur cette tâche, et d'autres ressources, chaque point de collecte de données devrait être mis en relation avec un mécanisme décisionnel précis, et des fonds suffisants devraient être alloués à cette composante du cycle du programme. Si le système de collecte de données est trop lourd, la charge que représente le suivi pèsera à la fois sur la qualité des données et sur le temps qu'il restera au personnel pour des activités directes liées aux services.

Il faut développer les systèmes pour que les données de suivi puissent être utilisées pour la gestion aux niveaux les plus bas du système de santé, tels que le district ou le sous-district. En outre, des systèmes sont nécessaires afin de permettre l'utilisation des données de suivi pour le suivi à l'échelon régional et national.

Le cadre des indicateurs et du suivi de la Stratégie mondiale recommande 60 indicateurs spécifiques. Ceux-ci, classés en fonction des trois grands objectifs de la Stratégie mondiale (Survivre, S'épanouir et Transformer), ont été sélectionnés de manière à conférer une profondeur suffisante pour le suivi des progrès nationaux au regard de la Stratégie mondiale (370). Cette dernière souligne l'importance d'une ventilation des données notifiées par âge, par sexe et, le cas échéant, selon d'autres facteurs tels que la richesse et le lieu (zone urbaine ou rurale).

Notes pour le Tableau 6.2 :

¹ « Fonctionnel » signifie que le point d'eau fournit une quantité d'eau suffisante pour les besoins de l'école concernée, que cette eau est potable et que des enfants présentant un handicap peuvent y accéder.

² Comme défini aux niveaux local et national.

³ Par exemple pour les services de santé mentale adaptés aux adolescents, et concernant le passage des services de santé mentale destinés aux enfants aux services de santé mentale pour les adultes.

⁴ Par exemple des programmes de promotion et de prévention en milieu scolaire, et des programmes de lutte contre le harcèlement.

Tableau 6.2. Exemples d'indicateurs pour le suivi de trois programmes spécifiques en faveur de la santé des adolescents

PROGRAMME (VOIR SECTION 5)	INTERVENTION (VOIR SECTION 5)	INTRANTS ET PROCESSUS	EXTRANTS	RÉSULTATS	IMPACT
Programme visant à réduire les grossesses chez les adolescentes (384) (11) (370)	Informations, conseils et services pour une santé sexuelle et reproductive complète, y compris la contraception	<p>Financement des programmes pour réduire le nombre de grossesses adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> Source de financement Nombre d'agents de santé pour 10 000 habitants, par catégorie, zone géographique <p>Processus appropriés en place pour le programme</p> <ul style="list-style-type: none"> Des mécanismes sont en place pour veiller à ce que les systèmes de santé soient adaptés aux adolescents (y compris services contraceptifs pour les adolescentes) Des mécanismes sont en place pour la production et la diffusion d'informations, l'éducation et la communication destinées à réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes <p>Législation et réglementation</p> <ul style="list-style-type: none"> Législation et réglementation garantissant l'accès des adolescentes et des jeunes femmes (15-19 ans) à des soins de santé sexuelle et reproductive, à l'information et à l'éducation (dont services contraceptifs) 	<p>Les prestataires de soins délivrent des informations et des services pour une santé sexuelle et reproductive complète, y compris des moyens de contraception pour les adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre et pourcentage de prestataires de soins formés à fournir des services de santé aux adolescents (notamment des services contraceptifs) Proportion d'établissements d'enseignement et de formation cibles dont le personnel est formé aux approches recommandées pour l'enseignement et la formation des adolescents sur les questions de santé (notamment la fourniture de services contraceptifs) <p>Diffusion des messages visant à réduire le nombre de grossesses</p> <ul style="list-style-type: none"> Proportion du public ciblé atteint par les messages visant à réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes 	<p>Services contraceptifs disponibles, avec des méthodes modernes</p> <ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de filles et de jeunes femmes (15-19 ans) dont les besoins de planification familiale sont satisfaits avec des méthodes modernes Proportion d'adolescentes et de jeunes femmes (15-19 ans) qui prennent elles-mêmes des décisions en toute connaissance de cause concernant les relations sexuelles, l'emploi de contraceptifs et la santé reproductive <p>Éducation sexuelle dans les établissements d'enseignement secondaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Proportion d'établissements d'enseignement secondaire qui dispensent une éducation sexuelle complète Proportion d'hommes et de femmes de 15-24 ans qui possèdent des connaissances de base sur la santé sexuelle et reproductive et les droits y afférents <p>Protection juridique des adolescentes et des jeunes femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> Proportion de femmes de 20-24 ans qui ont été mariées ou ont vécu en couple avant l'âge de 15 ans et avant l'âge de 18 ans Proportion de femmes de 20-24 ans qui indiquent avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et avant l'âge de 18 ans 	<p>Réduction du taux de natalité chez les adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de natalité chez les adolescentes (10-14 ans, 15-19 ans) pour 1 000 femmes dans cette tranche d'âge <p>Réduction des complications obstétricales chez les adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> Proportion d'adolescentes et de jeunes femmes (15-19 ans) présentant des complications obstétricales dues à un avortement
Programmes de santé scolaire (385) (386).	Promotion d'un comportement sain (nutrition, activité physique, ni tabac ni d'alcool ni drogues)	<p>Financement des programmes pour la promotion d'un comportement sain</p> <ul style="list-style-type: none"> Source de financement <p>Les services de santé scolaire représentent un continuum de services de promotion de la santé, de prévention, de dépistage précoce et d'orientation</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnel formé aux principes et aux pratiques définis pour la promotion de la santé en milieu scolaire (« écoles-santé ») Un contenu sanitaire prioritaire et une pédagogie reposant sur les compétences figurent dans les orientations nationales pour les programmes scolaires, la formation des enseignants et les évaluations des acquis <p>Stratégie/politiques/normes pour la santé scolaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Il existe une stratégie ou une politique de santé scolaire, soit dans le cadre d'une politique ou d'une stratégie axée sur la santé, sur l'éducation ou sur la lutte contre la pauvreté, soit en tant que document distinct Il existe des normes nationales de sécurité à l'école, qui portent à la fois sur l'environnement physique et sur l'environnement socioémotionnel 	<p>Infrastructure et services scolaires pour la promotion de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Pourcentage d'écoles disposant d'un point d'eau fonctionnel dans leur enceinte ou à proximité¹ Pourcentage d'écoles fournissant l'ensemble minimum de services de santé et de nutrition en milieu scolaire² <p>Enseignants formés aux principes de la santé scolaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre et pourcentage d'enseignants ayant reçu une formation avant emploi à l'éducation à la santé reposant sur les compétences, y compris aux méthodes d'enseignement participatives <p>Le programme scolaire inclut une composante sanitaire prioritaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Pourcentage d'écoles organisant régulièrement des sessions d'éducation à la santé reposant sur les compétences, comme recommandé dans les orientations nationales Proportion d'établissements d'enseignement secondaire qui assurent une éducation sexuelle complète 	<p>Principaux comportements à risque pour la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Prévalence d'une activité physique insuffisante parmi les adolescents Prévalence de la consommation actuelle de tabac parmi les 15 ans et plus en âge de fréquenter l'école (ventilation par âge) Usage nocif de l'alcool parmi les adolescents Proportion d'hommes et de femmes de 15-24 ans possédant des connaissances de base sur les services de santé sexuelle et reproductive et sur les droits y afférents <p>Développement positif et relation avec l'école</p> <ul style="list-style-type: none"> Pensez-vous qu'un adulte présent dans l'école (un enseignant ou quelqu'un d'autre) se préoccupe réellement de vous en tant que personne ? <p>Adolescents vaccinés contre le PVH</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de couverture du vaccin contre le PVH parmi les adolescentes et les jeunes femmes de 15-24 ans 	<p>Prévention des maladies transmissibles et non transmissibles parmi les adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de mortalité des adolescents Taux de mortalité par suicide chez les adolescents (par âge et par sexe) Proportion de 15-24 ans qui ne fréquentent pas l'école, qui ne sont pas dans l'emploi et qui ne suivent pas de formation
Programme pour la santé mentale des adolescents (387)	Accompagnement psychosocial et services connexes pour la santé mentale et le bien-être des adolescents	<p>Financement des programmes pour l'accompagnement psychosocial et les services connexes</p> <ul style="list-style-type: none"> Source de financement Intervenants en santé mentale pour 100 000 habitants (psychiatres, personnel infirmier, prestataires de soins psychosociaux, pédiatres) <p>Politiques nationales ou plans nationaux pour la santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> Existence d'une politique nationale ou d'un plan national pour la santé mentale, qui est conforme aux instruments internationaux relatifs aux droits humains et dont une composante est axée sur les adolescents³ <p>Formation et accompagnement appropriés pour les agents de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Mécanismes en place pour la formation, l'accompagnement et l'encadrement du personnel assurant les soins de santé mentale destinés aux adolescents 	<p>Les établissements de santé proposent des services de santé mentale aux adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre et proportion d'établissements de santé dispensant des services de santé mentale aux adolescents Nombre et proportion d'agents de santé spécifiquement formés à la prestation de services de santé mentale aux adolescents Proportion d'établissements d'enseignement et de formation cible dont le programme de formation à l'intention des prestataires de soins primaires inclut la santé mentale des adolescents Programmes multisectoriels efficaces pour promouvoir la santé mentale et la prévention, et répondant aux besoins spécifiques des adolescents⁴ 	<p>Services de santé mentale accessibles et utilisés par les adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> Proportion d'adolescents de 10-14 ans et de 15-19 ans présentant des troubles mentaux sévères qui ont recouru à un ensemble spécifié de services de santé (mentale) au cours des 12 derniers mois 	<p>Prévention de la dépression et du suicide chez les adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de décès par suicide par an, pour 100 000 adolescents Proportion d'adolescents qui font état de symptômes de dépression, sur une période spécifiée

6. Suivi, évaluation et recherche

Afin d'alléger au maximum la tâche que constitue, pour les pays, l'établissement de rapports, 16 de ces indicateurs ont été sélectionnés comme indicateurs clés dont tous les pays devraient assurer le suivi à court terme.

Indicateurs clés : 12 des 16 indicateurs essentiels de la Stratégie mondiale sont pertinents pour la santé des adolescents (Tableau A6.1 de l'annexe 6.1) et six d'entre eux « couvrent la population adolescente, avec indication d'une tranche d'âge ».

- **Survivre**
 - taux de mortalité des adolescents.
- **S'épanouir**
 - taux de natalité chez les adolescentes ;
 - nombre de pays dotés d'une législation et d'une réglementation garantissant l'accès des femmes de 15-49 ans aux soins de santé sexuelle et reproductive, à l'information et à l'éducation y afférentes.
- **Transformer**
 - proportion d'enfants et de jeunes (dans les écoles) aux niveaux de la deuxième et de la troisième classe ; à la fin du primaire ; et à la fin du premier cycle du secondaire ayant acquis au moins des compétences minimum en lecture et en mathématiques, par sexe ;
 - proportion de femmes et de filles âgées d'au moins 15 ans ayant eu un partenaire qui subissent actuellement ou qui ont subi la violence physique, sexuelle ou psychologique d'un partenaire intime, au cours des 12 derniers mois, par forme de violence et par tranche d'âge ;
 - proportion de jeunes femmes et de jeunes hommes de 18-29 ans qui avaient connu la violence sexuelle à l'âge de 18 ans.

Dans la liste complète des 60 indicateurs principaux, 43 ont trait aux adolescents (voir le Tableau A6.1 à l'annexe 6.1).

Indicateurs à développer

On a considéré que 25 autres indicateurs devaient être développés (370), dont 17 peuvent servir d'indicateurs de la santé des adolescents, s'ils sont ventilés par âge. Le Tableau A6.1 présente en italique ces indicateurs à développer.

Nombre de programmes visent à autonomiser les adolescents, à améliorer leur développement positif ou à influencer sur leurs normes sociales et de genre, ainsi que sur leurs connaissances en matière de santé.

On mesure habituellement le développement positif des adolescents au moyen d'indicateurs composites, afin de construire un indice à partir d'une batterie de questions posées dans le cadre d'une enquête. La Gender Equitable Men (GEM) Scale (371) est un exemple de modèle d'évaluation validé. Sont également utiles les indicateurs qui mesurent les attributs du développement positif des adolescents, tels qu'une image de soi positive ; les relations avec les parents, les pairs, l'école et l'ensemble de la communauté ; les normes de genre ; la capacité à gérer les émotions ou les conflits ; et l'efficacité personnelle. L'Étude mondiale sur les jeunes adolescents donne un exemple de tentative allant dans ce sens auprès de jeunes adolescents sur différents sites dans 15 pays (105).

Indicateurs contextuels

On a aussi proposé 18 indicateurs contextuels supplémentaires (370), dont des indicateurs ayant indirectement trait à la santé des adolescents, tels que :

- le nombre d'agents de santé pour 100 000 habitants
- la proportion des 15-24 ans qui ont quitté l'école, qui ne suivent pas de formation ou qui sont sans emploi.

Stratégie de suivi

Des indicateurs suivant les avancées en direction des cibles de la Stratégie sont nécessaires à l'échelon mondial et régional. De plus, les indicateurs de la Stratégie doivent faire l'objet d'un suivi lorsque les actions spécifiques destinées à améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents seront déployées à l'échelon mondial et infranational.

Sources de données

Le rapport de 2016 sur les données des pays pour la Stratégie mondiale (391) a montré que nombre d'entre eux disposeront de données empiriques sur certains indicateurs relatifs à la santé des adolescents qui sont présentés dans le Tableau A6.1 de l'annexe 6.1, mais pas sur tous. Le projet de collaboration sur les données sanitaires (*Health Data Collaborative*) travaille avec les pays à améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données pour la prise de décisions et pour le suivi, au niveau local, des progrès vers les ODD (<https://www.healthdatacollaborative.org/>). Pour le suivi et l'évaluation de la programmation en faveur de la santé des adolescents, les pays devront veiller à une ventilation par âge et par sexe.

L'Encadré 6.1 présente un exemple d'amélioration des mesures du taux de mortalité des adolescents à l'échelle d'un pays.

Encadré 6.1. Mesurer le taux de mortalité des adolescents

La principale source pour le taux de mortalité des adolescents devrait être des systèmes d'enregistrement et de statistiques d'état civil raisonnablement complets. Or dans nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire, ceux-ci n'existent pas, ou sont loin d'être parfaits. Parmi les initiatives qui visent à améliorer l'exhaustivité et l'exactitude de ces systèmes figure notamment le projet de collaboration sur les données sanitaires (www.healthdatacollaborative.org), qui a été récemment constitué pour travailler avec les pays en vue d'améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données pour la prise de décisions au niveau local et pour le suivi des progrès vers les ODD relatifs à la santé. En attendant, le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (ONU DESA) prévoit de recourir à un mélange de données provenant des systèmes d'enregistrement et de statistiques d'état civil et des recensements de population pour élaborer des modèles de tableaux de survie à partir desquels on pourra estimer le taux de mortalité des adolescents.

