



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



48^e CONSEIL DIRECTEUR
60^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, du 29 septembre au 3 octobre 2008

Point 4.4 de l'ordre du jour provisoire

CD48/8 (Fr.)
20 août 2008
ORIGINAL : ANGLAIS

**STRATÉGIE RÉGIONALE POUR AMÉLIORER LA SANTÉ
DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES**

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction	3
Instruments des NU pour la protection des droits de l’homme	4
Instruments de l’OEA pour la protection des droits de l’homme	5
Contexte	6
Analyse	7
Proposition	14
Axes d’intervention stratégiques	16
Information stratégique et innovation.....	16
Environnements propices et politiques reposant sur des preuves scientifiques	17
Systèmes et services de santé intégrés et globaux	18
Renforcement de la capacité des ressources humaines.....	19
Interventions auprès des familles, des communautés et des écoles	20
Alliances stratégiques et collaboration avec d’autres secteurs	21
Communication sociale et participation des médias.....	22
Mesures à prendre par le Conseil directeur	22
Annexes	
Annexe A. Causes externes de mortalité parmi les jeunes de 15 à 24 ans, quelques pays, aux environs de 2003 (par 100.000 habitants)	
Annexe B. Taux de fécondité spécifique à l’âge pour les adolescentes de 15 à 19 ans, dans quelques pays, Région des Amériques, 2000-2005	
Annexe C. But et indicateurs, axes d’intervention stratégiques	
Annexe D. Formulaire analytique	
Annexe E. Résolution CE142.R16	
Annexe F. Modèle de résolution	

Introduction

1. Le présent document propose une stratégie de 10 ans pour interpeller et répondre aux besoins des jeunes âgés de 10 à 24 ans des deux sexes vivant dans les Amériques. Elle vise cet objectif en développant et renforçant la réponse intégrée du secteur de la santé, en prêtant particulièrement attention aux adolescents et aux jeunes¹ les plus vulnérables et aux disparités existantes dans l'état de la santé, à la fois entre les pays de la Région et au sein de ces pays.
2. La Stratégie cherche à améliorer la santé de la plus vaste cohorte de jeunes² dans l'histoire de la Région — représentant 24,5% de la population totale (232 millions) — et de répondre au contexte en évolution : transition démographique, mondialisation, changements dans l'environnement et nouvelles technologies de communication. Au cours des dix années à venir, les États Membres seront mis au défi de favoriser et de protéger la santé et l'épanouissement des jeunes pour amasser du capital social et constituer des populations saines en phase la plus productive de leur vie et à mesure qu'elles avancent en âge. Un défi que le secteur de la santé n'est pas en mesure de relever à lui seul et qui rend désormais incontournables l'intégration et la coordination des interventions de toutes les parties prenantes, afin de minimiser la duplication des efforts et de maximiser l'impact des investissements dans ce domaine.
3. Cette Stratégie est ancrée dans le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, qui stipule que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »³ En outre, cette proposition cadre aussi avec des documents mondiaux tels la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies (UNGASS), les objectifs de

¹ Par exemple, les jeunes qui sont privés de leurs droits, les jeunes de faible statut socioéconomique, de faible alphabétisation et/ou qui ont des besoins spéciaux en santé, y compris les adolescents et les jeunes avec de sévères maladies mentales et des incapacités.

² L'Organisation mondiale de la Santé définit les adolescents comme étant les individus âgés de 10 à 19 ans, les jeunes adultes allant de l'âge de 15 à 24 ans, et les jeunes allant de l'âge de 10 à 24 ans.

