



---

## **Mise en œuvre du volet santé de l'adolescent de la Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, 2016-2030**

### **Résumé d'orientation**

1. L'adolescence correspond à l'une des phases les plus rapides et les plus formatrices du développement humain ; elle comprend à la fois le développement physique, cognitif, social, émotionnel et sexuel. Elle requiert une attention particulière dans les politiques, programmes et plans nationaux de développement. La santé et le développement de l'adolescent font partie intégrante de la Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). Ce sont deux thématiques essentielles à la réalisation des objectifs de développement durable (ODD).

2. Nombre de maladies et de traumatismes de l'adolescent peuvent être évités ou traités, mais ils sont souvent passés sous silence. Leur prise en charge nécessite une attention et un investissement durables. Un tel investissement présente un triple avantage : les adolescents en tireront des bénéfices aujourd'hui, mais aussi dans leur future vie d'adulte ainsi que dans la vie de leurs enfants. Il existe un besoin urgent d'accroître l'investissement dans les programmes de santé de l'adolescent, afin d'améliorer la santé et la survie de ces derniers. Cela est urgent si nous voulons enrayer l'épidémie de maladies non transmissibles, consolider les acquis antérieurs en matière de santé du jeune enfant, et, enfin, aboutir à des sociétés florissantes et paisibles.

3. Dans la Région de la Méditerranée orientale, il faut adopter une approche systémique multisectorielle afin de mettre en œuvre des plans stratégiques pour réduire la mortalité et la morbidité adolescentes. Le taux de mortalité des adolescents dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la Région est de 115 décès pour 100 000 adolescents, ce qui en fait le deuxième taux le plus élevé au monde. Dans ces pays, les cinq premières causes de mortalité chez les adolescents sont la violence collective et les interventions policières, les accidents de la circulation, les noyades, les infections des voies respiratoires inférieures et la violence interpersonnelle. Les cinq causes principales d'années de vie corrigées de l'incapacité chez les adolescents sont la violence collective et les interventions policières, l'anémie ferriprive, les accidents de la circulation, les troubles dépressifs et les troubles comportementaux durant l'enfance.

4. Les besoins de santé des adolescents augmentent en situation de crise humanitaire ou dans des contextes fragiles, en raison de l'augmentation de la charge de la malnutrition, du handicap, des traumatismes non intentionnels, de la violence, des besoins en matière de santé sexuelle et génésique, de l'insalubrité de l'eau, des déficiences du système d'assainissement et de la santé mentale. Par conséquent, les programmes en situation de crise humanitaire ou dans des contextes fragiles doivent tenir particulièrement compte des adolescents et de leur santé.

5. Les États Membres sont priés instamment de transformer les engagements pris dans la Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, 2016-2030, en mesures concrètes, en mettant en œuvre des plans stratégiques multisectoriels nationaux pour la santé de l'adolescent. Pour ce faire, ils peuvent s'appuyer sur les orientations pour la mise en œuvre du cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents, qui ont pour objet d'aider les gouvernements à prendre des décisions et à envisager la meilleure manière de procéder. Ce cadre se veut un document de référence pour les responsables nationaux de l'élaboration des politiques et les administrateurs de programmes, les aidant à planifier, mettre en œuvre, suivre et évaluer les programmes sur la santé de l'adolescent.

## Introduction

6. L'adolescence (entre 10 et 19 ans) (1) correspond à l'une des phases les plus rapides et les plus formatrices du développement chez l'être humain ; elle recouvre le développement physique, cognitif, social, émotionnel et sexuel. Les aptitudes acquises durant l'adolescence déterminent le bien-être tout au long de la vie, et notamment la capacité de s'engager efficacement dans son travail, ses loisirs, sa vie familiale et sa communauté. L'incapacité à acquérir ces aptitudes au cours de l'adolescence a des effets nocifs, à long terme, sur les individus, les familles et les communautés (2). L'adolescence doit donc occuper une place particulière dans les politiques, programmes et plans nationaux de développement.