Les pays qui disposent de systèmes modèles ou sentinelles pour les données d'état civil ou de systèmes locaux de surveillance sanitaire et démographique devraient pleinement les exploiter pour obtenir des estimations du taux de mortalité des adolescents, par sexe. Ils devraient effectuer une triangulation avec les estimations produites par ONU DESA, l'Observatoire mondial de la santé et d'autres sources, telles que le Projet sur la charge mondiale de morbidité de l'*Institute of Health Metrics and Evaluation*.

Faute d'autres sources, les données émanant des enquêtes de population servent souvent à modéliser la mortalité des nouveau-nés, des enfants et même des adultes, mais nombre de ces enquêtes n'incluent pas les adolescents et ne peuvent donc pas être utilisées pour modéliser la mortalité dans cette tranche d'âge.

6. Suivi, évaluation et recherche

La principale source de données pour nombre des indicateurs de la santé des adolescents seront les enquêtes auprès des ménages qui sont représentatives au niveau national, comme les Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) ou les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) (même si, en général, elles ne prennent pas en compte les garçons adolescents et les jeunes hommes), ou les enquêtes sanitaires en milieu scolaire, telles que l'Enquête mondiale sur la santé à l'école (GSHS), l'Enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) et l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les

jeunes (GYTS). Si des sources comme les EDS et les MICS ne sont pas explicitement axées sur les adolescents, elles incluent généralement les adolescentes de 15-19 ans, parfois, les garçons de la même tranche d'âge. Le Tableau 6.3 répertorie les sources de données sur lesquelles les administrateurs des programmes peuvent se fonder pour rendre compte de différents types d'indicateurs. Certaines de ces données ne sont pas collectées systématiquement, et des enquêtes spéciales peuvent se révéler nécessaires.

Tableau 6.3. Sources de données, recueillies au niveau national, pour les indicateurs relatifs à la santé des adolescents

TYPE D'INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES	COLLECTE SYSTÉMIQUE ?	EXEMPLE
Résultats de santé des adolescents	<ul style="list-style-type: none"> Systèmes d'enregistrement et de statistiques d'état civil Enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national, telles que les EDS et les MICS 	Oui	Taux de natalité chez les adolescentes (10-14 ans, 15-19 ans) pour 1 000 femmes dans chaque tranche d'âge
Disponibilité des services	<ul style="list-style-type: none"> Rapports systématiques des établissements de soins Données administratives 	Oui	Proportion de victimes d'un viol ayant recherché des soins sous 72 heures qui ont bénéficié d'une prophylaxie postexposition contre le VIH
Prestation des services	<ul style="list-style-type: none"> Enquêtes auprès des établissements de soins 	Non	Proportion d'établissements de soins fournissant des services de santé aux adolescents
État de préparation des services	<ul style="list-style-type: none"> Enquêtes auprès des établissements de soins 	Non	Proportion d'agents de santé formés spécifiquement pour dispenser des services de santé aux adolescents
Politiques, législation et réglementation	<ul style="list-style-type: none"> Entretiens avec les principaux informateurs Données communiquées par les pouvoirs publics eux-mêmes 	Non	Les politiques et plans nationaux pour la santé mentale correspondent aux instruments des droits humains et sont axés sur la santé des adolescents
Financement et ressources alloués aux programmes	<ul style="list-style-type: none"> Données administratives émanant des programmes Données communiquées par les pouvoirs publics eux-mêmes 	Oui	Source et volume de financement communiqués (en US \$)
Processus disponibles en appui aux programmes	<ul style="list-style-type: none"> Enquêtes ponctuelles représentatives au niveau national ou local Études de cohorte 	Non	Proportion des publics cibles atteints par les messages visant à réduire les grossesses adolescentes

Les risques sanitaires sont rarement répartis de façon égale au sein des populations, et les programmes de santé atteignent différentes sous-populations à des degrés variables. Dans les programmes destinés aux adolescents, il est souvent plus difficile de toucher ceux qui sont les plus à risque, à la fois du fait de leurs comportements et de leur mauvaise santé, car ces adolescents sont aussi, probablement, les moins susceptibles d'être scolarisés ou de rechercher des services de santé.

Le suivi de l'équité et des droits des adolescents revêt une importance cruciale, et le manuel technique Innov8 constitue un outil utile à cet égard (106). Les orientations de l'OMS sur le suivi des inégalités en santé sont également essentielles pour le suivi des programmes en faveur de la santé des adolescents (372).

L'évaluation de la couverture et de l'impact d'un programme auprès de sous-groupes de la population adolescente mesurera si ce programme atteint tous les groupes de manière égale. Pour ce faire, il est impératif de ventiler les données par âge, par sexe et en fonction de caractéristiques sociales comme la richesse et l'assiduité scolaire. Nombre de sources comportent des données sur des sous-populations qui ne sont pas publiées dans des rapports récapitulatifs. Ainsi, on peut ventiler les données des EDS sur les femmes en âge de procréer afin de faire apparaître les résultats parmi les 15-19 ans.

Concernant le suivi au titre de la Stratégie mondiale, il peut être important de procéder à une ventilation parmi les adolescents. Par exemple, l'un des indicateurs de la Stratégie mondiale est la prévalence d'une activité physique insuffisante chez les adolescents, mais cette prévalence peut varier fortement entre les jeunes adolescents et les adolescents plus âgés, par sexe dans chacune de ces tranches d'âge, entre zones rurales et urbaines, et selon que les adolescents sont scolarisés ou non. S'ils négligent ces différences, les programmes risquent de ne pas répondre aux besoins de certaines sous-catégories de population. En outre, bien souvent, ils ne tiennent pas compte des besoins spécifiques des jeunes adolescents (10-14 ans).

Peu d'enquêtes recueillent des données sur un échantillon représentatif de l'ensemble des adolescents. Certaines, comme la GSHS et la GYTS, ont pour objectif d'incorporer un échantillon représentatif des adolescents scolarisés, dans des tranches d'âge précises. Les biais introduits en excluant les adolescents qui ne fréquentent pas l'école varient d'un pays à l'autre, car la proportion d'adolescents scolarisés diffère considérablement. Cependant, parce qu'ils sont beaucoup plus mobiles, il est plus difficile d'accéder aux adolescents non scolarisés qu'aux jeunes enfants.

Le partenariat Chaque femme, chaque enfant rédigera un rapport annuel sur les avancées en direction des cibles de la Stratégie mondiale. D'autres processus de compilation de données existantes portant sur les adolescents sont prévus, notamment au moyen de l'Outil de suivi des adolescents, piloté par l'Organisation des Nations pour l'enfance (UNICEF), ou de l'indice mondial pour les jeunes, supervisé par le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et le Bureau de l'Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour les jeunes. Par ailleurs, des initiatives sont en cours ou planifiées pour associer activement les adolescents et les jeunes adultes au suivi des progrès vers les cibles de la Stratégie mondiale, ou, plus largement, vers les objectifs de développement durable (ODD).

C'est par exemple le cas de la phase 4 du projet ACT! 2015 dans 12 pays. Emmené par une coalition d'organisations de jeunes (le PACTE) en partenariat avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et la Fédération mondiale des associations de planning familial (*International Planned Parenthood Federation, IPPF*), ce projet vise à « instaurer des mécanismes de responsabilisation conduits par les jeunes et reposant sur des données, afin de permettre la participation des jeunes à la mise en œuvre des ODD et de disposer d'une base factuelle pour les activités de sensibilisation » (<http://www.ippf.org/our-approach/programmes/act2015>). Une autre initiative, sous l'égide de l'OMS, est en train d'être élaborée. Elle est provisoirement intitulée *Youth Voices Count*. Les pays devraient se préparer à tirer pleinement parti de ces initiatives mondiales, et envisager des dispositifs analogues de recueil de données, pilotés par les jeunes, afin de mobiliser ces derniers pour le déploiement et le suivi de la programmation nationale en faveur de la santé des adolescents.

Les possibilités de recueillir ou d'exploiter des données provenant directement d'adolescents et de jeunes adultes via des moyens électroniques, comme les messages textuels, les émissions de radio à ligne ouverte ou les réseaux sociaux, sont susceptibles de s'accroître considérablement pendant la période couverte par la Stratégie mondiale.

Voici deux exemples existants :

- *U-Report* – un outil d'envoi de messages à visée sociale, qui permet à tout membre d'une communauté, partout dans le monde, de répondre à des sondages, de signaler des problèmes, de soutenir les droits des enfants ou d'être un agent positif du changement, pour la population de son pays » (<https://ureport.in/>) ;
- *Crisis Trends* – un outil qui étudie des crises auxquelles sont confrontées des personnes aux États-Unis, telles que le sentiment d'angoisse (<http://crisistrends.org/>).

Deux études de cas, à l'annexe 6.3, montrent que le suivi systématique des programmes axés sur la santé des adolescents est utile pour :

- déterminer l'impact de l'initiative nationale « Un an de sobriété » sur la fréquentation des centres de santé pour des problèmes d'alcool chez les 7-14 ans en Lituanie (voir l'Étude de cas A6.1 ; (321)) ;
- évaluer l'incidence de la stratégie de lutte contre les grossesses adolescentes, mise en place en Angleterre, sur les taux de conception parmi les moins de 18 ans, et encourager à agir dans les domaines où les résultats obtenus ne sont pas optimaux (voir l'Étude de cas A6.2).



©Ammad Khan

6. Suivi, évaluation et recherche

6.2.

Évaluation des programmes de santé destinés aux adolescents

Le suivi consiste à recueillir des données de manière systématique pour vérifier ce que le programme a réalisé ou la mise en œuvre d'une intervention, tandis que l'évaluation consiste à estimer de façon critique dans quelle mesure le programme atteint ses buts et objectifs énoncés. Elle vise à répondre à des questions du type : Le programme atteint-il ses objectifs, ses buts et les cibles qui y sont associées ? Est-il géré de manière efficace et efficiente ? Les évaluations contribuent à la base de données attestant de l'efficacité des interventions et peuvent servir à améliorer ou à réorienter la mise en œuvre, ainsi que pour la planification ultérieure du programme. Elles peuvent être effectuées par le personnel interne au programme ou par des évaluateurs extérieurs. Les données de surveillance constituent une ressource majeure pour toute évaluation de programme.

Les évaluations de programmes devraient adopter les critères du Comité d'aide au développement (373), qui mesurent les éléments suivants d'un programme :

- **pertinence** – mesure dans laquelle les activités d'aide correspondent à l'objectif global du programme et à son impact souhaité ;
- **efficacité** – mesure du degré de réalisation des principaux objectifs du programme ;
- **efficience** – mesure dans laquelle une activité utilise les ressources les moins coûteuses possible pour produire les résultats escomptés ;
- **impact** – mesure du changement concret apporté aux bénéficiaires ;
- **viabilité** – probabilité que les bienfaits du programme perdurent en l'absence de financement externe.

Ce document ne traite pas des aspects fondamentaux de l'évaluation de programmes en général. D'autres sources donnent de bonnes indications à ce sujet (368) (369). L'objectif est ici de mettre en évidence les aspects particulièrement importants pour l'évaluation des programmes en faveur de la santé des adolescents.

Les pays devraient procéder à des évaluations périodiques afin de déterminer dans quelle mesure leur programme atteint ses buts et objectifs liés à la Stratégie globale. L'Étude de cas 20 présente un exemple d'évaluation portant sur l'Initiative nationale des cliniques amies des adolescents en Afrique du Sud (NAFCI) (374), et l'Étude de cas A6.3 de l'annexe 6.3 propose une évaluation d'un programme de santé sexuelle et reproductive dans l'État du Jharkhand en Inde (375).

Étude de cas 20

Évaluation par l'Afrique du Sud de normes destinées à améliorer la qualité des services aux adolescents dans les cliniques

L'Initiative nationale des cliniques amies des adolescents en Afrique du Sud (*South African National Adolescent Friendly Clinic Initiative – NAFCI*) a été lancée en 1999 dans le cadre de loveLife, un programme national multidimensionnel de lutte contre le VIH/sida, destiné aux jeunes. Les cliniques NAFCI ont convenu d'un ensemble de dix normes relatives à la fourniture de services adaptés aux adolescents. Une évaluation indépendante, réalisée entre juin 2002 et mars 2003, a été menée sur une journée par une équipe comprenant un représentant des jeunes dans 11 cliniques NAFCI et autant de cliniques témoins choisies au hasard au sein de la même communauté. Les dix normes ont été évaluées sur la base de 41 critères spécifiques.

Les cliniques NAFCI ont obtenu de meilleurs résultats que les cliniques témoins concernant les critères relatifs à la fourniture de services adaptés aux adolescents, la détermination des besoins de santé des adolescents

dans la communauté, la connaissance des droits des adolescents, la disponibilité d'informations spécifiques sur les adolescents et l'absence de jugement de la part du personnel. Dans l'ensemble, l'évaluation a montré que les cliniques NAFCI obtenaient des scores nettement meilleurs pour huit des dix normes.

Ces résultats ont été utilisés pour appuyer la demande d'expansion de ce projet. L'évaluation a également mis en évidence les domaines où des améliorations étaient nécessaires pour que toutes les cliniques NAFCI répondent aux dix normes souhaitées. Elle a montré qu'il ne suffisait pas qu'une seule norme soit satisfaite. Des améliorations significatives n'ont été observées que lorsque les cliniques recevaient l'appui, pendant une certaine période, d'un facilitateur formé aux approches d'amélioration de la qualité.

Source : (374).

Pour qu'une évaluation de programme soit significative et utile, elle doit être à la fois rigoureuse et objective. Elle ne doit pas se limiter à une liste de contrôle superficielle qui renseigne peu sur la qualité ou la couverture du programme mis en œuvre. Par exemple, l'évaluation d'un programme national d'éducation sexuelle complète ne doit pas se contenter d'indiquer, même documents à l'appui, que l'éducation sexuelle figure dans le programme national. Elle devrait vérifier si chaque aspect de ce programme est conforme aux thèmes et approches proposés dans le Guide technique international sur l'éducation sexuelle de l'UNESCO (376), en particulier pour les thèmes susceptibles d'être sensibles ou controversés. L'évaluation devrait évaluer la qualité et la couverture des aspects connexes des programmes de formation des enseignants. Elle devrait également inclure une évaluation de la qualité et de la couverture de la mise en œuvre du programme d'éducation sexuelle. Idéalement, elle devrait faire intervenir des experts externes qui disposent des capacités techniques nécessaires pour effectuer une évaluation rigoureuse du programme et réduire le risque de partialité, qui tient aux conflits d'intérêts potentiels des représentants du secteur de l'éducation.