³ Stipulé dans le Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé et adopté par la Conférence internationale de la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Documents officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, no. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été amendée depuis 1948. Voir également le Conseil directeur de l'OPS, document technique CD47/15 (« Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne à jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes ») du 16 août 2006, 47^{ème} Conseil directeur, pp.10-15. Disponible sur : <http://www.paho.org/english/gov/cd/CD47-15-e.pdf>.

développement pour le millénaire (ODM), et les conventions, déclarations et recommandations suivantes NU/interaméricaines (OEA) sur les droits humains.⁴

Instruments des NU pour la protection des droits de l'homme

- *Convention sur les droits de l'enfant;*⁵
- *Déclaration universelle des droits de l'homme;*⁶
- *Convention internationale sur les droits civils et politiques;*⁷
- *Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels;*⁸

⁴ Voir le Conseil directeur de l'OPS, document technique CD47/15 (« Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne à jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes ») du 16 août 2006, 47^{ème} session du Conseil directeur, pp.10-15. Disponible sur : <http://www.paho.org/english/gov/cd/CD47-15-e.pdf>; voir le Plan stratégique du BSP 2008-2012, Objectif stratégique 7 (Résultat régional escompté 7.4.1), 27^{ème} Conférence sanitaire panaméricaine, Washington D.C., 5 octobre 2007, pp. 74-78. Disponible sur : <http://www.paho.org/english/gov/csp/od328-obj5-8-e.pdf>; voir résolution CD42.R12 sur la « Santé de l'enfant », 42^{ème} Conseil directeur, OPS, Washington, D.C., 28 septembre 2000. Disponible sur : http://www.paho.org/english/gov/cd/cd42_fr-e.pdf.

⁵ Cet instrument est entré en vigueur le 2 septembre 1990 et a été ratifié par Antigua et Barbuda, l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, le Belize, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, Grenade, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint Kitts et Nevis, Ste-Lucie, Saint Vincent et les Grenadines, le Suriname, Trinidad et Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

⁶ L'Article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme stipule que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux, ainsi que pour les services sociaux nécessaires... »

⁷ Cet instrument est entré en vigueur le 23 mars 1976 et a été ratifié par l'Argentine, la Barbade, le Belize, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, les États-Unis d'Amérique, Grenade, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint Vincent et les Grenadines, le Suriname, Trinidad et Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

⁸ Cet instrument est entré en vigueur le 3 janvier 1976, et a été ratifié par l'Argentine, la Barbade, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, Grenade, le Guatemala, le Guyana, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint Vincent et les Grenadines, le Suriname, Trinidad et Tobago, l'Uruguay et le Venezuela. Le *Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels* des Nations Unies créé par ce traité a émis les directives sur le contenu, l'envergure et les obligations des États membres envers la Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels dérivant de son Article 12 (*le droit de tout être humain à la possession du meilleur état de santé physique et mentale qu'il est capable d'atteindre*). Le Comité a établi que le droit de tout être humain à la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre est étroitement lié à l'exercice d'autres droits humains et dépend de l'exercice de ces autres droits humains tels que la vie, la non-discrimination, l'égalité, la liberté sans traitement inhumain ou dégradant, le droit d'association, d'assemblée et de mouvement, le droit à la nourriture, au logement, à l'emploi et à l'éducation. Il se

- *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes,*⁹

Instruments de l'OEA pour la protection des droits de l'homme

- Déclaration américaine des droits et des devoirs de l'homme;¹⁰
- Convention américaine sur les droits de l'homme;¹¹
- Protocole additionnel à la Convention américaine sur les droits de l'homme dans le domaine des droits économiques, sociaux et culturels, ou Protocole de San Salvador;¹²
- Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'éradication de la violence contre les femmes (Convention « Belem do Para »).¹³

4. Le développement de cette Stratégie est le produit d'un processus participatif qui a impliqué des experts internationaux, des partenaires stratégiques et des parties prenantes nationales, y compris des jeunes et les points focaux des pays de l'OPS/OMS.

réfère aux jeunes, adolescents et personnes handicapées comme des groupes dont la vulnérabilité préconise des programmes à coût relativement faible qui offrent l'accès aux établissements de santé, aux biens et aux services sans discrimination et un environnement sûr et positif qui assure l'opportunité de participer aux décisions affectant leur santé et de créer des compétences de vie permettant d'acquérir l'information appropriée. Pour plus d'information voir *Commentaire général 14 du Comité des NU sur les droits économiques, sociaux et culturels*. Disponible sur : <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/34/PDF/G0043934.pdf?OpenElement>