7. Les objectifs de développement durable (ODD), qui visent à parvenir à un développement économique, social et environnemental durable au niveau mondial d'ici à 2030, ne pourront pas être réalisés si l'on n'investit pas dans la santé et le bien-être de l'adolescent. La santé et le développement de l'adolescent font partie intégrante de la Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). L'inclusion de la santé de l'adolescent dans la Stratégie mondiale des Nations Unies offre une occasion sans précédent d'accroître les efforts pour faire en sorte que chaque adolescent dispose des connaissances, des compétences et de toutes les possibilités pour mener une vie saine et productive. Le Secrétaire général des Nations Unies a déclaré : « La Stratégie mondiale actualisée inclut les adolescents car ils sont au cœur de tous nos objectifs et ils joueront un rôle déterminant dans le succès global du programme à l'horizon 2030. » Cette déclaration reflète la vaste prise de conscience du fait que la santé des adolescents mérite une plus grande attention (3).

8. De solides raisons de santé publique sous-tendent cette attention accrue portée aux adolescents. Entre 2000 et 2012, le taux de mortalité des adolescents a diminué de 12 % seulement, baisse relativement faible si on la compare à la diminution du taux de mortalité maternelle et infantile. Pour cette même période, le pourcentage d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) pour 100 000 adolescents a diminué de 8 % seulement, soit moins de la moitié de la baisse qu'enregistrent toutes les autres tranches d'âges confondues - à savoir 17 %. Dans le même temps, le taux de dépression unipolaire, la première cause d'AVCI chez les adolescents en 2012, a gagné un point de pourcentage. En outre, la fréquence des comportements affectant la santé qui apparaissent ou se renforcent pendant l'adolescence, tels que le tabagisme, une mauvaise alimentation, la consommation d'alcool, la sédentarité et la consommation de drogues, qui auront des effets plus tard dans la vie, a très peu diminué ou, même, a augmenté (4).

9. Nombre de maladies et de traumatismes peuvent être évités ou traités, mais ils sont souvent passés sous silence, et leur prise en charge nécessite une attention et un investissement durables. L'investissement présente un triple avantage : les adolescents en tireront des bénéfices aujourd'hui, mais aussi dans leur future vie d'adulte et dans la vie de leurs enfants. Il devient urgent et nécessaire d'investir davantage dans les programmes sur la santé de l'adolescent, afin d'améliorer la santé et la survie de ces derniers. Ceci est urgent si nous voulons enrayer l'épidémie de maladies non transmissibles, consolider les acquis antérieurs en matière de santé de l'enfant, et, enfin, aboutir à des sociétés plus saines.

10. De plus, il existe des raisons économiques impérieuses d'investir dans la santé de l'adolescent. Donner aux adolescents des occasions de développer leurs compétences et de les utiliser efficacement leur permettra de devenir une ressource précieuse pour leurs familles et pour les communautés. Un investissement judicieux dans des programmes ciblant la santé physique, mentale et sexuelle de l'adolescent, ainsi que l'éducation et la sécurité routière, apporterait d'énormes avantages économiques et sociaux (5).

11. Le présent document examine le fardeau mondial et régional de la santé de l'adolescent, y compris les principales causes de mortalité et les AVCI chez les adolescents dans la Région de la Méditerranée orientale. Il met en lumière l'intérêt grandissant accordé à la santé de l'adolescent, ce qui a été réalisé dans ce domaine et ce que les pays doivent encore accomplir pour comprendre les besoins en santé des adolescents et les hiérarchiser en fonction du contexte particulier du pays et des outils à disposition pour les aider.

## Aperçu mondial et régional de la santé et du bien-être de l'adolescent

### Taux de mortalité des adolescents au niveau mondial

12. À ce jour, on compte 1,2 milliard d'adolescents dans le monde. Ils représentent plus d'un quart de la population mondiale et leur nombre devrait atteindre 2 milliards à l'horizon 2032 (6). Près d'1,2 million d'adolescents âgés de 10 à 19 ans sont décédés dans le monde en 2015, soit 101 décès pour 100 000 adolescents. En 2015, sur l'ensemble des pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) de toutes les Régions OMS, le taux de mortalité des adolescents le plus élevé était celui de la Région de l'Afrique (243 décès pour 100 000 adolescents). Selon l'OMS, le taux de mortalité des adolescents dans le monde a baissé de 17 % entre 2000 et 2015 (7).