La planification des évaluations devrait faire partie intégrante de la planification du programme et être incluse dans le plan initial de sorte que les évaluations bénéficient d'un budget adéquat. Elle permet également de définir clairement les objectifs et les cibles spécifiques du programme, ce qui facilite l'anticipation et évite les problèmes susceptibles d'être détectés par les évaluateurs.

Un système de suivi et d'évaluation a pour principale fonction de produire des informations sur lesquelles fonder les décisions de gestion d'un programme. Les informations obtenues à la suite d'une évaluation doivent être directement et rapidement prises en compte pour la planification du programme et la définition des priorités. Les révisions périodiques des programmes permettent de s'assurer que les résultats des évaluations sont utilisés et ne finissent pas au fond d'un tiroir. Ces examens devraient inclure une évaluation qui tienne compte des conclusions des évaluations internes et externes des programmes. L'Étude de cas A6.4 à l'annexe 6A.3, qui s'appuie sur un article de Hoopes et al. 2016, donne un exemple de ce type d'examen pour l'Inde (377). Les revues de programmes devraient également prendre en compte les données de suivi disponibles et l'opinion des parties prenantes, y compris des adolescents eux-mêmes et des organisations dirigées par des jeunes ou au service des jeunes. Les résultats de l'évaluation devraient être intégrés dans les processus d'examen participatifs afin que les priorités, les approches et les cibles du programme soient réévaluées et modifiées si nécessaire.

6. Suivi, évaluation et recherche

6.3.

Domaines prioritaires pour la recherche future

La recherche vise à accroître les connaissances actuelles grâce à l'obtention de données nouvelles. Les sections précédentes de ce rapport ont montré que l'on en sait beaucoup sur la charge de morbidité et des traumatismes chez l'adolescent et sur les facteurs de risque pour la charge future à l'âge adulte ; sur les interventions en faveur de la santé des adolescents qui sont efficaces et sur la meilleure manière de classer ces interventions par ordre de priorité et de les mettre en œuvre dans le cadre des programmes de santé pour les adolescents. Cependant, d'autres recherches seront essentielles afin de faire progresser la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) de façon à réaliser les ambitieux objectifs de développement durable liés à la santé. C'est pourquoi, la recherche et l'innovation sont l'un des neuf domaines d'action mis en évidence par la Stratégie globale (11). La recherche s'attachera principalement à déterminer quelles interventions devraient être mises en œuvre (recherche sur les programmes de santé des adolescents) et la meilleure façon de mener des interventions fondées sur des données probantes (recherche sur les modalités de la programmation en faveur de la santé des adolescents).

Cependant, les capacités de recherche sur les adolescents sont faibles par rapport à celles axées sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et en particulier dans les pays à revenu intermédiaire qui en ont le plus besoin (55). L'investissement dans le renforcement des capacités de recherche devra faire intervenir plusieurs disciplines, et apportera probablement un retour sur investissement substantiel.

Les questions importantes pour la recherche sont nombreuses, et il faudra sélectionner les priorités pour l'investissement.

L'OMS a récemment mené deux exercices de définition des priorités de recherche sur la santé des adolescents dans le monde pour aider les pays à prioriser leurs investissements dans la recherche (378) (379). Ils se sont appuyés sur la méthodologie du *Child Health and Nutrition Institute (CHNRI)* (380), dans laquelle les experts proposent des questions de recherche potentielles et leur attribuent une note en fonction de critères explicites de clarté, de responsabilité, d'importance, de potentiel de mise en œuvre et de pertinence pour l'équité.

Le premier exercice de définition des priorités (378) portait sur sept domaines liés à la santé sexuelle et reproductive des adolescents :

- santé de la mère
- contraception
- violences sexistes

- traitement et soins liés au VIH
- avortement
- intégration des services de planification familiale et de prise en charge du VIH
- infections sexuellement transmissibles.

Le Tableau A6.3 de l'annexe 6.4 présente les cinq questions qui arrivent en tête de liste dans chacun de ces sept domaines, ainsi que le type de question. La majorité des questions sont soit descriptives : recherche épidémiologique ou évaluation des interventions existantes (n = 16), soit relèvent de l'élaboration des interventions : recherche opérationnelle ou mise à l'échelle des interventions existantes (n = 18), et deux seulement sont liées à la découverte de nouvelles interventions.

Le deuxième exercice (379) couvrait huit autres domaines de la santé des adolescents :

- prévention et prise en charge des maladies transmissibles
- traumatismes et actes de violence
- santé mentale
- prise en charge des maladies non transmissibles
- nutrition
- activité physique
- consommation de substances psychoactives
- politique, systèmes de santé et systèmes sociaux.

Le Tableau A6.4 de l'annexe 6.4 présente les cinq questions de recherche les mieux classées dans chacun de ces huit domaines, ainsi que le type de question. La majorité des 40 questions classées parmi les cinq premières dans les huit domaines de la santé relèvent de l'épidémiologie descriptive (n = 13), de l'élaboration et de l'expérimentation des interventions (n = 8) ou de la fourniture et de la mise en œuvre des interventions (n = 14). Rares sont celles qui relèvent de la découverte d'interventions (n = 3) ou de la politique relative à la santé des adolescents ou de la recherche sur les systèmes de santé et les systèmes sociaux (n = 2).

Ces deux exercices ont montré que les priorités ont changé : les questions de base sur l'état de santé des adolescents cèdent la place à une réflexion sur les meilleures solutions permettant d'optimiser le renforcement des interventions existantes et de vérifier l'efficacité des interventions nouvelles.

Des priorités de recherche sur le mariage des enfants ont également été identifiées lors d'une réunion d'un groupe d'experts, organisée par l'OMS en 2013 (396). Cinq domaines clés ont été identifiés : prévalence et tendances ; causes ; conséquences ; efforts de prévention ; et appui aux filles mariées.

6.4.

La participation des adolescents au suivi, à l'évaluation et à la recherche

Idéalement, le suivi, l'évaluation et la recherche portant sur des programmes conçus pour améliorer la santé des adolescents devraient toujours tenir compte de l'opinion des adolescents. Les adolescents ou les jeunes peuvent aussi intervenir en tant qu'évaluateurs actifs, au lieu d'être de simples sujets de l'évaluation. Ils peuvent ainsi participer activement et significativement à la conception, à la mise en œuvre, à l'analyse et à l'interprétation des résultats, ainsi qu'à la formulation des recommandations résultant de l'évaluation du programme. Le *Youth Participation Guide* élaboré par *Family Health International et Advocates for Youth* procure des pistes sur la façon d'associer les adolescents (382).

La capacité des adolescents à évoluer rapidement est importante pour ce qui est de leur consentement et de leur assentiment à la collecte de données, et du rôle qu'ils peuvent jouer dans la conception, la mise en œuvre, l'analyse et l'interprétation des évaluations de programmes. La capacité d'un jeune de 19 ans sera très différente de celle d'un enfant de dix ans. De plus, tous les adolescents du même âge n'auront pas tous les mêmes capacités. En conséquence, il peut être nécessaire de varier les méthodes de collecte de données et les instruments d'étude en fonction de l'âge, et d'adopter des approches particulières pour collecter certaines données afin que les adolescents surmontent leur timidité ou comprennent bien l'exercice, en particulier les plus jeunes. Différents instruments de collecte de données peuvent être nécessaires selon que les adolescents sont jeunes, plus âgés ou handicapés.

Avant de commencer à collecter des données, il arrive souvent que des consultations supplémentaires soient nécessaires avec les adolescents, leur famille et leur communauté. Par exemple, si une enquête par questionnaire doit être utilisée, il faudra poser des questions délicates à des adolescents qui n'ont pas l'âge légal de la majorité (qui ont donc généralement moins de 18 ans), par exemple sur leur comportement sexuel à des adolescents non mariés ou sur leur consommation de drogues illégales. En outre, le consentement approprié des parents ou tuteurs légaux, en plus de l'assentiment des adolescents eux-mêmes, est nécessaire pour les mineurs. Il faut également veiller à la protection juridique et éthique et à l'accès aux services.

Un comité d'éthique doit mettre soigneusement en balance les avantages susceptibles de découler, pour tous les adolescents, d'une évaluation ou d'une étude et les droits des adolescents qui participeront à la collecte de données (160).

Tout le suivi, l'évaluation et la recherche devraient tenir compte de l'évolution de la capacité des adolescents et apporter des garanties appropriées. Malgré ces problèmes supplémentaires, les adolescents ne devraient pas être exclus indûment du suivi, de l'évaluation et de la recherche portant sur les programmes.

7. Conclusion

Les perspectives sont actuellement très encourageantes pour la santé des adolescents. Dans de nombreux pays, les services et les programmes en faveur de la santé des adolescents ne sont plus simplement intégrés dans ceux axés sur les enfants ou les adultes. Beaucoup de pays ont élaboré et mettent en œuvre des programmes de santé nationaux spécifiques aux adolescents. Ces efforts sont très différents tant au sein d'un même pays ou d'une même Région que d'un pays ou d'une Région à l'autre, mais de nombreux pays ont réussi à intensifier l'éducation de base en matière de santé sexuelle et reproductive dans les écoles et à fournir des services et des produits ad hoc aux adolescents par le biais des établissements de santé. En outre, certains pays s'efforcent d'élargir les programmes de santé des adolescents pour y inclure d'autres priorités, telles que les traumatismes et la violence, les maladies transmissibles et non transmissibles, la nutrition et l'activité physique, la santé mentale et la consommation de substances psychoactives.

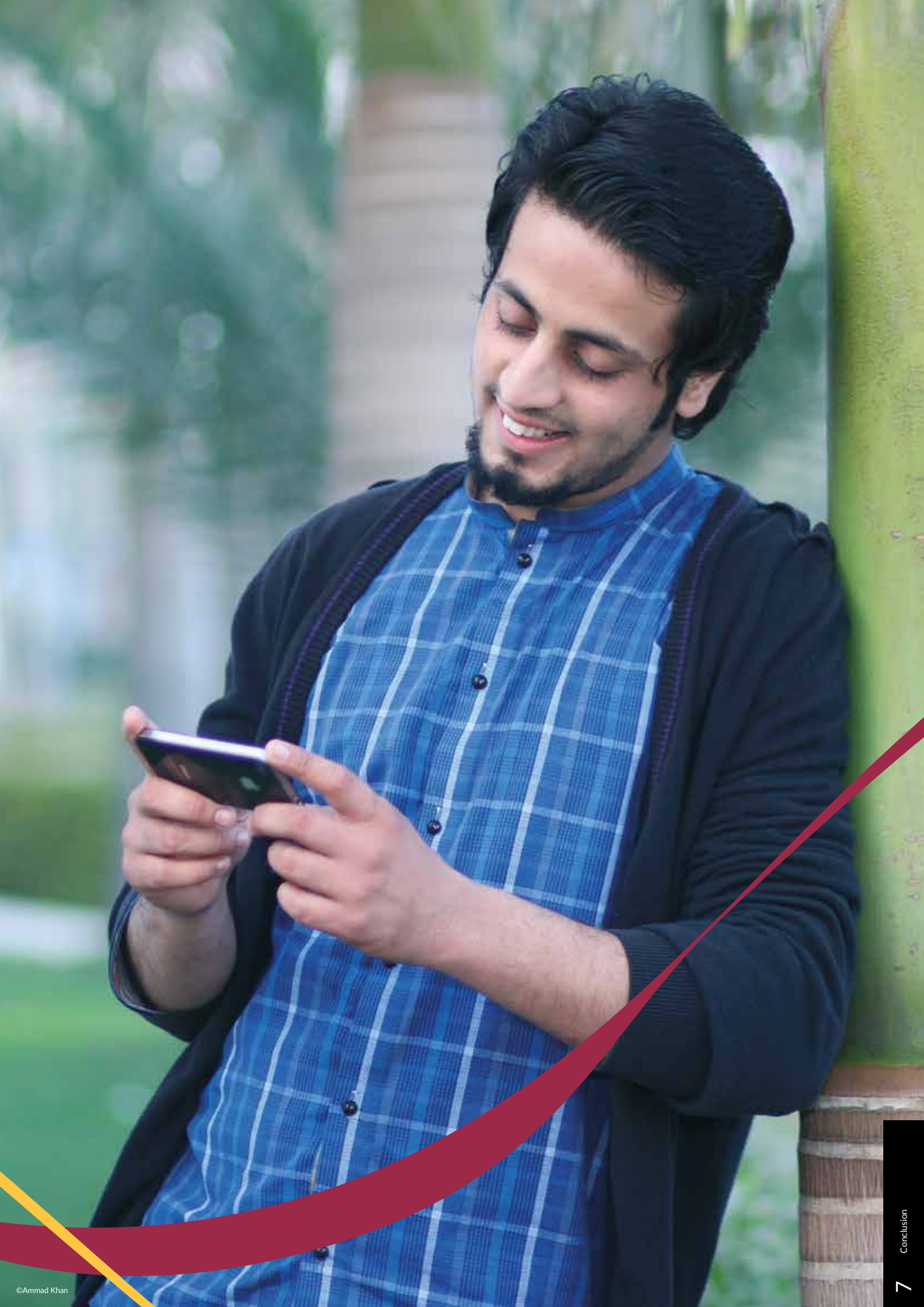
Les perspectives sont actuellement très encourageantes pour la santé des adolescents.

Il reste cependant beaucoup à faire. Il apparaît de plus en plus clairement que d'autres problèmes de santé chez les adolescents, parmi lesquels d'importants facteurs de mortalité et de mauvaise santé des adolescents et des futurs adultes, ont été négligés et justifient l'adoption de programmes spécifiques au niveau national, qui tiennent compte également d'autres causes de morbidité et de traumatismes, ainsi que de problèmes sociaux, éducatifs et économiques plus larges qui sont liés à la santé, au développement et au bien-être des adolescents.

Aujourd'hui, les pays disposent des données factuelles et des outils nécessaires pour relever efficacement ces défis, comme en attestent les présentes orientations AA-HA! pour la mise en œuvre de ce type de programmes. Ils ont de bonnes raisons de s'y atteler, que ce soit dans un but économique, de santé publique et/ou de défense des droits humains. Et, ce faisant, ils généreront un triple

retour sur investissement pour les adolescents aujourd'hui, pour les adultes qu'ils seront demain et pour la prochaine génération. Les organisations des Nations Unies partenaires qui ont participé à l'élaboration de ce document d'orientation sont prêtes à apporter une assistance technique aux pays qui intensifient leurs efforts pour la santé des adolescents.