⁹ Cet instrument est entré en vigueur en 1979, et a été ratifié par Antigua et Barbuda, l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, le Belize, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, Grenade, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint Kitts et Nevis, Ste-Lucie, Saint Vincent et les Grenadines, le Suriname, Trinidad et Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

¹⁰ Adoptée par la neuvième Conférence internationale des États Américains, Bogota, Colombie, 1948. Disponible sur : <http://cidh.org/Basicos/English/Basic2.American%20Declaration.htm>

¹¹ Entrée en vigueur le 18 juillet 1978 et ratifiée par l'Argentine, la Barbade, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, Grenade, le Guatemala, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, le Suriname, Trinidad et Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

¹² Entré en vigueur le 16 novembre 1999 et ratifié par l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, El Salvador, le Guatemala, le Mexique, Panama, le Paraguay, le Pérou, le Suriname et l'Uruguay.

¹³ Entrée en vigueur le 5 mars 1995 et ratifiée par Antigua et Barbuda, l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, le Belize, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, Grenade, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint Kitts et Nevis, Ste-Lucie, le Suriname, Trinidad et Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

Contexte

5. L'engagement du Secrétariat de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à améliorer la santé et le bien-être des jeunes date de longtemps. Des mandats antérieurs sur le thème de la santé des adolescents et des jeunes comprennent : la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la *Stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent* (WHA56.21, 2003),¹⁴ qui prie instamment les États Membres de renforcer et d'étendre leurs efforts pour accroître la couverture des services de santé et favoriser l'accès à une série d'interventions au niveau de la promotion et de la prévention en matière de santé; la résolution WHA *Stratégie mondiale sur la santé reproductive* (WHA57.12, 2004),¹⁵ qui invite les États Membres à atteindre les buts internationaux en santé reproductive avec une attention particulière accordée aux inégalités liées au sexe et à la pauvreté et aux risques auxquels les adolescents sont exposés, et la résolution sur la *Santé des adolescents* (CD40.R16)¹⁶ approuvée par le 40^{ème} Conseil directeur de l'OPS en 1997, dans laquelle les États Membres ont formellement reconnu les besoins différenciés de la population jeune et approuvé un cadre et un plan d'action. Le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 et l'Agenda de la santé pour les Amériques¹⁷ réaffirment l'importance de répondre aux besoins particuliers des adolescents et des jeunes.

6. Une évaluation externe de la mise en œuvre du plan d'action 2001-2007¹⁸ relatif à la résolution CD40.R16, menée en 2007, a indiqué que 22 États Membres sur 26 qui ont répondu, ont établi des programmes nationaux de santé des adolescents, mais que seulement 17 pays sur les 26 avaient un programme ayant un fonctionnement effectif.¹⁹ Trente-et-un pour cent des pays de l'enquête ont classé leur programme comme adéquat, 41% comme partiellement adéquat et 18% comme inapproprié. Même si ceci représente des progrès évidents, la réponse des systèmes et des services de santé aux besoins des jeunes est souvent faible et continue à se heurter à des contraintes budgétaires.

¹⁴ Disponible sur : http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/ea56r21.pdf.

¹⁵ Disponible sur : http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R12-en.pdf

¹⁶ Disponible sur : http://www.paho.org/English/GOV/CD/ftcd_40.htm.

¹⁷ Le Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain pour 2008-2012, 27^e Conférence sanitaire panaméricaine, Washington D.C., 1-5 octobre 2007, peut être consulté sur : <http://www.paho.org/panish/gov/csp/csp27-od328-s.htm> et l'Agenda pour la santé des Amériques présenté par les Ministres de la Santé à Panama en juin 2007 peut être consulté sur : http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/genda_de_Salud.pdf.

¹⁸ Nirenberg, O. et al. Evaluación Regional Planes de Salud Adolescente 2007 [pas encore publiée]. Disponible sur : <http://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/rahs/default.aspx>.

¹⁹ Un programme ayant un fonctionnement effectif est défini comme étant un programme qui a au moins deux ans, dispose d'une personne chargée du programme, a un plan d'action qui a été mis en œuvre au cours de la dernière année, et a un budget qui lui a été affecté.