13. Les causes principales de décès chez les adolescents étaient les accidents de la circulation, les infections des voies respiratoires inférieures, l'auto-agression, les maladies diarrhéiques et les noyades. Les accidents de la circulation représentaient la principale cause de décès chez les garçons, tandis que chez les filles, les infections des voies respiratoires inférieures occupaient la première place chez les plus jeunes (10 à 14 ans) et les affections maternelles arrivaient en tête chez les autres (15 à 19 ans) (8).

### La santé de l'adolescent dans la Région de la Méditerranée orientale

14. Les adolescents représentent environ un cinquième de la population de la Région de la Méditerranée orientale (129 millions) (9). En 2015, le taux de mortalité des adolescents dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) de la Région était de 115 décès pour 100 000, soit le deuxième taux le plus élevé de l'ensemble des Régions OMS. En outre, ces pays de la Région présentaient la plus faible diminution du taux de mortalité (2 %) pour la période 2000-2015 (7). Les cinq premières causes de décès chez les adolescents étaient la violence collective et les interventions policières, les accidents de la circulation, les noyades, les infections des voies respiratoires inférieures et la violence interpersonnelle (Tableau 1) (8,10).

**Tableau 1. Principales causes de décès chez les adolescents de 10 à 19 ans dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) des Régions OMS et dans les pays à revenu élevé (PRE) de l'ensemble des Régions OMS (taux de mortalité pour 100 000 adolescents)**

Rang	PRFI Afrique	PRFI Amériques	PRFI Méditerranée orientale	PRFI Europe	PRFI Asie du Sud-Est	PRFI Pacifique occidental	PRE de l'ensemble des Régions OMS
1	Infections des voies respiratoires inférieures (21,8)	Violence interpersonnelle (22,6)	Violence collective et interventions policières (23,3)	Auto-agression (7,6)	Accidents de la circulation (10,5)	Accidents de la circulation (8,0)	Accidents de la circulation (4,6)
2	Maladies diarrhéiques (19,8)	Accidents de la circulation (10,9)	Accidents de la circulation (9,8)	Accidents de la circulation (5,6)	Auto-agression (8,7)	Noyades (4,3)	Auto-agression (4,1)
3	Méningite (18,3)	Auto-agression (4,8)	Noyades (5,4)	Noyades (4,0)	Noyades (4,8)	Leucémie (2,4)	Violence interpersonnelle (1,8)
4	Sida <sup>a</sup> (17,2)	Noyades (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 circulation (12,9)	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)

PRFI = pays à revenu faible ou intermédiaire ; PRE = pays à revenu élevé.

<sup>a</sup>Les estimations de 2015 accordent un rang moins élevé au sida en raison de la réévaluation par l'ONUSIDA des entrées utilisées dans le modèle Spectrum employé pour produire ces estimations. Après une nouvelle analyse des estimations de 2012, on estime que le rang de priorité élevé occupé par le sida, qui en faisait la seconde cause de décès chez les adolescents, a été surestimé. Le sida reste cependant l'une des causes principales de décès chez les adolescents, en particulier dans les PRFI d'Afrique.

Source : (10)

15. En 2015, les cinq causes principales d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) chez les adolescents dans les PRFI de la Région étaient la violence collective et les interventions policières, l'anémie ferriprive, les accidents de la circulation, les troubles dépressifs et les troubles comportementaux durant l'enfance (10) (Tableau 2). La violence et les interventions policières constituaient la principale cause de mortalité et d'AVCI chez les quatre groupes d'adolescents de la Région. Certaines causes d'AVCI n'occupaient un rang particulièrement élevé que chez les garçons (par exemple les accidents de la circulation et les noyades) ou que chez les filles (par exemple les troubles anxieux et les affections maternelles) ou bien chez les adolescents plus âgés (par exemple les troubles dépressifs) (7).