Il est important que les pouvoirs publics et leurs partenaires enrichissent leurs connaissances à mesure qu'ils mettent en œuvre des programmes en faveur de la santé des adolescents sur la base des orientations AA-HA! et de la Stratégie globale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) dans son ensemble. Il faudra créer des plateformes d'apprentissage qui contribueront au partage d'expériences, de sorte que les orientations AA-HA! puissent évoluer.



8. Références

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Definition of youth. Fact sheet; 2016. (<http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>).
2. World Bank. World development indicators. Washington DC; 2016. (<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>).
3. Mathers C, Gretchen S et al. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000–2011. Geneva: WHO; 2013. (http://www.who.int/healthinfo/statistics/GlobalDALYmethods_2000_2011.pdf).
4. Population Reference Bureau. The challenge of attaining the demographic dividend. Policy brief. Washington DC; 2012. (<http://www.prb.org/pdf12/demographic-dividend.pdf>).
5. The determinants of health. In: WHO health impact assessment [website]. (<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>).
6. OMS. Cadre d'action d'urgence. Genève, 2013. (<http://www.who.int/hac/about/erf/fr/>).
7. Harper K, Armelagos G. The changing disease-scape in the third epidemiological transition. *International journal of environmental research and public health*. 2010;7(2):675-97. (<http://www.mdpi.com/1660-4601/7/2/675>).
8. WHO. Gender. In: WHO gender, equity and human rights [website]. (<http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition/en/>).
9. Napierala Mavedzenge S, Luecke E, Ross DA. Effectiveness of HIV prevention treatment and care interventions among adolescents: a systematic review of systematic reviews. UNICEF technical brief. New York: UNICEF; 2013. (http://www.grassrootsoffer.org/wp-content/uploads/SystReviewof-Syst-Review-Napierala-Mavedzenge-et-al-UNICEF-TechnBrief-Systematic-Review_Effective-HIV-Response-in-Adolescents_2013.pdf).
10. OMS. Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. Genève, 2016. (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/fr/>).
11. EWEC. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). New York; 2015. (http://www.who.int/pmnch/media/events/2015/gs_2016_30.pdf).
12. Krug E. C., Dahlberg L. L., Mercy J. A., Zwi A. B., Lozano R. (editors). Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, OMS, 2002. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/).
13. Facteurs de risque. In : Thèmes de santé [site Web]. (http://www.who.int/topics/risk_factors/fr/).
14. HCDH. Convention relative aux droits de l'enfant. New York, 1989. (<http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>).
15. Comité des droits de l'enfant des Nations Unies. Observation générale n° 20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence ; CRC/C/GC/20. (http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/GC/20&Lang=fr).
16. a. WHO. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015 Geneva; 2016. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html).
b. WHO. Global health estimates 2015: DALYs by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015 Geneva; 2016. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html).
c. UNAIDS. Prevention Gap Report. Geneva; 2016. (<http://www.refworld.org/docid/57862e014.html>).
17. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet*. 2016;387(10036):2383-401. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616006486>).
18. OMS. ONUSIDA. Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents : guide pour la mise en œuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents. Genève, 2015. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252726/1/9789242549331-vol1-fre.pdf>).
19. UNESCO. Puberty education & menstrual hygiene management. Paris; 2014. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002267/226792e.pdf>).
20. Catalano RF, Berglund ML, Ryan JAM, Lonczak HS, Hawkins JD. Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 2004;591(1):98-124. (<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0002716203260102>).
21. House S, Mahon T, Cavill S. Menstrual hygiene matters. A resource for improving menstrual hygiene around the world. WaterAid; 2012. (<http://www.wateraid.org/what-we-do/ourapproach/research-and-publications/view-publication?id=02309d73-8e41-4d04-b2ef-6641f6616a4f>).
22. UIT. Lignes directrices sur la protection en ligne des enfants à l'intention des décideurs. Genève, 2009. (https://www.itu.int/fr/publications/gs/Pages/publications.aspx?parent=S-GEN-COP.POL_MAKERS-2013&media=paper).
23. UIT. Lignes directrices sur la protection en ligne des enfants à l'intention des décideurs. Genève, deuxième édition 2016. (<https://www.itu.int/en/cop/documents/s-gen-cop.child-2016-pdf-e%5b1%5d.pdf>).
24. ITU. Guidelines for parents, guardians and educators on child online protection. Geneva; second edition 2016. (<http://www.itu.int/en/cop/pages/guidelines.aspx>).
25. Sumpter C, Torondel B. A systematic review of the health and social effects of menstrual hygiene management. *PLoS One*. 2013;8(4):e62004. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23637945>).
26. UNFPA. UNFPA framework for action on adolescents & youth. Opening doors with young people: 4 keys. New York; 2007.
27. Save the Children, UNICEF. Every child's right to be heard: a resource guide on the UN committee on the rights of the child general comment No.12. London; 2011.

28. WHO. Broadening the horizon: Balancing protection and risk for adolescents. Geneva; 2002. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_01_20/en/).
29. OMS. Services de santé adaptés aux adolescents : un programme pour le changement. Genève , 2002. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69750/1/WHO_FCH_CAH_02.14_fre.pdf).
30. WHO. Creating an environment for emotional and social well-being: an important responsibility of a health promoting and child-friendly school. Information series on school health document 10. Geneva; 2003. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/42819>).
31. WHO. Skills for health. Skills-based health education including life skills: an important component of a child-friendly/health-promoting school. Information series on school health document 9. Geneva; 2003.
32. WHO. Family life, reproductive health, and population education: key elements of a health-promoting school. Information series on school health document 8. Geneva; 2003. (http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf).
33. OMS. Aider les parents à améliorer la santé de l'adolescent dans les pays en développement. Genève , 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43885/1/9789242595840_fre.pdf?ua=1).
34. OMS. Guide pratique pour les soins aux adolescents : un outil de référence destiné aux agents de santé de premier niveau. Genève, Développement. Genève , 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44841/1/9789242599961_fre.pdf).
35. WHO. mHealth: new horizons for health through mobile technologies. Based on the findings of the second global survey on ehealth. Geneva; 2011. (http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf).
36. WHO. Report of the commission on ending childhood obesity. Geneva; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf).
37. OMS. Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. Programme d'action : combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) – version 2.0. Genève , 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44501/1/9789242548068_fre.pdf).
38. OMS. Prévention du suicide – L'état d'urgence mondial. Luxembourg , 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1).
39. UNHCR, UNICEF, WFP, WHO. Food and nutrition needs in emergencies. Geneva, 2002. (<http://www.who.int/nutrition/publications/emergencies/a83743/en/>).
40. The Sphere Project. The sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. Bourton on Dunsmore, United Kingdom: Practical Action Publishing; 2011. (<http://www.sphereproject.org>).
41. WHO. Guidance note on disability and emergency risk management for health. Geneva; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf).
42. Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. Advocating for change for adolescent health. A toolkit for youth organizations to champion and advocate for adolescent health and well-being. Geneva; 2017 (in print; title is provisional).
43. OMS, HCR. Gestion clinique des victimes de viol. Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays. Genève , 2004. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43156/1/9242592633_fre.pdf).
44. OMS. Ce qu'il faut faire et ne pas faire dans le cadre des programmes psychosociaux communautaires relatifs aux violences sexuelles dans les situations de conflit. Genève , 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75176/1/WHO_RHR_HRP_12.16_fre.pdf).
45. OMS. Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants. Genève , 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254627/1/9789242565355_fre.pdf).
46. Inter-Agency Standing Committee. Sexual and reproductive health (SRH) including HIV: From minimum initial response to comprehensive services. 2010.
47. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises. Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings. 2010 revision for field review. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305149/pdf/Bookshelf_NBK305149.pdf).
48. WHO, UNICEF, USAID. Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene: practical solutions for policies and programmes. Geneva; 2015. (https://www.unicef.org/media/files/IntegratingWASHandNut_WHO_UNICEF_USAID_Nov2015.pdf).
49. OMS, HCR. Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP). Prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire. Genève , 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180972/1/9789242548921_fre.pdf?ua=1).
50. EWEC. A global strategy for every woman every child in every setting. EWEC Technical Content Workstream Working Group on Humanitarian Challenges (21/03/2015). (http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2015/02/15_revised_EWEC_Humanitarian150322RKMT-HD_11_2015-03-24.pdf).
51. UN Secretary-General announces \$25 billion in initial commitments to end preventable deaths of women, children and adolescents by 2030. In: United Nations Sustainable Development Goals [website] 26 September 2015. (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/blog/2015/09/un-secretary-general-announces-25-billion-in-initial-commitments-to-end-preventable-deaths-of-women-children-and-adolescents-by-2030/>).

8. Références

52. United Nations General Assembly A/RES/70/1. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York; 2015. (http://unctad.org/meetings/en/SessionalDocuments/ares70d1_en.pdf).
53. Comité des droits de l'enfant, Nations Unies. Observation générale n° 4 (2003). La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant. (CRC/GC/2003/4 ; http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/GC/2003/4).
54. Deogan C, Ferguson J, Stenberg K. Resource needs for adolescent friendly health services: estimates for 74 low- and middle-income countries. *PLoS One*. 2012;7(12):e51420. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23300548>).
55. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423-78. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(16\)00579-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(16)00579-1/fulltext)).
56. Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new global investment framework. *Lancet*. 2014;383(9925):1333-54. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361362231X>).
57. Urdal H. A clash of generations? youth bulges and political violence. Expert paper No. 2012/1. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs (Population Division) ; 2012. (http://www.un.org/esa/population/publications/expertpapers/Urdal_Expert%20Paper.pdf).
58. United Nations Department of Economic and Social Affairs (Population Division). Population 2030: Demographic challenges and opportunities for sustainable development planning. (ST/ESA/SER.A/389). New York; 2015. (<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/population2030.pdf>).
59. FNUAP. Les raisons d'investir sur les jeunes dans le cadre de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté. New York, 2010. (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Case%20for%20Investing-FINAL_FR_v1.pdf).
60. Banque mondiale. Rapport sur le développement dans le monde 2007 : le développement et la prochaine génération. Washington D. C., 2007. (<http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/327111468158073370/pdf/449630WDROFREN1070overview01PUBLIC1.pdf>).
61. Chaaban J, Cunningham W. Measuring the economic gain of investing in girls: the girl effect dividend. New York: World Bank; 2011. (<http://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-5753>).
62. Resnick MD, Catalano RF, Sawyer SM, Viner R, Patton GC. Seizing the opportunities of adolescent health. *Lancet*. 2012;379(9826):1564-7. ([http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)60472-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)60472-3.pdf)).
63. Bird K. The intergenerational transmission of poverty: an overview. Overseas Development Institute working paper 286/ Chronic Poverty Research Centre Working Paper 99. London: ODI/CPRC; 2007. (<https://pdfs.semanticscholar.org/b845/f2b2e157e341a8f4b9fde9d1477ef4ac1fca.pdf>).
64. d'Addio AC. Intergenerational transmission of disadvantage: mobility or immobility across generations? OECD social, employment and migration working papers. 2007(52):0_1. (www.oecd.org/els/38335410.pdf).
65. UNICEF. The state of the world's children 2011. Adolescence – an age of opportunity. New York; 2011. (<https://www.unicef.org/sowc2011/>).
66. WHO. Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries. Geneva; 2004. (http://158.132.116.146/adh/2_AD_sexual_reproductiveH/WHO%20-%20Risk%20and%20protective%20factors%20affecting%20ASRH%20in%20developi.pdf).
67. OMS, ONUDC, PNUD. Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde. Genève, 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145088/1/WHO_NMH_NVI_14.2_fre.pdf?ua=1).
68. UNFPA. How our future depends on a girl at this decisive age: 10. The state of world population 2016. New York; 2016. (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/the_state_of_world_population_2016_-_english.pdf).
69. EWEC. Technical guidance for prioritizing adolescent health. New York: UNFPA; 2017. (<http://www.unfpa.org/publications/technical-guidance-prioritizing-adolescent-health>).
70. WHO. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Geneva; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170251/1/9789241549004_eng.pdf).
71. WHO. Building an adolescent-competent workforce. Policy brief. Geneva; 2015. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent-competent-workforce/en/).
72. Giedd JN. The teen brain: insights from neuroimaging. *J Adolesc Health*. 2008;42(4):335-43. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X0800075X>).
73. WHO. Health for the world's adolescents a second chance in the second decade: Summary. Geneva; 2014. (http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_mncah_hwa_executive_summary.pdf).
74. Crone EA, Dahl RE. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*. 2012;13(9):636-650. (<http://www.nature.com/nrn/journal/v13/n9/full/nrn3313.html>).
75. Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet*. 2007;369(9567):1130-9. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607603663>).
76. Johnson SB, Blum RW, Giedd JN. Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *J Adolesc Health*. 2009;45(3):216-21. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2892678/pdf/nihms207310.pdf>).
77. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Adolescent Health Care. Committee opinion No. 653 summary: concerns regarding social media and health issues in adolescents and young adults. *Obstet Gynecol*. 2016 Feb;127(2):414. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26942381>).