Analyse

7. De nombreux pays²⁰ de la Région font face actuellement à une « fenêtre d'opportunité »²¹ démographique, dans laquelle il se trouve une plus grande proportion de personnes en âge de travailler par rapport à la population à charge. L'investissement dans la santé et l'éducation pour les jeunes et l'alignement des politiques économiques permettent la productivité et la croissance économique. Même dans les pays où cette fenêtre s'est fermée, la promotion de la santé et du développement des jeunes est essentielle pour aider à accroître leur potentiel à soutenir la population à charge croissante. De plus, l'investissement dans la santé des jeunes est essentiel pour protéger les investissements effectués dans l'enfance (e.g., des investissements considérables dans les vaccins et les programmes alimentaires) et garantit la santé de la future population adulte. De nombreuses habitudes qui sont nuisibles pour la santé sont acquises au cours de l'adolescence et de la jeunesse et se transforment en problèmes de santé à l'âge adulte (e.g., cancer du poumon causé la consommation de tabac), ajoutant un fardeau financier évitable pour les systèmes de santé.

8. Dans la Région en 2003, le taux de mortalité des 15-24 ans a été approximativement de 130 pour 100.000.²² Les principales causes de mortalité pour cette tranche d'âge sont des causes externes, incluant les accidents, homicides, suicides, entre autres, suivis par des maladies transmissibles, dont le VIH/SIDA, des maladies non transmissibles et des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches (voir Annexe A). D'autres sujets fondamentaux de santé qui affectent les jeunes et qui requièrent une action immédiate sont : les infections sexuellement transmises (IST), l'obésité, la santé mentale, la consommation de tabac et la toxicomanie. L'impact disproportionné de ces problèmes sur les jeunes à faibles revenus, peu instruits, de souche autochtone, migrants et membres de minorités ethniques mérite un intérêt particulier.

²⁰ Les pays suivants de la Région font face actuellement à ce type de « fenêtre d'opportunité » démographique (l'année dans laquelle cette opportunité se terminera est entre parenthèses) : Argentine (2035), Bolivie (2045), Brésil (2020), Chili (2015), Colombie (2020), Costa Rica (2020), Cuba (2010), El Salvador (2035), Équateur (2030), Guatemala (2050), Honduras (2040), Mexique (2020), Nicaragua (2040), Panama (2020), Paraguay (2050), Pérou (2030), République dominicaine (2025), Uruguay (2020), Venezuela (2025), selon la publication des Nations Unies parue au Salvador, 2008 : Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica. San Salvador : Nations Unies. Disponible sur : www.pnud.org.sv.

²¹ La Banque mondiale. Rapport sur le développement dans le monde 2007 : Développement et générations futures. Washington, D.C. : Banque mondiale, 2006.

²² Organisation panaméricaine de la Santé. Santé dans les Amériques. 2007. Publication technique et scientifique No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pp.177-181). Disponible sur : <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