**Tableau 2. Principales causes d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) chez les adolescents de 10 à 19 ans dans les PRFI des Régions OMS et dans les PRE de l'ensemble des Régions OMS (AVCI pour 100 000 adolescents)**

Rang	PRFI Afrique	PRFI Amériques	PRFI Méditerranée orientale	PRFI Europe	PRFI Asie du Sud-Est	PRFI Pacifique occidental	PRE de l'ensemble des Régions OMS
1	Infections des voies respiratoires inférieures (1693)	Violence interpersonnelle (1698)	Violence collective et interventions policières (1981)	Anémie ferriprive (786)	Anémie ferriprive (1179)	Anémie ferriprive (692)	Anémie ferriprive (645)
2	Maladies diarrhéiques (1648)	Accidents de la circulation (836)	Anémie ferriprive (1024)	Auto-agression (578)	Accidents de la circulation (810)	Accidents de la circulation (637)	Troubles dépressifs (633)
3	Méningite (1462)	Anémie ferriprive (809)	Accidents de la circulation (757)	Troubles dépressifs (468)	Auto-agression (659)	Maladies de peau (498)	Troubles anxieux (478)
4	VIH/sida (1421)	Troubles dépressifs (543)	Troubles dépressifs (487)	Accidents de la circulation (445)	Troubles dépressifs (437)	Troubles anxieux (377)	Troubles comportementaux durant l'enfance (443)
5	Anémie ferriprive (1098)	Asthme (538)	Troubles comportementaux durant l'enfance (449)	Troubles comportementaux durant l'enfance (434)	Maladies de peau (419)	Troubles comportementaux durant l'enfance (347)	Accidents de la circulation (382)

PRFI= pays à revenu faible ou intermédiaire ; PRE = pays à revenu élevé.

Source : (10)

16. La violence collective renvoie à l'instrumentalisation de la violence par les membres d'un groupe contre un autre groupe, en vue d'atteindre des objectifs politiques, économiques ou sociaux. Elle inclut les coups d'État, les rébellions, les révolutions, le terrorisme et la guerre. Les interventions policières renvoient aux traumatismes causés par les forces de l'ordre lors des arrestations de délinquants, lors d'interventions pour rétablir l'ordre public ou pour veiller à son maintien ou lors d'autres actions faisant intervenir les autorités. La Région doit faire face actuellement à des conflits armés ou à des situations post-confliktuelles, à des famines ainsi qu'à une instabilité socioéconomique et politique prolongée. Dans de telles situations, le fardeau sanitaire s'accroît car la gouvernance et les infrastructures de santé s'écroulent, et les services de protection sociale et de santé deviennent beaucoup moins accessibles (11). Les adolescents sont souvent exposés à des risques disproportionnés en situation d'urgence ou dans des contextes fragiles et leur santé physique et mentale est souvent précaire. La violence et les interventions policières constituaient des sujets de préoccupation majeurs dans la Région en 2015, étant donné qu'il s'agissait des principales causes de mortalité chez les adolescents (environ 27 000 décès) (Tableau 1), donnant un taux de mortalité global de 23 pour 100 000 adolescents, alors que ce taux était de 3 pour 100 000 à l'échelle mondiale (8,10). Elles représentaient en outre la principale cause d'AVCI chez les adolescents de tous les sous-groupes (Tableau 2).

17. La violence interpersonnelle désigne l'utilisation intentionnelle de la force ou de la puissance physique contre autrui, qui débouche très souvent sur un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations. Elle inclut la maltraitance des enfants, la violence des jeunes et la

violence à l'égard des femmes (12). La violence des jeunes s'applique généralement à la violence interpersonnelle impliquant des adolescents de 10 à 19 ans, et elle constituait une des principales causes de décès dans les PRFI de la Région (la quatrième pour l'ensemble du groupe et la dixième chez les garçons plus âgés) (10).

18. En dehors des causes principales rapportées dans les tableaux, il existe d'autres causes préoccupantes de mortalité et de handicap chez les adolescents.