78. Bailin A, Milanaik R, Adesman A. Health implications of new age technologies for adolescents: a review of the research. *Current Opinion in Pediatrics*. 2014;26(5):605-19. (<http://www.medscape.com/medline/abstract/25160783>).
79. Boyar R, Levine D, Zensius N. *TECHsex USA: youth sexuality and reproductive health in the digital age*. Oakland: ISIS, Inc; 2011. (<https://yth.org/wp-content/uploads/yth-youth-healthdigital-age.pdf>).
80. Third A, Bellerose D, Dawkins U, Keltie E, Pihl K. *Children's rights in the digital age: a download from children around the world*. Melbourne: Young and Well Cooperative Research Centre; 2014. (https://www.unicef.org/publications/index_76268.html).
81. Parker I. *Young people, sex and relationships: the new norms*. London: Institute for Public Policy Research; 2014. (http://www.ippr.org/files/publications/pdf/young-people-sex-relationships_Aug2014.pdf?noredirect=1).
82. Aboujaoude E, Savage MW, Starcevic V, Salame WO. Cyberbullying: review of an old problem gone viral. *J Adolesc Health*. 2015;57(1):10-8. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X15001664>).
83. Calado F, Alexandre J, Griffiths MD. Prevalence of adolescent problem gambling: a systematic review of recent research. *Journal of Gambling Studies*. 2016;1-28. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s10899-016-9627-5>).
84. Day A. Getting the 'blues': the existence, diffusion and influence of pornography on young peoples' sexual health in Sierra Leone. *Cult Health Sex*. 2014;16(2):178-89. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24387328>).
85. Hamm MP, Newton AS, Chisholm A, Shulhan J, Milne A, Sundar P et al. Prevalence and effect of cyberbullying on children and young people: a scoping review of social media studies. *JAMA Pediatrics*. 2015;169(8):770-7. (<http://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2337786>).
86. Kuss DJ, Griffiths MD. Online gaming addiction in children and adolescents: a review of empirical research. *J Behav Addict*. 2012 Mar;1(1):3-22. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26166826>).
87. Lam LT. Risk factors of internet addiction and the health effect of internet addiction on adolescents: a systematic review of longitudinal and prospective studies. *Current Psychiatry Reports*. 2014;16(11):1-9. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-014-0508-2>).
88. Moreno MA, Whitehill JM. Influence of social media on alcohol use in adolescents and young adults. *Alcohol Research: current reviews*. 2014;36(1):91. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4432862/>).
89. N'Dri KM, Yaya I, Saka B, Aboubakari AS, Kouassi DP, Ekou KF. Pornography and sexual behaviour of schoolchildren in the Cocody district of Abidjan. *Santé Publique*. 2015;27(5):733-7. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26752039>).
90. Shek DT, Ma CM. A six-year longitudinal study of consumption of pornographic materials in Chinese adolescents in Hong Kong. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(1):S12-S21. ([http://www.jpagonline.org/article/S1083-3188\(15\)00325-3/abstract](http://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(15)00325-3/abstract)).
91. Svedin CG, Åkerman I, Priebe G. Frequent users of pornography. A population based epidemiological study of Swedish male adolescents. *Journal of Adolescence*. 2011;34(4):77988. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197110001387>).
92. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO; 2008. (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/).
93. Viner RM, Hargreaves DS, Ward J, Bonell C, Mokdad AH, Patton G. The Health Benefits of secondary education in adolescents and young adults: an international analysis in 186 low-, middle-and high-income countries from 1990 to 2013. *SSM-Population Health*. 3 (2017) 162–171. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827316301690>).
94. Prüss-Üstün A and Corvalán C. *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease (first edition)*. Geneva: WHO; 2006. (http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf).
95. OMS, PNUE. *Un environnement sain pour des enfants sains : messages clés pour des actions concrètes*. Genève, 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44463/1/9789242599886_fre.pdf).
96. WHO, UNEP. *State of the science of endocrine disrupting chemicals – 2012*. Geneva; 2013. (<http://www.who.int/ceh/publications/endocrine/en/>).
97. *Changement climatique et santé (révisé en juin 2016)*. In: Centre des médias de l'OMS [site Web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/fr/>).
98. WHO. *Childhood lead poisoning*. Geneva; 2010. (<http://www.who.int/ceh/publications/leadguidance.pdf>).
99. WHO. *Children's exposure to mercury compounds*. Geneva; 2010. (http://www.who.int/ceh/publications/children_exposure/en/).
100. OMS. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. Genève, 2003. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42812/1/9242591017.pdf>).
101. OMS. *MPOWER : un programme de politiques pour inverser le cours de l'épidémie*. Genève, 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43893/1/9789242596632_fre.pdf).
102. OMS. *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*. Geneva; 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44485/1/9789242599930_fre.pdf).
103. WHO. *Policy brief: taking measures to implement the who set of recommendations to reduce the impact of the marketing of unhealthy foods and non-alcoholic beverages to children*. Genève, 2014. (<http://www.who.int/nmh/ncd-coordination-mechanism/Policybrief31.pdf?ua=1>).
104. Sonenstein FL. Introducing the well-being of adolescents in vulnerable environments study: methods and findings. *J Adolesc Health*. 2014;55(6 Suppl):S1-3. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25453997>).
105. WHO, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, UNFPA. *The global early adolescent study: an exploration of the evolving nature of gender norms and social relations 10-14 years: a critical age*. (<http://aphrc.org/wp-content/uploads/2015/04/GEAS-March-2015.pdf>).

8. Références

106. WHO. Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook. Geneva; 2016. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250442/1/9789241511391-eng.pdf?ua=1>)
107. Aide-mémoire- Troubles du spectre autistique (mise à jour avril 2017). In : Centre des médias de l'OMS [site Web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/fr/>).
108. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève, 2002. (<http://www.who.int/whr/2002/fr/>).
109. USAID, PEPFAR, Youthpower. Positive youth development measure toolkit: a practical guide for implementers of youth programs. Washington DC; 2016. (https://static.globalinnovationexchange.org/s3fs-public/asset/document/pyd%20measurement%20toolkit%20final.pdf?fmetopj.28pxhwjfwdxarknamnbnvg_r).
110. WHO Western Pacific Region. Young people and alcohol: a resource book. Geneva; 2015. (http://www.wpro.who.int/mental_health_substance_abuse/publications/youngpeoplealcohol_wpro/en/).
111. National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP). Learning Center literature review: positive youth development. Rockville: Substance Abuse and Santé mentale Services Administration (SAMHSA); 2015. (http://www.nrepp.samhsa.gov/docs/literatures/nrepp%20lit%20review_positive%20youth%20development.pdf).
112. UNICEF. Accelerating programming for and with adolescents. UNICEF 2014-2017 strategic plan. New York; 2014. (<https://www.ungm.org/unuser/documents/downloadpublicdocument?docid=314191>).
113. Cook P. understanding the effects of adolescent participation in health programmes. *The International Journal of Children's Rights*. 2008;16(1):121-39. (<http://booksandjournals.brillonline.com/content/journals/10.1163/092755608x267139>).
114. WHO. Inheriting a sustainable world? Atlas on children's health and the environment. Geneva; 2017. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254677/1/9789241511773-eng.pdf?ua=1>).
115. World Bank. Working together to attain women's empowerment and demographic dividend in the Sahel. New York; 2015 (unpublished).
116. International Planned Parenthood Federation. Everyone's right to know: delivering comprehensive sexuality education for all young people. London; 2016 (http://www.ippf.org/sites/default/files/2016-05/ippf_cse_report_eng_web.pdf).
117. OMS. Sécurité sanitaire des aliments et catastrophes naturelles. Note d'information INFOSAN n° 5/2005 (Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments). (http://www.who.int/foodsafety/fs_management/no_05_naturaldisasters_sept05_fr.pdf).
118. OMS. Les jeunes et la sécurité routière. Genève, 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43636/1/9789242595116_fre.pdf).
119. OMS, UNICEF. Rapport sur la prévention des traumatismes chez l'enfant : Genève, 2008. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/fr/).
120. OMS. Traumatismes et violence : les faits 2014. Genève, 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161367/1/9789241508018_fre.pdf?ua=1).
121. WHO. Youth violence: the health sector role in prevention and response. Infographic. Geneva; 2015 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/youth/yv_infographic_small.pdf?ua=1).
122. OMS. Stratégies et pratiques mondiales de vaccination systématique (SPMVS) : document complémentaire du plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV). Genève, 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206454/1/9789242510102_fre.pdf).
123. UNAIDS. Global AIDS update. Geneva; 2016. (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/global-aids-update-2016>).
124. WHO. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf).
125. IPU, WHO. Child, early and forced marriage legislation in 37 Asia-Pacific countries. Geneva; 2016. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246283/1/9789241565042-eng.pdf?ua=1>).
126. L ooker KJ, Magaret AS, May MT, Turner KM, Vickerman P, Gottlieb SL et al. Global and regional estimates of prevalent and incident herpes simplex virus type 1 infections in 2012. *PLoS One*. 2015;10(10):e0140765. (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0140765>).
127. Aide-mémoire — Herpès (virus de l'herpès) (mis à jour, janvier 2017). In : Centre des médias de l'OMS [site Web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs400/fr/>).
128. WHO. Sexually transmitted infections: issues in adolescent health and development. WHO discussion papers on adolescence. Geneva; 2004. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42902/1/9241591420_eng.pdf).
129. Aide-mémoire - Papillomavirus humain (PVH) et cancer du col de l'utérus (mis à jour, juin 2016). In : Centre des médias de l'OMS [site Web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/fr/>).
130. Aide-mémoire — La grossesse chez les adolescentes (mis à jour, septembre 2014). In : Centre des médias de l'OMS [site Web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>).
131. Lopez LM, Grey TW, Hiller JE, Chen M. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015. Issue 7. art. No. CD001863. (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.cd001863.pub4/full>).

132. OMS. 2015 Chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent : réalisations et perspectives. Rapport final du Groupe d'examen indépendant d'experts (iERG) sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Genève, 2015. (http://www.who.int/woman_child_accountability/iERG/reports/2015/iERG2015-ExecutiveSummary-FR.pdf?ua=1).
133. Neelofur-Khan D. Adolescent pregnancy – unmet needs and undone deeds. A review of the literature and programmes issues in adolescent health and development. Geneva; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43702/1/9789241595650_eng.pdf).
134. UNICEF. A study on early child marriage in Jordan 2014. Amman: 2014. (http://www.unicef.org/jordan/UNICEFJordan_EarlyMarriageStudy2014-E_COPY.pdf).
135. OMS. Éliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration interinstitutions. Genève, 2008. (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/fr/>).
136. Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*. 2006;367(9525):1835. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68805-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68805-3/fulltext)).
137. OMS. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021- Vers l'élimination des IST. Genève, 2016. (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/fr/>).
138. OMS, FNUAP. Les adolescentes mariées : toujours soumises au risque. Genève, 2006. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241593776/fr/).
139. OMS. Vaccins antityphoïdiques : note d'information de l'OMS. Genève, 2008. (<http://www.who.int/wer/2008/wer8306.pdf>).
140. Aide-mémoire – Méningite à méningocoques (mis à jour, novembre 2015). In : Centre des médias de l'OMS [site Web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/fr/>).
141. WHO. Guidelines for the treatment of malaria – 3rd edition. Geneva; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162441/1/9789241549127_eng.pdf).
142. WHO. The Africa Health Transformation Programme 2015-2020: A Vision for Universal Health Coverage. Brazzaville; 2015. (<http://www.afro.who.int/en/rdo/reports/4928-the-africa-health-transformation-programme-2015-2020-a-vision-for-universal-health-coverage.html>).
143. Global Burden of Disease Pediatrics Collaboration, Kyu HH, Pinho C, Wagner JA, Brown JC, Bertozzi-Villa A et al. Global and national burden of diseases and injuries among children and adolescents between 1990 and 2013: findings from the global burden of disease 2013 study. *JAMA Pediatrics*. 2016;170(3):267-87. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26810619>).
144. Nankabirwa J, Brooker SJ, Clarke SE, Fernando D, Gitonga CW, Schellenberg D et al. Malaria in school-age children in Africa: an increasingly important challenge. *Trop Med Int Health*. 2014;19(11):1294-309. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25145389>).
145. OMS. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2015. Genève, 2015. (http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/).
146. OMS. Tuberculose de l'enfant : feuille de route - objectif zéro décès. Genève, 2013. (<http://www.who.int/tb/publications/tb-childhoodroadmap/fr/>).
147. Aide-mémoire – Anomalies congénitales (mis à jour, septembre 2016). In : Centre des médias de l'OMS [site Web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/fr/>).
148. Sickle-cell disease and other haemoglobin disorders fact sheet (January 2011). In: WHO media centre [website]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs308/en/>).
149. Verduzco LA, Nathan DG. Sickle cell disease and stroke. *Blood*. 2009;114(25):5117-25. (<http://www.bloodjournal.org/content/114/25/5117?variant=full-text&sso-checked=true>).
150. WHO. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. Geneva; 2007. (http://www.who.int/gard/publications/gard_manual/en/).
151. Sanfilippo AM, Barrio V, Kulp-Shorten C, Callen JP. Common pediatric and adolescent skin conditions. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003;16(5):269-83. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1083318803001475>).
152. Krowchuk DP. Managing adolescent acne: a guide for pediatricians. *Pediatr Rev*. 2005;26(7):250-61.
153. WHO. Noncommunicable diseases risk behaviours among youth in the South-East Asia Region: findings from GSHS and GYTS. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2016. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249590/1/9789290225232.pdf>).
154. Fliege H, Lee J-R, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2009;66(6):477-93. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399908004935>).
155. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373-82. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612603225>).
156. Jans T, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behaviour. In: Rey JM, editor. IACAPAP e-textbook of child and adolescent Santé mentale. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012:1-35. (<http://iacapap.org/wp-content/uploads/e.4-suicide-072012.pdf>).
157. OMS. Mesures globales et coordonnées pour la prise en charge des troubles du spectre autistique : rapport du Secrétariat. Genève, 2013. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb133/b133_4-fr.pdf).
158. UNFPA and the Women's Refugee Commission. Young people on the Frontlines of Crisis. 2015. (<https://consultations.worldhumanitariansummit.org/node/504128>).
159. OMS. Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence. Genève, 2007. (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241595681/fr/>).