- (a) *Violence* : En 2000 dans la Région des Amériques, le taux d'homicides chez les hommes et les femmes âgés de 15 à 29 ans était de 68,6 et 6,4 pour 100.000 respectivement (comparé aux pays à revenus élevés en Europe où le taux d'homicides n'a atteint que 1,7 et ,7 pour 100.000 hommes et femmes respectivement). Pour chaque homicide de jeune, il y a entre 20 et 40 victimes de violence non mortelle dans cette même tranche d'âge qui ont besoin de soins hospitaliers.²³ Il est estimé que le nombre actuel de membres de gangs en Amérique centrale se situe entre 30.000 et 285.000, essentiellement au Salvador, au Guatemala et au Honduras.²⁴ De plus, les adolescentes et les femmes jeunes courent quatre fois plus le risque d'être victimes de violences sexuelles que les femmes plus âgées.²⁵
- (b) *VIH/SIDA/IST* : Dans les Caraïbes, le SIDA constitue déjà une des cinq causes principales de décès chez les jeunes. En 2004, le pourcentage estimé de jeunes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH dans les Caraïbes était de 1,6% (0,9-2,3) chez les filles et de 0,7% (0,4-1,5) chez les garçons. Les chiffres pour l'Amérique latine étaient de 0,3% (0,2-0,8) chez les filles et de 0,5% chez les garçons. Les infections sexuellement transmises affectent un(e) adolescent(e) sur 20 par an et les infections les plus communes sont la chlamydia, gonorrhée syphilis et trichomonas. Chez les adolescentes enceintes, les infections sexuellement transmises augmentent le risque de mettre au monde des bébés prématurés et de faible poids à la naissance. De plus, si elles ne sont pas traitées, ces infections peuvent sur le long terme accroître le risque de cancer et de VIH, et peuvent être responsables pour la moitié des cas de stérilité.²⁶
- (c) *Santé sexuelle et reproductive* : Des progrès considérables au niveau de l'égalité des sexes sont requis pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Le VIH et les IST dévastent la population d'adolescentes²⁷. Souvent des normes culturelles et sociales de genre restreignent leur accès à l'information de base, prescrivent un rôle inégal et plus passif dans la décision sexuelle, sapent leur autonomie et exposent un grand nombre d'entre elles à des contraintes sexuelles. De même, les attentes traditionnelles liées à la masculinité sont souvent associées à des comportements qui augmentent le risque d'infection par le VIH chez les

²³ Krug, E.G. World Report on Violence and Health. Organisation mondiale de la Santé, Genève. 2002.

²⁴ Centro de Estudios de Guatemala. Informe especial: Las maras: Amenazas a la Seguridad? Guatemala, 2005. Disponible sur : www.laneta.apc.org/ceg.

²⁵ Krug, E.G. World Report on Violence and Health. Organisation mondiale de la Santé, Genève. 2002.

²⁶ Organisation panaméricaine de la Santé. Santé dans les Amériques. 2007. Publication technique et scientifique No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg.177-181). Disponible sur: <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

²⁷ Coalition mondiale sur les Femmes et le SIDA (2006). *Maintenir la promesse : un agenda pour l'action sur les femmes et le SIDA*, Genève, ONUSIDA

hommes et les garçons adolescents. Ces comportements comportent un nombre élevé de partenaires, l'usage de la drogue ou de l'alcool, et le refus de chercher des soins médicaux pour les infections sexuellement transmises.²⁸ Donc, les vies et la santé des adolescentes peuvent seulement être améliorées en parallèle avec la sensibilisation des hommes et des adolescents. La compréhension des facteurs associés à l'attraction sexuelle et l'orientation sexuelle des jeunes est un élément clé pour améliorer leur santé sexuelle et reproductive. Dans une enquête sur la santé aux Caraïbes, des pourcentages approximativement égaux (5,0% et 4,5%) d'adolescent garçons et filles ont fait état d'une histoire d'expérience homosexuelle, et plus de 10% des adolescents ont indiqué qu'ils n'étaient pas sûrs de leur orientation sexuelle (11,7% des filles et 13,3% des garçons).²⁹ Dans de nombreux pays de la Région, les jeunes deviennent sexuellement actifs à un âge de plus en plus jeune, la plupart d'entre eux commençant l'activité sexuelle dans l'adolescence. Environ 50% des filles de 15 à 24 ans dans certains pays d'Amérique centrale ont commencé à avoir des rapports sexuels à l'âge de 15 ans;³⁰ le pourcentage est encore plus élevé dans les zones rurales et parmi les jeunes ayant des niveaux plus faibles d'éducation. Près de 90% des jeunes d'Amérique latine et des Caraïbes (LAC) ont indiqué qu'ils connaissaient au moins une méthode de contraception, mais entre 48% et 53% des jeunes sexuellement actifs n'ont jamais utilisé un moyen de contraception. Parmi ceux qui ont utilisé une méthode contraceptive, environ 40% n'utilisaient pas la contraception régulièrement.³¹ Pour 2006, le besoin non satisfait de contraception parmi les jeunes femmes était de 48% au Honduras, de 38% au Guatemala et de 36% au Nicaragua.³²

- (d) *Grossesse* : Les conditions obstétriques ont été la cause la plus courante d'hospitalisation pour les jeunes femmes (27%, 31% et 46% dans les Caraïbes, en Amérique centrale et aux États-Unis respectivement).³³ Les adolescentes courent

²⁸ OMS (2007). Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

²⁹ A portrait of Adolescent Health in the Caribbean, 2000.WHO Collaborating Center on Adolescent Health, University of Minnesota, Minneapolis, MN.