- Les affections maternelles regroupent les hémorragies, la septicémie, les troubles hypertensifs, les dystocies, les complications à la suite d'un avortement et les décès maternels indirects ou tardifs. Le taux de mortalité maternelle chez les jeunes filles de 15 à 19 ans était élevé dans les PRFI de la Région, et représentait 9 décès pour 100 000 habitantes (13) soit le deuxième taux le plus élevé après celui des PRFI d'Afrique.
- On dispose de peu d'informations concernant le VIH chez les jeunes de la Région, en particulier chez les adolescents. On estime qu'en 2015, un quart des nouvelles infections (9600 sur 39 000) dans la Région ont touché les 15-24 ans et 8 % d'entre elles (3000 sur 39 000) ont touché les moins de 15 ans (14). Fin 2016, les rapports indiquent que 2389 adolescents âgés de 15 à 24 ans ont été diagnostiqués porteurs du VIH dans 16 pays de la Région, ce qui représente 18 % des personnes vivant avec le VIH déclarées pendant cette même période. Sur l'ensemble des adolescents diagnostiqués porteurs du VIH dans la Région, 40 % sont des filles. Les maladies diarrhéiques constituaient l'une des cinq premières causes de mortalité chez les adolescentes âgées de 10 à 14 ans dans les PRFI de la Région (10).
- Les besoins nutritionnels des adolescents ont été largement négligés, notamment dans les PRFI, où la priorité a été donnée à d'autres groupes démographiques, tels que les enfants de moins de 5 ans ou les femmes enceintes ou allaitantes. Ceci a été en grande partie le cas dans la Région. Le taux de mortalité due aux anomalies congénitales dans les PRFI de la Région était le deuxième taux le plus élevé parmi les Régions OMS (4 pour 100 000). Le taux de mortalité dus aux accidents vasculaires cérébraux était le plus élevé chez les adolescents dans les PRFI de la Région de l'Afrique et de la Région de la Méditerranée orientale - environ 4 pour 100 000 adolescents dans les deux régions. Les accidents vasculaires cérébraux constituaient la troisième cause de mortalité chez les adolescentes plus âgées (15 à 19 ans) de la Région (12). À l'échelle mondiale, on estime que 10 à 20 % des enfants et des adolescents sont touchés par des problèmes de santé mentale, et 90 % d'entre eux vivent dans des PRFI. Comme en témoignent des études menées en Afghanistan, en Iraq et en Palestine, les enfants exposés à des conflits et à des catastrophes humanitaires d'origine naturelle présentent encore davantage de problèmes de santé mentale. L'auto-agression, qui inclut à la fois le suicide et le décès accidentel résultant d'un acte d'auto-agression sans intention suicidaire, était la cinquième cause principale de mortalité chez les garçons plus âgés dans les PRFI de la Région (12).
- Les comportements liés à la santé qui sont sous-jacents aux principales maladies non transmissibles apparaissent, en général, pendant l'adolescence : le tabagisme et la consommation d'alcool, une mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique, le surpoids et l'obésité. Ces habitudes peuvent avoir une influence sur les perspectives de morbidité et de mortalité des adolescents plus tard dans leur vie d'adulte. Les données disponibles pour la Région indiquent que moins d'un adolescent sur quatre respecte la recommandation de l'OMS en matière d'activité physique – à savoir 60 minutes quotidiennes d'activité physique modérée à intense – et le nombre d'adolescents en surpoids ou obèses est en augmentation ; dans de nombreux pays de la Région, plus de la moitié des adolescents âgés de 13 à 18 ans sont en surpoids.

19. Les principaux facteurs de risque pour la santé des adolescents plus jeunes (10 à 14 ans) dans le monde sont l'insalubrité de l'eau, les déficiences du système d'assainissement et un lavage des mains insuffisant. Les principaux facteurs de risque au sein du groupe d'adolescents plus âgés sont les comportements à risque tels que la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites.

20. Le manque de données fiables, l'insuffisance des ressources financières, le faible niveau de compétences des personnels de santé en matière de santé de l'adolescent et le manque de coordination et d'harmonisation entre les parties prenantes concernées posent problème dans la Région. Si aucune réponse

n'est apportée à ces questions, les interventions dans le domaine de la santé des adolescents ne pourront pas être correctement mises en œuvre.

21. Selon une étude récente, un investissement de USD 5,2 par habitant et par an dans 75 pays à revenu faible ou intermédiaire, dans des programmes visant à améliorer la santé physique, mentale, sexuelle et génésique des adolescents et à réduire les traumatismes dus aux accidents de la circulation, présenterait des avantages économiques et sociaux équivalents à 10 fois le coût initial, en ce qu'il permettrait de sauver 12,5 millions de vies, d'empêcher plus de 30 millions de grossesses non désirées et de prévenir le handicap à grande échelle (2).