8. Références

160. WHO. The sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries: reviewing the evidence, identifying research gaps, and moving the agenda: report of a WHO technical consultation, Geneva, 4–5 November 2010. Geneva; 2011. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/rhr_11_11/en/).
161. OMS. Appui à la santé mentale et soutien psychosocial en cas de violence sexuelle liée aux conflits : principes et interventions. Genève, 2012. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_18/fr/).
162. Save the Children. Every last girl. London; 2016. (http://www.ceipaz.org/images/contenido/every_last_girl.pdf).
163. UNICEF. Children with disabilities. The state of the world's children 2013. New York; 2013. (https://www.unicef.org/sowc2013/files/SWCR2013_ENG_Lo_res_24_Apr_2013.pdf).
164. UNICEF. Ending child marriage: progress and prospects. New York; 2014. (https://www.unicef.org/media/files/child_marriage_report_7_17_lr.pdf).
165. Barker G. Et si on parlait des garçons ? Compte-rendu de publications sur la santé et le développement des garçons adolescents. Genève : OMS ; 2000. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/66488>).
166. Menstrual Hygiene Scheme. In: National health mission, Rashtriya Kishor Swasthya Karyakram [website]. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India; 2012. (<http://nrhm.gov.in/nrhm-components/rmnc-h-a/adolescent-health-rsk/menstrual-hygiene-scheme-mhs/background.html#>).
167. WHO. IMAI district clinician manual: hospital care for adolescents and adults. Geneva; 2011. (<http://www.who.int/hiv/pub/imai/imai2011/en/>).
168. OMS. Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2013 - Soutenir une décennie d'action. Genève, 2013. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/fr/).
169. WHO. Child development and motorcycle safety. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2015. (http://www.searo.who.int/entity/disabilities_injury_rehabilitation/documents/childdevandmcsafety2015.pdf?ua=1).
170. OMS. Rapport mondial sur la noyade - Comment prévenir une cause majeure de décès. Genève, 2014. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/global_report_drowning/fr/).
171. WHO. Drowning prevention in the South-East Asia Region–2014. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2014. (http://www.searo.who.int/entity/disabilities_injury_rehabilitation/documents/infosheetdrowningpreventionsear2014.pdf?ua=1).
172. WHO. A WHO plan for burn prevention and care. Geneva; 2008. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97852/1/9789241596299_eng.pdf).
173. WHO. Burning opportunity: clean household energy for health, sustainable development, and wellbeing of women and children. Geneva; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204717/1/9789241565233_eng.pdf).
174. Peden M., Scurfield R., Sleet D., Mohan D., Hyder A. A., Jarawan E., et al. Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation. Genève, OMS ; 2004. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/fr/).
175. WHO. Burn prevention: success stories and lessons learned. Geneva; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97938/1/9789241501187_eng.pdf).
176. WHO. Preventing youth violence: an overview of the evidence. Geneva; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181008/1/9789241509251_eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1).
177. Aide-mémoire – La maltraitance des enfants (révision septembre 2016). In : Centre des médias de l'OMS [site Web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>).
178. Smith CA, Ireland TO, Thornberry TP. Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behavior. Child Abuse & Neglect. 2005;29(10):1099-119. (http://ac.els-cdn.com/S0145213405002097/1-s2.0-S0145213405002097main.pdf?_tid=ede1cece-185f-11e7-9e14-00000a0ab0f6c&acdnat=1491218775_87fba76035fec14819d8c50a84d3ad).
179. Roach ES, Golomb MR, Adams R, Biller J, Daniels S, Deveber G et al. Management of stroke in infants and children: a scientific statement from a special writing group of the American Heart Association Stroke Council and the Council on Cardiovascular Disease in the Young. Stroke. 2008;39(9):2644-91. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18635845>).
180. OMS. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Genève, 2006. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/fr/).
181. Rothman EF, Butchart A, Cerda M. Intervening with perpetrators of intimate partner violence: a global perspective. Geneva: WHO; 2003. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/intervening_full.pdf).
182. WHO. Strengthening care for the injured: success stories and lessons learned from around the world. Geneva; 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44361/1/9789241563963_eng.pdf).
183. WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes – Intervenir et produire des données. Genève : OMS, 2010. (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564007/fr/>).
184. De Koker P, Mathews C, Zuch M, Bastien S, Mason-Jones AJ. A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence. J Adolesc Health. 2014;54(1):3-13. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X13004606>).

185. OMS. Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques. Genève, 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/88186/1/WHO_RHR_13.10_fre.pdf).
186. WHO. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva; 2003. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>).
187. UNESCO. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. Paris; 2009. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>).
188. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(3):e89692. (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0089692>).
189. UNESCO. Comprehensive sexuality education: a global review 2015. Paris; 2015. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002357/235707e.pdf>).
190. OMS. Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement. Directives de l'OMS. Genève, 2011. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/fr/).
191. Meuwissen LE, Gorter AC, Knottnerus AJA. Impact of accessible sexual and reproductive health care on poor and underserved adolescents in Managua, Nicaragua: a quasi-experimental intervention study. *J Adolesc Health*. 2006;38(1):56.e1-e9. (http://ac.els-cdn.com/S1054139X05000273/1-s2.0-S1054139X05000273-main.pdf?_tid=a4f544f8-1863-11e7-914d-00000aab0f6c&acdnat=1491220370_91069469824dde958c9729a9e2f862ed).
192. Crisman B, Dykstra S, Kenny C, O'Donnell M. The impact of legislation on the hazard of female genital mutilation/cutting: regression discontinuity evidence from Burkina Faso. Working paper 432, July 2016. Washington DC: Center for Global development; 2016. (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/impact-legislation-hazard-female-genital-mutilationcutting-regression-discontinuity.pdf>).
193. OMS. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Genève, 2016. (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/fr/>).
194. Save the Children. Too young to wed: The growing problem of child marriage among Syrian girls in Jordan. London; 2014. (<http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/too-young-wed>).
195. UNICEF. Early marriage: child spouses. Florence; 2001. (https://www.unicef.org/childrenandislam/downloads/early_marriage_eng.pdf).
196. UNFPA. Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy. New York; 2015. (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf).
197. WHO and UNFPA. Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide. Copenhagen; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/158866/1/9789241549103_eng.pdf).
198. OMS. Santé mentale et soutien psychosocial pour les victimes de violence sexuelle liée au conflit : dix mythes. Genève, 2012. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/75178>).
199. WHO. Sexually transmitted infections (STIs): the importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. Geneva; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82207/1/WHO_RHR_13.02_eng.pdf?ua=1).
200. WHO, UNAIDS. A framework for voluntary medical male circumcision: effective HIV prevention and a gateway to improved adolescent boys' & men's health in eastern and southern Africa by 2021. Geneva; 2016. (<http://www.ehpsa.org/revhivprev/key-resources/6-voluntary-male-medical-circumcision/framework-2021/211-policy-brief-vmcc-2021web/file>).
201. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Geneva; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf).
202. OMS. Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH : Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires. Genève, 2012. (http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/fr/).
203. WHO. HIV and young people who sell sex. Technical brief. Geneva; 2015. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_people_who_sell_sex_en.pdf).
204. WHO. HIV and young people who inject drugs. Technical brief. Geneva; 2015. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_people_drugs_en.pdf).
205. WHO. HIV and young men who have sex with men. Technical brief. Geneva; 2015. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_men_sex_with_men_en.pdf).
206. WHO. Technical brief: HIV and young transgender people. Geneva; 2015. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_transgender_en.pdf).
207. Government of the Republic of South Africa. A message to educators on tuberculosis. Pretoria: Department of Basic Education; 2015. (http://www.education.gov.za/portals/0/documents/publications/Is%20a%20message%20to%20educators_final.pdf?ver=2015-01-21-141829-000).
208. OMS. Lignes directrices concernant la prise en charge de la tuberculose chez l'enfant dans le cadre des programmes nationaux. Genève, deuxième édition 2014. (http://www.who.int/tb/publications/childtb_guidelines/fr/).
209. WHO. Global health sector response to HIV, 2000-2015. Focus on innovations in Africa: progress report. Geneva; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198065/1/9789241509824_eng.pdf?ua=1).

8. Références

210. OMS. Principes et considérations sur l'ajout d'un vaccin dans un programme national de vaccination : de la décision à l'exécution et au suivi. Genève, 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151615/1/9789242506891_fre.pdf?ua=1).
211. OMS. Guide de l'utilisateur de l'Outil d'évaluation des coûts de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus (C4P), Genève, 2012. (http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/C4P_USER_GUIDE_V1.0_fr.pdf).
212. US Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. HPV vaccine for preteens and teens. Diseases and the vaccines that prevent them: information for parents. Atlanta; 2015. (<https://www.cdc.gov/vaccines/parents/diseases/teen/hpv-indepth-color.pdf>).
213. Cancer Council Australia. Has the program been successful? In: HIV vaccine [website]. (<http://www.hpvvaccine.org.au/thehpv-vaccine/has-the-program-been-successful.aspx>) accessed 4 April 2017.
214. WHO. Malaria prevention and control: an important responsibility of a health-promoting school. Geneva; 2007. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43734>).
215. Aide-mémoire — Asthme (mis à jour, novembre 2013). In : Centre des médias de l'OMS [site Web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/fr/>).
216. OMS. Lignes directrices OMS relatives à la qualité de l'air : particules, ozone, dioxyde d'azote et dioxyde de soufre : mise à jour mondiale 2005 : synthèse de l'évaluation des risques. Rapport n° 9289021926. Genève, 2006. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/69476>).
217. Aide-mémoire — Qualité de l'air ambiant et santé (mis à jour, septembre 2016). In : Centre des médias de l'OMS [site Web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/fr/>).
218. WHO. Preventing diarrhoea through better water, sanitation and hygiene: exposures and impacts in low- and middle-income countries. Geneva; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/150112/1/9789241564823_eng.pdf).
219. Rickert B. Water safety plan: a field guide to improving drinking-water safety in small communities. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen; 2014. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/243787/water-safety-planeng.pdf).
220. OMS, UNICEF. L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé état : des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Genève, 2015. (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-care-facilities/fr/).
221. WHO. Protecting surface water for health. Identifying, assessing and managing drinking-water quality risks in surface-water catchments. Geneva; 2016. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/246196>).
222. OMS. La planification de la gestion de la sécurité sanitaire de l'assainissement : Manuel pour une utilisation et une élimination sûre des eaux usées, des excréta et des eaux ménagères. Genève, 2016. (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ssp-manual/fr/).
223. WHO. Healthy Nutrition: an essential element of a health-promoting school. Geneva; 1998. (<http://www.who.int/hpr/>).
224. WHO. The physical school environment: an essential component of a health-promoting school. Geneva; 1998. (http://www.who.int/school_youth_health/media/en/physical_sch_environment.pdf).
225. OMS. Action locale : créer des écoles-santé. Genève, 2000. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/68868>).
226. OMS. Notes de synthèse : position de l'OMS concernant les vaccins. Genève, 2010. (<http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/fr/>).
227. WHO. Investing in water and sanitation: increasing access, reducing inequalities. Special report for the sanitation and water for all (SWA) high-level meeting (HLM) 2014. GLAAS team in the water sanitation, hygiene and health (WSH). Geneva; 2014. (http://www.who.int/water_sanitation_health/glaas/2013/14063_swa_glaas_highlights.pdf).
228. WHO. Diarrhoea: why children are still dying and what can be done. Geneva; 2009. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44174/1/9789241598415_eng.pdf).
229. WHO. Meningococcal vaccines: WHO position paper. Geneva; 2011. (<http://www.who.int/wer/2011/wer8647.pdf?ua=1>).
230. OMS. Gestion des épidémies de méningite en Afrique — Guide de référence rapide à l'intention des autorités sanitaires et des soignants. Genève, révisé en 2015. (http://www.who.int/csr/resources/publications/HSE_GAR_ERI_2010_4/fr/).
231. OMS. Recommandations sur la commercialisation des aliments et boissons non alcoolisées destinés aux enfants. Genève, 2010. (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recsmarketing/fr/>).
232. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. PMNCH knowledge summary No. 18. Nutrition. Geneva; 2012. (<http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks18.pdf?ua=1>).
233. OMS. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. Genève, 2010. (http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/).
234. WHO. Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133525/1/9789241506557_eng.pdf).
235. OMS. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014 (Résumé d'orientation). Genève, 2014. (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/fr/>).
236. WHO. Guideline: daily iron supplementation in adult women and adolescent girls. Geneva; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204761/1/9789241510196_eng.pdf?ua=1&ua=1).
237. WHO Regional Office for the Western Pacific. Be smart drink water: a guide for school principals in restricting the sale and marketing of sugary drinks in and around schools. Manila; 2016. (<http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/13218>).

238. WHO. Promoting physical activity in schools: an important element of a health-promoting school. Geneva; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43733/1/9789241595995_eng.pdf).
239. WHO. Tobacco use prevention: an important entry point for the development of health-promoting schools. Geneva; 1998. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/65608>).
240. WHO. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions to TB patients in primary care. Geneva; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112835/1/9789241506953_eng.pdf).
241. WHO. Cancer control: planning. Geneva; 2006. (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_planning/en/).
242. WHO. Cancer control: prevention. Geneva; 2007. (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_prevention/en/).
243. WHO. Cancer control: early detection. Geneva; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43743/1/9241547338_eng.pdf).
244. WHO. Cancer control: diagnosis and treatment. Geneva; 2008. (<https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20083162695>).
245. WHO. Cancer control: palliative care. Geneva; 2007. (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/).
246. WHO. Cancer control: policy and advocacy. Geneva; 2008. (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_advocacy/en/).
247. Abdul Rahim O, Al-Hafez G. Health education for adolescent girls. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Cairo; 2006.
248. WHO Regional Office for Europe. Youth-friendly health policies and services in the European region: sharing experiences. Copenhagen; 2010.
249. WHO. Self care for health. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2013.
250. GIZ, BMZ, WHO. Urban transport and health. Module 5g. Sustainable transport: A sourcebook for policy-makers in developing cities. 2011. (<http://www2.giz.de/wbf/library/detail.asp?number=9527>).
251. de Bes J, Legierse CM, Prinsen CA, de Korte J. Patient education in chronic skin diseases: a systematic review. *Acta Derm Venereol.* 2011; 91(1):12-7.
252. WHO Regional Office for Africa. The health of the people: what works – the African regional health report 2014. Brazzaville; 2014. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137377/4/9789290232612.pdf>).
253. OMS. Supplémentation intermittente en fer et en acide folique chez les femmes menstruées : Directive. Genève, 2011.
254. WHO Regional Office for Africa. Sick cell disease: a strategy for the WHO African Region. Report of the regional director. Brazzaville; 2010. (http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=5436).
255. Gutenbrunner C, Negrini S, Kiekens C, Zampolini M, Nugraha B. The global disability action plan 2014–2021 of the World Health Organization (WHO): a major step towards better health for all people with disabilities. *Chance and challenge for physical and rehabilitation medicine (PRM).* *Eur J Phys Rehabil Med.* 2015; 51:1-4.
256. OMS. Rapport mondial sur le handicap. Genève, 2011. (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/).
257. Quint EH. Adolescents with special needs: clinical challenges in reproductive health care. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016;29(1):2-6. (<http://ac.els-cdn.com/S1083318815002053/1-s2.0-S1083318815002053-main.pdf>).
258. WHO. Psychosocial interventions, treatment of emotional disorders. Geneva: Santé mentale gap action programme (mhGAP); updated 2015. (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/child_q14.pdf?ua=1).
259. WHO. Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities. Geneva; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184033/1/9789241565004_eng.pdf?ua=1).
260. WHO. Summaries of projects in developing countries assisting the parents of adolescents. Geneva; 2007. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43707/1/9789241595667_eng.pdf).
261. WHO. Update of the Santé mentale gap action programme (mhGAP) guidelines for mental, neurological and substance use disorders. Geneva; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204132/1/9789241549417_eng.pdf?ua=1).
262. WHO. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report. Geneva; 2004. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43027>).
263. WHO. Psychosocial interventions for treatment of behavioural disorders. Geneva; updated 2015. (http://www.portal.pmnch.org/mental_health/mhgap/evidence/resource/child_q5.pdf).
264. WHO. Prevention of psychoactive substance use. A selected review of what works in the area of prevention. Geneva; 2002. (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_intro.pdf).
265. UNAIDS Guidance: HIV prevention among adolescent girls and young women: Putting HIV prevention among adolescent girls. 2016. (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/20160715_Prevention_girls).
266. Humeniuk R et al. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: WHO; 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44321/1/9789241599399_eng.pdf).
267. OMS. La santé mentale dans les situations d'urgence : aspects mentaux et sociaux de la santé des populations exposées à des facteurs de stress extrême. Genève, 2003. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/67921>).
268. OMS. Premiers secours psychologiques: guide pour les acteurs de terrain. Genève, 2011. (http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/fr/).