### **Réponse apportée par l'OMS face au fardeau pour la santé de l'adolescent**

22. Le programme de développement durable à l'horizon 2030 (15) et la Stratégie mondiale actualisée des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) avec son Mécanisme mondial de financement associé offrent une opportunité unique d'engager une action accélérée en faveur de la santé des adolescents. La stratégie mondiale souligne les défis sanitaires et sociaux auxquels les adolescents sont confrontés et dresse une liste des interventions sanitaires et sociales qu'il faut, selon des données factuelles, entreprendre pour relever ces défis aux différents niveaux et dans les différents secteurs. Elle passe également en revue les besoins sur le plan national et international (3).

23. En mai 2016, la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA69.2 par laquelle les États Membres s'engagent à mettre en œuvre la Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent conformément à leurs programmes nationaux, dans une volonté de renforcer la responsabilisation et le suivi. L'Assemblée a prié le Directeur général d'apporter une assistance technique adaptée, de continuer à collaborer en vue de recommander et de mobiliser une assistance multipartite pour une mise en œuvre cohérente et efficace des plans nationaux, et de rendre compte régulièrement des progrès accomplis (5).

24. Pour faire suite à une demande formulée par les États Membres à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015, le Secrétariat, en collaboration avec les autres partenaires de l'OMS dans le cadre du Partenariat H6, ainsi que l'UNESCO et un groupe consultatif extérieur, a élaboré des orientations pour la mise en œuvre d'une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents, – le Cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents - orientations pour aider les pays dans la mise en œuvre.

25. La santé des adolescents et des jeunes est une priorité stratégique du Directeur régional de la Méditerranée orientale pour la période 2017–2021. L'accent est mis sur le rôle central des adolescents et des jeunes dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. À cette fin, les exigences sont les suivantes : prise en compte de la santé dans toutes les politiques, partenariats, rôle de la société civile, déterminants sociaux et environnementaux de la santé ainsi que suivi et évaluation.

26. En octobre 2015, la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a adopté la résolution EM/RC62/R.1 exhortant les États Membres à élaborer ou à mettre à jour des plans stratégiques pour la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile, conformément à la Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent.

27. En mars 2017, le Bureau régional a organisé une réunion régionale conjointe entre l'OMS, l'ONUSIDA, le FNUAP et l'UNICEF sur le Cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents - orientations pour la mise en œuvre. Les principaux objectifs étaient de présenter et d'utiliser les orientations pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents afin d'élaborer et de mettre à jour des stratégies et des plans nationaux pour les adolescents, et de définir des domaines d'action pour les programmes de santé de l'adolescent des États Membres, des organisations des Nations Unies et des autres parties prenantes concernées.

28. De nombreux États Membres de la Région élaborent/mettent à jour leurs politiques nationales et leurs plans stratégiques pour la santé des adolescents et certains d'entre eux ont demandé l'assistance technique

du Bureau régional pour utiliser le cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents - orientations pour la mise en œuvre (Égypte, Émirats arabes unis, Maroc et Soudan).

29. Le Bureau régional travaille en étroite collaboration avec la Ligue des États arabes afin de renforcer les plans stratégiques pour les mères, les enfants et les adolescents.

30. Les orientations pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents visent à aider les responsables politiques et les administrateurs de programmes à planifier et à mettre en œuvre des réponses aux besoins sanitaires des adolescents dans le cadre des plans nationaux et à en assurer le suivi, conformément aux trois objectifs principaux de la Stratégie mondiale : survivre, s'épanouir et transformer.

31. Ces orientations proposent une approche systématique afin de comprendre les besoins en santé des adolescents, les classer par ordre de priorité en fonction de la situation du pays, et planifier, suivre et évaluer les programmes de santé de l'adolescent. Elles livrent les étapes clés dans la compréhension du profil épidémiologique d'un pays, dans la mise en place d'une analyse globale afin de clarifier ce qui a déjà été fait et par qui, dans l'ouverture d'un processus de consultation pour définir les priorités et dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes nationaux au service de la santé de l'adolescent. Elles se terminent sur les principales priorités de la recherche.

32. Réalisé sous la houlette de l'OMS, le présent document d'orientation a été élaboré en consultation avec des adolescents et des jeunes, les États Membres, les institutions des Nations Unies, les organisations de la société civile et d'autres partenaires. Il a été approuvé par l'initiative « Chaque femme, chaque enfant », le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ONUSIDA, l'UNESCO, le FNUAP, l'UNICEF, ONU-Femmes, l'OMS et la Banque mondiale.