8. Références

269. WHO. 2015 WHO humanitarian response: summary of health priorities and WHO projects in interagency strategic response plans for humanitarian assistance to protracted emergencies. Geneva; 2015. (http://www.who.int/hac/who_humanitarian_response_plans2015.pdf).
270. UNICEF. Adolescent programming experiences during conflict and post-conflict: case studies; 2004. ([https://www.unicef.org/adolescent_conflict\(1\).pdf](https://www.unicef.org/adolescent_conflict(1).pdf)).
271. Millstein S, Petersen A, Nightingale E, editors. Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century. Oxford University Press on Demand; 1994.
272. Alderman E, Rieder J, Cohen M. The history of adolescent medicine. *Pediatr Res*. 2003;54(1):137-47. (<http://www.nature.com/pr/journal/v54/n1/pdf/pr2003374a.pdf>).
273. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 1998 – La vie au XXI^e siècle : Une perspective pour tous. Rapport du Directeur général. Genève, 1998. (<http://www.who.int/whr/1998/fr/>).
274. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Summary report on the regional workshop on adolescent health situation analysis and core indicators. Cairo; 2012. (http://applications.emro.who.int/docs/ic_meet_rep_2012_en_14636.pdf).
275. Republic of Zambia, Ministry of Health and WHO. Draft report situation analysis: adolescent health in Zambia. Lusaka; 2009.
276. Republic of Zambia, Ministry of Health. Adolescent health strategic plan: 2011 to 2015. Lusaka; 2012. (<http://www.bettercarenetwork.org/sites/default/files/zambia%20-%20adolescent%20health%20strategic%20plan%202011-2015.pdf>).
277. Scottish Executive. Delivering a healthy future. An action framework for children and young people's health in Scotland: a draft for consultation. Edinburgh; 2006. (<http://www.gov.scot/resource/doc/110080/0026619.pdf>).
278. Barnekow V, Smith L, Simonelli F, Majer K, Fernandes Guerreiro A. Development of national strategies – case studies from five countries: WHO Regional Office for Europe: Copenhagen; 2008. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107921/1/e92117.pdf>).
279. Scottish Government. Supporting young people's health & wellbeing a summary of Scottish Government policy. Edinburgh; 2013. (<http://www.gov.scot/resource/0041/00418332.pdf>).
280. Government of Mongolia, Ministry of Health. Health sector strategic master plan 2006-2015. Ulaanbaatar; 2015. (http://www.wpro.who.int/health_services/mongolia_nationalhealthplan.pdf).
281. Kirby D. BDI logic models: a useful tool for designing, strengthening and evaluating programs to reduce adolescent sexual risk-taking, pregnancy, HIV and other STDs. Scotts Valley: ETR Associates; 2004. (<http://recapp.etr.org/recapp/documents/bdillogicmodel20030924.pdf>).
282. WHO. Accelerating implementation of adolescent friendly health services (AFHS) in the South-East Asia region. Report of the meeting of the national adolescent health programme managers in member countries of the South-East Asia region, Bali, Indonesia, 12–15 February 2008. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2008. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204739/1/b3251.pdf>).
283. Royal Government of Bhutan, Ministry of Education, Department of Youth and Sports. National youth policy. Thimphu; 2011. (<http://www.gnhc.gov.bt/wp-content/uploads/2012/04/inside-national-youth-policy.pdf>).
284. Royal Government of Bhutan. National strategic plan for HIV/AIDS (2011-2015). Thimphu; 2011.
285. Royal Government of Bhutan. National standards and implementation guide for youth friendly health services. Thimphu; 2011. (http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/iiep_yfhsguide.pdf).
286. Royal Government of Bhutan Ministry of Health. National adolescent health strategic plan: 2013-2018. Thimphu; 2013. (<http://www.health.gov.bt/wp-content/uploads/ftps/iec/national%20adolescent%20health%20strategic%20plan%2020132018.pdf>).
287. Save the Children USA et FNUAP. Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire : Document accompagnant le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Westport, 2009. (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_french.pdf).
288. WHO Regional Office for the Western Pacific. Giving adolescents a voice. Conducting a rapid assessment of adolescent health needs: a manual for health planners and researchers. Manila; 2001. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207047/1/9290611596_eng.pdf).
289. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. A regional guide to conducting an adolescent health situation analysis. Cairo; 2011. (http://applications.emro.who.int/dsaf/emropub_2011_1268.pdf).
290. Glossaire sur le renforcement des systèmes de santé. In : Systèmes de santé de l'OMS [site Web]. (http://www.who.int/nationalpolicies/resources/resources_glossary/fr/).
291. WHO. Intersectoral action for health: a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century. Halifax; 1997 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/55730?locale=en&locale=en&null>).
292. WHO. Practising a health in all policies approach: lessons for universal health coverage and health equity: a policy briefing for ministries of health based on experiences from Africa, South-East Asia and the Western Pacific. Geneva; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/105529/1/9789241506632_eng.pdf?ua=1&ua=1).
293. Hadley A, Chandra-Mouli V, Ingham R. Implementing the United Kingdom Government's 10-year teenage pregnancy strategy for England (1999–2010): applicable lessons for other countries. *J Adolesc Health*. 2016;59(1):68-74. (http://ac.els-cdn.com/S1054139X16001026/1-S20s1054139X16001026-main.pdf?_tid=2c455f7a-1953-11e7-bf38-00000aab0f6b&acdnat=1491323247_5dba22d112ffc975d6bb72faad82ce4).

294. Hadley A, Ingham R, Chandra-Mouli V. Implementing the United Kingdom's ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999–2010): how was this done and what did it achieve? *Reproductive Health*. 2016;13(1):139. DOI 10.1186/s12978-016-0255-4. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc5120422/pdf/12978_2016_article_255.pdf).
295. Agence de la santé publique du Canada. *Vers l'équité en santé : Approches canadiennes relatives au rôle du secteur de la santé*. Ottawa, 2014. (http://www.who.int/social_determinants/publications/64-03-Towards-Health-Equity-FR-FINAL.pdf?ua=1).
296. The United Nations Interagency Task Force on Adolescent Girls. *Girl power and potential: a joint programming framework for fulfilling the rights of marginalized adolescent girls*. ILO, UNESCO, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, WHO; 2009. (<http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ungirlsjointframeworkpdf.pdf>).
297. United Nations. *World Youth Report. Young people's transition to adulthood: progress and challenges*. New York; 2007. (http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/wyr07_complete.pdf).
298. Asker S, Gero A. *The role of child and youth participation in development effectiveness: a literature review*. Surry Hills: University of Technology and Child Fund Australia; 2012. (https://www.unicef.org/adolescence/cypguide/files/role_of_child_and_youth_participation_in_development_effectiveness.pdf).
299. Social participation. In: WHO social determinants of health [website]. (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/).
300. EWEC, WHO. *Operational framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*. New York; 2016. (<http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-operational-framework/en/>).
301. *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade* [website]. Geneva: WHO; 2014. (<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>).
302. Waddington C, Sambo C. Financing health care for adolescents: a necessary part of universal health coverage. *Bull World Health Organ*. 2015;93(1):57-9. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4271683/pdf/blt.14.139741.pdf>).
303. Geissler P, Nokes K, Prince R, Achieng'Odhiambo R, Aagaard-Hansen J, Ouma J. Children and medicines: self-treatment of common illnesses among Luo schoolchildren in western Kenya. *Social Science & Medicine*. 2000;50(12):1771-83. (http://ac.els-cdn.com/s0277953699004281/1-s2.0s0277953699004281-main.pdf?_tid=29ae4b7c-1959-11e7-a9a0-00000aab0f27&acdnat=1491325820_94f1c15e0c737ca45267eaaa729b6e32).
304. Geissler P, Meinert L, Prince R, Nokes C, Aagaard-Hansen J, Jitta J et al. Self-treatment by Kenyan and Ugandan schoolchildren and the need for school-based education. *Health Policy Plan*. 2001;16(4):362-71. (https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/heapol/16/4/10.1093_heapol_16.4.362/1/160362.pdf?Expires=1491814154&Signature=Mk44nEqJM0dq5SHsyNVH-hw8EqsKIBE~CYRMALieVwGQTBx98AM4z-DHYitobZac-TYja0La~dklwkkJf2k6dG4CdW9Tnw5gY9zansB6cjU0haLNJ-vMOFEw1zmvmpDLJAgOk4or3TRYL5rqgh8OJHSFdwZHVsp6rxTCcPakF77KbrE~J4DeT6j~gevp2YhxxcZquOv6EuDbOR-7RBInTOuUr8oAv9BVlo54lp98ng4DCjCW4JbflLWJOO5O-KE3rEdEkpEpp88aeijlYzyTTh7RnkejViM12YUhh-hSGT93yYwC~jQJVPXwJJaJ4PCnAaS9JGioywMRIPIGZWKi-16GAIBA__&Key-Pair-Id=APKAIUCZBIA4LVPVW3Q).
305. Hampshire K, Porter G, Owusu S, Tanle A, Abane A. Out of the reach of children? Young people's health-seeking practices and agency in Africa's newly-emerging therapeutic landscapes. *Soc Sci Med*. 2011;73(5):702-10. (http://ac.els-cdn.com/S027795361100400X/1-s2.0-S027795361100400X-main.pdf?_tid=e027c14e-1959-11e79fb6-00000aacb360&acdnat=1491326126_cb044ea15f16fc5d8a1e9e3ad22816d3).
306. Rainey D, Brandon D, Krowchuk D. Confidential billing accounts for adolescents in private practice. *J Adolesc Health*. 2000;26(6):389-91. (http://ac.els-cdn.com/S1054139X99000798/1-s2.0-S1054139X99000798-main.pdf?_tid=2f4fc064-195a-11e7-8bf8-00000aacb361&acdnat=1491326259_74b0ee2ea0250f2feaf1153c6c484631).
307. Anderson I, Maliqui B, Axelson H, Ostergren M. How can health ministries present persuasive investment plans for women's, children's and adolescents' health? *Bull World Health Organ*. 2016;94(6):468-74. (<http://cdrwww.who.int/bulletin/volumes/94/6/15-168419.pdf>).
308. Water-related diseases: anaemia fact sheet. In: WHO water sanitation hygiene [website]. (http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases-risks/diseases/anemia/en/).
309. Rajan D, Barroy H, Stenberg K. Budgeting for health. In: *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva: WHO; 2016. (<http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/>).
310. WHO. *Public health agencies and cash transfer programmes: making the case for greater involvement*. Geneva; 2011. (<http://www.who.int/iris/handle/10665/44797>).
311. WHO. *OneHealth Tool: supporting integrated strategic health planning, costing and health impact analysis*. Geneva; 2013. (http://www.who.int/choice/onehealthtool/onehealth_tool_supporting_integrated_strategic_health_planning.pdf).
312. OMS. *Tableau 1 : Vaccination systématique recommandée - Résumé des notes d'information de l'OMS (mis à jour mars 2017)*. 2017. (http://www.who.int/immunization/policy/immunization_routine_table1_FR.pdf).
313. Financement de la santé et couverture universelle. In : *Programmes de l'OMS [site Web]*. (http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/).
314. WHO. *A framework for national health policies, strategies and plans*. Geneva; 2010. (http://www.who.int/nationalpolicies/frameworknhpsp_final_en.pdf).
315. OMS, ONUSIDA. *Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents : guide pour la mise en œuvre d'une stratégie fondée sur des normes*

8. Références

- afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents. Volume 1 : Normes et critères. 2015. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/252726>).
316. Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, point 13.4 de l'ordre du jour. Renforcement au niveau national des capacités de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et de la résilience des systèmes de santé. WHA64.10. 24 mai 2011. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/3740>).
317. Convention relative aux droits des personnes handicapées. In : Division des politiques sociales et du développement social. Personnes handicapées [site Web]. (<https://www.un.org/development/desa/disabilities-fr/la-convention-en-bref-2/texte-integral-de-la-convention-relative-aux-droits-des-personnes-handicapees-13.html>).
318. UNICEF. Adolescence : l'âge de tous les possibles. La situation des enfants dans le monde 2011. New York, 2011. (<https://www.unicef.org/french/sowc2011/>).
319. Baltag V, Sawyer SM. Quality healthcare for adolescents. In: Cherry A, Baltag V, Dillon M, editors. International handbook on adolescent health and development: the public health response. Heidelberg: Springer; 2016. (<http://www.springer.com/us/book/9783319407418>).
320. The Republic of Moldova, Ministry of Health. Continuous professional education program for doctors and pharmacists. Chişinău; 2016. (<http://educatiecontinua.usmf.md/wp-content/blogs.dir/146/files/sites/146/2013/10/programul-fecmf-2016.doc>).
321. Zaborskis A, Veryga A, Zemaitiene N, Zuoza R, Gaizauskiene A, Petkevicius R, Laukaitiene A. Lithuania: mediating the effects of alcohol and traffic safety control and policies. In: WHO 2010. Socio-environmentally determined health inequities among children and adolescents: summary of outcomes, background papers and country case studies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/135891/e94866.pdf).
322. Nair M, Baltag V, Bose K, Boschi-Pinto C, Lambrechts T, Mathai M. Improving the quality of health care services for adolescents, globally: a standards-driven approach. *J Adolesc Health*. 2015 Sep;57(3):288-298. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4540599/>).
323. OMS, ONUSIDA. Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents : guide pour la mise en œuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents. Volume 2 : Guide de mise en œuvre. Genève, 2015. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252726/2/9789242549331-vol2-fre.pdf>).
324. Bundy DAP, de Silva N, Horton S, Patton GC, Jamison DT, editors. Disease control priorities. Third edition. Volume 8: child and adolescent health and development. Washington DC: World Bank; 2017 (in press).
325. Argentine Republic, Ministry of Health. Programa nacional de salud integral en la adolescencia (PNSIA: national programme for integrated adolescent health). Personal communication to the author, 23 November 2016.
326. UNESCO, UNODC, WHO. Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs: good policy and practice in health education. Paris; 2017. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002475/247509e.pdf>).
327. Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé. 24 mai 2014. Point 14.6 de l'ordre du jour. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67/a67_r12-fr.pdf).
328. WHO. Demonstrating a health in all policies analytic framework for learning from experiences: based on literature reviews from Africa, South-East Asia and the Western Pacific. Geneva; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104083/1/9789241506274_eng.pdf).
329. UNESCO. Strategic planning concept and rationale. Paris: International Institute for Educational Planning; 2010. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001897/189757e.pdf>).
330. UNAIDS. Get on the fast-track: the life-cycle approach to HIV. Geneva; 2016. (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/get-on-the-fast-track>).
331. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). Geneva: WHO; 2010. (http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf).
332. Health impact assessment. In: WHO programmes [website]. (<http://www.who.int/hia/tools/process/en/>) accessed 16 March 2017.
333. UNESCO. Developing an education sector response to early and unintended pregnancy: discussion document for a global consultation, November 2014. Paris; 2014. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002305/230510E.pdf>).
334. UNESCO. Substance use prevention in educational settings in Eastern Europe and Central Asia: a review of policies and practices. UNESCO Office in Moscow; 2015. (<http://iite.unesco.org/pics/publications/en/files/3214742.pdf>).
335. WHO. Social determinants of health. Sectoral briefing series 4. Social protection: shared interests in vulnerability reduction and development. Geneva; 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44876/1/9789241503655_eng.pdf).
336. ITU, UNICEF. Guidelines for industry on child online protection. Geneva; 2015. (https://www.unicef.org/csr/files/cop_guidelines_english.pdf).
337. WHO. Social determinants of health. Sectoral briefing series 3. Transport (road transport): shared interests in sustainable outcomes. Geneva; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44749/1/9789241502580_eng.pdf).
338. WHO. Social determinants of health. Sectoral briefing series 3. Housing: shared interests in health and development. Geneva; 2011. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/44705>).
339. WHO. Social determinants of health. Sectoral briefing series 5. Energy: shared interests in sustainable development and energy services. Geneva; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91591/1/9789241506199_eng.pdf).