## Conclusion

33. Le taux de mortalité des adolescents dans la Région de la Méditerranée orientale est le deuxième taux le plus élevé au monde après celui de la Région de l'Afrique, et c'est la Région qui affiche la plus faible diminution du taux de mortalité depuis 2000 (2 % seulement). Il existe de grandes variations entre les États Membres au niveau de la charge de morbidité et des risques ; les spécificités de chaque pays doivent donc être prises en compte en vue d'améliorer la santé des adolescents. Les États Membres doivent évaluer les vecteurs de maladies et de traumatismes chez les adolescents afin de soutenir la mise en œuvre de plans stratégiques appropriés pour améliorer la santé de ces derniers.

34. Les ressources financières étant limitées, les gouvernements doivent hiérarchiser leurs actions en fonction de la charge sanitaire, des traumatismes et des facteurs de risque chez les adolescents du pays, afin d'atteindre les cibles des ODD. Le secteur de la santé et les autres secteurs doivent prendre en compte les besoins des adolescents dans tous les aspects de leur travail. Une approche intégrant les impératifs de santé des adolescents dans toutes les politiques doit être utilisée dans la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques.

35. Des investissements coordonnés dans la santé de l'adolescent auront de fortes retombées économiques et sociales et font partie des meilleurs investissements qui puissent être faits par la communauté pour réaliser les ODD des Nations Unies et la Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030.

36. Les politiques jouent un rôle clé dans la protection de la santé de l'adolescent et les efforts du secteur de la santé doivent se poursuivre au-delà des actions ciblant certains adolescents en particulier. S'il demeure important de s'assurer que les adolescents disposent des connaissances et des compétences appropriées et d'un accès aux services de santé, il faut également mettre en place des interventions pour appuyer les parents et développer les écoles-santé.

37. La santé de l'adolescent dans les situations d'urgence doit être encadrée par des politiques et des pratiques qui répondent aux besoins des adolescents et respectent leurs droits, vont dans leur intérêt et assurent leur sécurité, leur autonomie et leur droit à l'autodétermination.

38. De nombreux pays de la Région ont déjà pris des mesures pour mettre en œuvre des programmes complets en faveur de la santé de l'adolescent ou envisagent actuellement de passer à l'action. Il reste toutefois beaucoup à faire. Les gouvernements nationaux disposent des données scientifiques et des outils nécessaires pour relever efficacement les défis concernant la santé de l'adolescent, comme indiqué dans les orientations pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents. À cette fin, les gouvernements disposent également des arguments solides de l'économie, de la santé publique et des droits de l'homme. Par ce moyen, ils obtiendront le triple avantage pour les adolescents : des bénéfices aujourd'hui, dans leur future vie d'adulte et pour la génération suivante.

## Recommandations aux États Membres

39. Identifier les priorités de santé adolescente au sein du pays, étant donné que la nature, la portée et l'impact des besoins en santé de l'adolescent sont propres à chaque pays. Faire en sorte que chaque adolescent puisse bénéficier des 27 interventions liées à la santé des adolescents recommandées par la Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que des interventions positives de développement de l'adolescent, en particulier en situation de crise humanitaire ou dans des contextes fragiles.

40. Établir une direction solide au plus haut niveau gouvernemental pour appuyer la mise en œuvre de politiques et de programmes au service de la santé de l'adolescent. Afin d'accélérer les progrès, il faudra également envisager d'institutionnaliser les programmes nationaux de santé de l'adolescent, en vue d'organiser la collaboration entre les différents secteurs du gouvernement, en coopérant étroitement avec les communautés, la société civile, les jeunes et le secteur privé.

41. Garantir le financement des priorités de santé adolescente dans les programmes de santé nationaux et mettre en place des lois et des politiques sur la santé et la protection des adolescents. Assurer la collecte de données ventilées par âge et par sexe par les systèmes de gestion et d'information sanitaires.

42. Se doter de personnels de soins de santé primaires compétents pour gérer la santé de l'adolescent, en mettant en œuvre les compétences de base de l'OMS au service de la santé des adolescents dans la formation préparatoire et en proposant une formation professionnelle continue pour assurer une prestation de l'ensemble de base de services de santé de qualité à tous les adolescents, et renforcer les plate-formes de prestations de services de santé, notamment la santé scolaire, qui favorisent une couverture maximale.

43. Renforcer la collecte nationale de données ventilées par âge et par sexe à travers la création d'outils et de systèmes appropriés pour mesurer les besoins non satisfaits, en vue de garantir une bonne planification des services afin de parvenir à des systèmes de santé prenant en compte les besoins des adolescents.

44. Élaborer ou à mettre à jour des programmes de santé scolaire pour répondre aux priorités sanitaires (par exemple les traumatismes, la violence, la santé génésique et les maladies transmissibles et non transmissibles) intégrés à l'approche globale pour promouvoir les services de santé fournis aux adolescents.

45. Établir des mécanismes de responsabilisation, de suivi et d'évaluation des programmes nationaux, comme partie intégrante de la planification des programmes ; inclure ces mécanismes dans le programme initial de manière à recevoir une allocation budgétaire adéquate.

## Références

1. United Nations Youth. Definition of youth (<http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>, consulté le 11 juillet 2017) (en anglais).
2. Sheehan P, Sweeny K, Rasmussen B, Wils A, Friedman HS, Mahon J, et al. Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents, *The Lancet*, 19 avril 2017 Apr 19. pii: S0140-6736(17)30872-3. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30872-3 (en anglais).
3. Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030), New York, Chaque femme, chaque enfant ;

- 2015 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf), consulté le 11 juillet 2017),
4. La santé pour les adolescents du monde : une deuxième chance pour la deuxième décennie, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/second-decade/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/fr/), consulté le 11 juillet 2017).
  5. Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) : santé de l'adolescent Rapport du Secrétariat, Genève, Soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé, A70/37, Point 16.3 de l'ordre du jour provisoire, 8 mai 2017 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/A70\\_37-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_37-fr.pdf), consulté le 16 juillet 2017).
  6. La situation des enfants dans le monde 2011, L'adolescence : l'âge de tous les possibles. New York, UNICEF, 2011 (<https://www.unicef.org/french/sowc2011/>, consulté le 11 juillet 2017).
  7. Organisation mondiale de la Santé, Statistiques et systèmes d'information sanitaires, Estimations pour la période 2000-2015. Mortalité par cause spécifique ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html), consulté le 11 juillet 2017) (en anglais).
  8. Organisation mondiale de la Santé, Statistiques et systèmes d'information sanitaires, Estimations sanitaires mondiales, 2015 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/), consulté le 11 juillet 2017) (en anglais).
  9. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale. Cadre d'action pour les systèmes d'information sanitaire et les principaux indicateurs pour le suivi de la situation sanitaire et la performance des systèmes de santé 2016. ([http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB\\_2016\\_EN\\_19169.pdf?ua=1](http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1), consulté le 11 juillet 2017) (en anglais).
  10. Cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents- orientations pour la mise en œuvre, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255415/1/9789241512343-eng.pdf?ua=1>, consulté le 11 juillet 2017) (en anglais).
  11. Organisation mondiale de la Santé, Statistiques et systèmes d'information sanitaires, Estimations pour la période 2010–2015. Charge de morbidité AVCI par cause, âge, sexe, par pays et par région, 2017 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index2.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html), consulté le 11 juillet 2017) (en anglais).
  12. OMS, ONUDC, PNUD, Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde, Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2014 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/fr/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/fr/), consulté le 11 juillet 2017).
  13. Rapport 2016 sur le retard pris en matière de prévention, Genève, ONUSIDA, 2016 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-prevention-gap-report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf), consulté le 11 juillet 2017) (en anglais).
  14. Chaque femme, chaque enfant. Une stratégie mondiale pour chaque femme, chaque enfant, dans quelque situation que ce soit. Chaque femme chaque enfant, Groupe de travail sur les défis humanitaires - axe de travail technique (21/03/2015) ([http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2015/02/15\\_\\_revised\\_EWEC\\_Humanitarian150322RKMT-HD\\_11\\_\\_2015-03-24.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2015/02/15__revised_EWEC_Humanitarian150322RKMT-HD_11__2015-03-24.pdf), consulté le 11 juillet 2017) (en anglais).
  15. Nations Unies, Objectifs de développement durable (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>, consulté le 11 juillet 2017).