340. UNODC. Model strategies and practical measures on the elimination of violence against children in the field of crime prevention and criminal justice. New York; 2015. (https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/14-08451_strategy_ebook.pdf).
341. WHO. Global health sector response to HIV, 2000-2015 Focus on innovations in Africa: progress report. Geneva; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198065/1/9789241509824_eng.pdf).
342. WHO. Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe; 2007. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf).
343. Prüss-Üstün A, Corvalán C. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks (second edition). Geneva: WHO; 2016. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1)
344. WHO. Reducing harm from alcohol use: good practices. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2009. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205737/1/b4955.pdf>)
345. OMS. Avoir le but à l'esprit dès le début : la planification des projets pilotes et d'autres recherches programmatiques pour un passage à grande échelle réussi. Genève, 2011. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241502320/fr/).
346. WHO. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. In: Global Health Observatory visualizations [website]. (<http://apps.who.int/gho/data/view.wrapper.MortAdov?lang=en&menu=hide>) accessed 14 March 2017.
347. Das J, Salam R, Arshad A, Finkelstein Y, Bhutta Z. Interventions for adolescent substance abuse: an overview of systematic reviews. *J of Adolesc Health*. 2016;59(4):6175. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16301677>).
348. Das J, Salam R, Arshad A, Lassi Z, Khan M, Mahmood W et al. Interventions for adolescent Santé mentale: an overview of systematic reviews. *J Adolesc Health*. 2016; 59(4):4960. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16301677>).
349. Das J, Salam R, Arshad A, Lassi Z, Bhutta Z. Systematic review and meta-analysis of interventions to improve access and coverage of adolescent immunizations. *J Adolesc Health*. 2016;59(4):40-48. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16301768>).
350. Langford R, Bonell C, Jones H, Poulou T, Murphy S, Waters E et al. The WHO health promoting school framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(4):CD008958. (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008958.pub2/pdf>).
351. Salam R, Faqqah A, Sajjad N, Lassi Z, Das J, Kaufman M et al. Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. *J Adolesc Health*. 2016;59(4):11-28. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16301689>).
352. Salam R, Hooda M, Das J, Arshad A, Lassi Z, Middleton P et al. Interventions to improve adolescent nutrition: a systematic review and meta-analysis. *J Adolesc Health*. 2016;59(4):2939. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16301690>).
353. WHO. Education: shared interests in well-being and development. Geneva; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44737/1/9789241502498_eng.pdf).
354. Republic of Rwanda, Ministry of Education. National school health policy. Kigali; 2014. (http://www.mineduc.gov.rw/fileadmin/health_1.pdf).
355. UNODC. International standards on drug use prevention. Vienna; 2015. (https://www.unodc.org/documents/prevention/unodc_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_e.pdf).
356. Duffy M, Lamstein S, Lutter C, Koniz-Booher P. Review of programmatic responses to adolescent and women's nutritional needs in low and middle income countries. Arlington: USAID and the Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project; 2015. (https://www.spring-nutrition.org/sites/default/files/publications/reports/spring_review_programmatic_responses.pdf).
357. Child Protection Working Group. Minimum standards for child protection in humanitarian action. Geneva; 2012. (https://www.unicef.org/iran/Minimum_standards_for_child_protection_in_humanitarian_action.pdf).
358. WHO. Autism spectrum disorders and other developmental disorders: from raising awareness to building capacity. Geneva; 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103312/1/9789241506618_eng.pdf).
359. OMS. Prévention du suicide – L'état d'urgence mondial. Genève, 2014. (http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/).
360. WHO. Strengthening intersectoral collaboration for adolescent health: report of a meeting of regional programme managers, New Delhi; 25-27 November 2014. New Delhi; 2016. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/204359>).
361. International Network for Education in Emergencies. INEE minimum standards for education: preparedness, response, recovery. New York; 2010. (http://toolkit.ineesite.org/toolkit/ineecms/uploads/1012/inee_guidebook_en_2012%20lores.pdf).
362. OMS. Des soins novateurs pour les affections chroniques : éléments constitutifs : rapport mondial. Genève, 2002. (<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccfrench.pdf>).
363. Save the Children. Delivering education for children in emergencies: a key building block for the future. London; 2008 (http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7b9def2ebe-10ae432c-9bd0-df91d2eba74a%7d/delivering_education_emergencies.pdf).
364. International Network for Education in Emergencies. Guidelines for child friendly spaces in emergencies. New York; 2011 (https://www.unicef.org/protection/child_friendly_spaces_guidelines_for_field_testing.pdf).
365. Inter-Agency Task Team on HIV and Young People. Guidance brief. New York; 2008. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/iatt_hivandyoungpeople/en/).

8. Références

366. Inter-Agency Standing Committee. Guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings. Geneva; 2003. (http://data.unaids.org/publications/external-documents/iasc_guidelines-emergency-settings_en.pdf).
367. OMS. Les nouvelles stratégies nationales de santé scolaire et de promotion de la santé des jeunes ont été diffusées. In : Maroc ; Bureau régional de la Méditerranée orientale [site Web]. (<http://www.emro.who.int/fr/mor/morocco-news/diffusion-de-nouvelles-strategies-nationales-de-sante-scolaire-et-de-promotion-de-la-sante-des-jeunes.html>) consulté le 16 mars 2017.
368. OMS. L'évaluation des programmes de santé : principes directeurs pour son application dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national. Genève, 1981. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/40756>).
369. WHO. Monitoring, evaluation and review of national health strategies. A country-led platform for information and accountability. Geneva; 2011. (http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/1085_IER_131011_web.pdf).
370. EWEC. Indicator and monitoring framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' health. New York; 2016. (<http://www.who.int/life-course/publications/gs-Indicator-and-monitoring-framework.pdf>).
371. Vu L, Pulerwitz J, Burnett-Zieman B, Banura C, Okal J, Yam E. Inequitable gender norms from early adolescence to young adulthood in Uganda: tool validation and differences across age groups. *J Adolesc Health*. 2017;60(2):15-21. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16303767>).
372. WHO. World handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva; 2013. (<http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/health-inequality/en/>).
373. OECD. Principles for evaluation of development assistance. Paris; 1991. (<https://www.oecd.org/development/evaluation/2755284.pdf>).
374. Dickson K, Ashton J, Smith J. Does setting adolescent-friendly standards improve the quality of care in clinics? Evidence from South Africa. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(2):809. (<https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzl070>).
375. Barua A, Chandra-Mouli V. The Tarunya project's efforts to improve the quality of adolescent reproductive and sexual health services in Jharkhand state, India: a post-hoc evaluation. *Int J Adolesc Med Health*. 2016. (<https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2016-0024/ijamh-2016-0024.pdf>).
376. UNESCO. International technical guidance on sexuality education. Volume I: the rationale for sexuality education. Paris; 2009. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>).
377. Hoopes A, Agarwal P, Bull S, Chandra-Mouli V. Measuring adolescent friendly health services in India: a scoping review of evaluations. *Reproductive Health*. 2016;13(1):137. (<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0251-8>).
378. Hindin M, Christiansen C, Ferguson B. Setting research priorities for adolescent sexual and reproductive health in low-and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2013;91(1):10-8. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3537249/pdf/blt.12.107565.pdf>).
379. Nagata J, Ferguson B, Ross D. Research priorities for eight areas of adolescent health in low-and middle-income countries. *J Adolesc Health*. 2016;59(1):50-60. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X16000951>).
380. Rudan I, Gibson J, Ameratunga S, Arifeen S, Bhutta Z, Black M et al. Setting priorities in global child health research investments: guidelines for implementation of CHNRI method. *Croatian Medical Journal*. 2008;49(6):720-33. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2621022/pdf/CroatMedJ_49_0720.pdf).
381. Villa-Torres L, Svanemyr J. Ensuring youth's right to participation and promotion of youth leadership in the development of sexual and reproductive health policies and programs. *J Adolesc Health*. 2015;56(1):51-7. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25528979>).
382. YouthNet, Family Health International, Advocates for Youth. Youth participation guide: assessment, planning, and implementation. Arlington; 2005. (<https://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/1652-youth-participation-guide-assessment-planning-and-implementation>).
383. IHP+, WHO. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability. Geneva; 2011. (https://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/documents/tools/m_e_framework/m%26e.framework.2011.pdf).
384. WHO. Technical consultation on indicators of adolescent health. WHO, Geneva, Switzerland, 30 September – 1 October 2014. Geneva; 2015. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent-health-technical-consultation/en/).
385. UNESCO, WHO, UNICEF, UNODC, EDC, PDCP et al. Monitoring and evaluation guidance for school health programs thematic indicators supporting FRESH (focusing resources on effective school health). New York; 2014. (<https://www.unicef.org/lifeskills/files/freshdocument.pdf>).
386. UNESCO, WHO, UNICEF, UNODC, EDC, PDCP et al. Monitoring and evaluation guidance for school health programs eight core indicators to support FRESH. New York; 2014. (http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/fresh_m%26e_core_indicators.pdf).
387. Baltag V, Servili C, Macintyre A. Adolescent Santé mentale: new hope for a "Survive, Thrive and Transform" policy response. *Journal of Public Santé mentale*. 2016;15(1):63-70. (<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/jpmh-122015-0054>).
388. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223-33. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS01406736\(09\)60746-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS01406736(09)60746-7/abstract)).

389. Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 18-26 mai 2015. Résolutions et décisions : annexes. WHA68/2015/REC/1. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_2015_REC1-fr.pdf).
390. Population Reference Bureau. Ending female genital mutilation/cutting: lessons from a decade of progress. Washington DC; 2013. (<http://www.prb.org/pdf14/progress-ending-fgm.pdf>).
391. WHO, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, UNICEF, UNFPA, The World Bank, UN Women, UNAIDS, Countdown to 2030, Health Data Collaborative. Country data, universal accountability: monitoring priorities for the global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). Geneva; 2016. (<http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/gs-monitoring-readiness-report.pdf>).
392. WHO. Recommendations on maternal and perinatal health. Geneva; 2013. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-maternal-health.pdf?ua=1).
393. Aide-mémoire — Planification familiale/Contraception (mis à jour, décembre 2016). In : Centre des médias de l'OMS [site Web]. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>).
394. WHO. HIV treatment and care. What's new in adolescent treatment and care; factsheet. Geneva; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204460/1/WHO_HIV_2015.45_eng.pdf).
395. WHO. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Geneva; 2015. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/).
396. Svanemyr J, Venkatraman C-M, Raj A, Travers E and Sundaram L. Research priorities on ending child marriage and supporting married girls. *Reprod. Health.* 2015, 12:80. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4558638/pdf/12978_2015_Article_60.pdf).
397. OMS. Recommandations de l'OMS pour la vaccination systématique — tableaux récapitulatifs (mis à jour, 4 octobre 2012). Genève, 2012. (http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/fr/).
398. OMS. Formation des prestataires de soins maladies de l'enfant liées à l'environnement. In : Environnement et santé de l'enfant [site Web]. (<http://www.who.int/ceh/capacity/trainpackage/fr/>) consulté le 5 avril 2017.
399. WHO. Community genetics services: report of a WHO consultation on community genetics. Geneva; 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44532/1/9789241501149_eng.pdf).
400. Murphy N, Young PC. Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology.* 2005;47(9):640-4. (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2005.tb01220.x/pdf>).
401. WHO. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Geneva; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44321/1/9789241599399_eng.pdf).
402. WHO. Working with street children. A training package on substance use, sexual and reproductive health including HIV/AIDS and STDs. Module 3: understanding substance use among street children. Geneva; 2010. (http://www.who.int/substance_abuse/activities/street_children/en/).
403. The Global Fund. Maximizing impact by addressing adolescents' needs in Global Fund concept notes: strategic investments for adolescents In HIV, tuberculosis and malaria programs. Geneva: 2016. (http://www.theglobalfund.org/documents/core/infonotes/core_adolescents_infonote_en).
404. WHO. Sexual and reproductive health during protracted crises and recovery. Geneva 2011. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70762/1/who_hac_bro_2011.2_eng.pdf).
405. OMS. Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception. Genève, 2013. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/fr/).
406. WHO. Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights: a tool Encadré for examining laws, regulations and policies. Geneva; 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126383/1/9789241507424_eng.pdf).
407. Guttmacher Institute. Adolescents' need for and use of abortion services in developing countries. New York; 2016. (https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/fb_adolescent-abortion-services-developing-countries.pdf).
408. OMS. Compétences de base en santé et développement de l'adolescent pour les prestataires de soins primaires et outil pour évaluer le volet « Santé et développement de l'adolescent » dans la formation initiale des prestataires de soins de santé. Genève, 2015. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/181465>).





©Parash Khatri



©Jacob Han



©Hauranitai Shulika



©Hanali Albiso



©Edith Kachingwe

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Santé de la famille, de la femme et de l'enfant
Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia, 20
1211 Genève 27
Suisse

Téléphone : +41 22 791 3281
Télécopie : +41 22 791 4853
Courriel : mediainquiries@who.int
Site Web : www.who.int/life-course

ISBN 978-92-4-251234-2