³⁰ United States Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health; United States Agency for International Development. Reproductive, maternal, and child health in Central America: trends and challenges facing women and children: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Atlanta: CDC/USAID; 2005

³¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La vulnerabilidad reinterpretada, asimetrías, cruces y fantasmas. Santiago de Chile: CEPAL; 2002.

³² United States, Guttmacher Institute. Early Childbearing in Nicaragua: A Continuing Challenge. In Brief, 2006 Series, No. 3, 4, and 5 (Honduras, Nicaragua, and Guatemala). Disponible sur : <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala-en.pdf>

³³ Organisation panaméricaine de la Santé. Santé dans les Amériques. 2007. Publication technique et scientifique No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg.177-181). Disponible sur: <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

un risque plus élevé de résultats négatifs de la grossesse, et par rapport aux femmes plus âgées, elles ont des probabilités plus faibles de terminer la scolarisation, elles courent le risque de travailler dans des emplois informels, le risque de la pauvreté, et leurs jeunes souffrent de risques de santé plus élevés.³⁴ La moitié des pays des Amériques ont des taux de fécondité parmi les adolescentes âgées de 15 à 19 ans plus élevés que 72 pour 1.000 femmes (voir Annexe B). Des femmes âgées de moins de 20 ans représentaient vingt pour cent des naissances dans la Région, avec 40% des grossesses n'étant pas planifiées selon les estimations.³⁵ Dans LAC, les femmes de moins de 24 ans représentent 45% (405) du nombre de décès (900) en raison d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité pour 2003.³⁶

- (e) *Malnutrition* : L'obésité des adolescents dans la Région varie entre 8% et 22%.³⁷ Aux États-Unis, 17% des adolescents âgés de 12 à 19 ans ont une surcharge pondérale.³⁸ Au Canada, de 12% à 20% des jeunes ont une surcharge pondérale, et de 3% à 10% sont obèses. Les taux de la surcharge pondérale et de l'obésité sont plus élevés chez les garçons que chez les filles. Au total, environ 26% des garçons et 17% des filles ont soit une surcharge pondérale soit sont obèses.³⁹ L'anémie chez les adolescentes varie de 7% au Salvador à 30% en Bolivie et à 45% en Haïti.⁴⁰
- (f) *Santé mentale* : La mortalité et la morbidité décrites précédemment parmi les jeunes sont liées à la carence d'attention accordée à la santé mentale. En 2004 aux États-Unis, le suicide était la troisième cause principale de décès parmi les

³⁴ Organisation panaméricaine de la Santé. Santé dans les Amériques. 2007. Publication technique et scientifique No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg.177-181). Disponible sur: <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

³⁵ Organisation panaméricaine de la Santé. Santé dans les Amériques. 2007. Publication technique et scientifique No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg.177-181). Disponible sur : <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

³⁶ Organisation mondiale de la Santé (OMS). Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, 5a Edición, Genève, 2007.

³⁷ Zwicker C et al. Commitments: Youth Reproductive Health, the World Bank, and the Millenium Development Goals. Washington, D.C.: Global Health Council, 2004. Disponible sur : www.globalhealth.org/images/pdf/commitments.pdf.

³⁸ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

³⁹ Healthy settings for young people in Canada. 2008. Public Health Agency of Canada. Disponible sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/yjc/>

⁴⁰ Chaparro CM, Lutter CK. Anemia among adolescent and young adult women in Latin America and the Caribbean: A cause for concern. Washington, D.C. PAHO 2008.

adolescents de 13 à 19 ans. De plus, de nombreux adolescents envisagent sérieusement le suicide sans le tenter, ou ils le tentent sans aller jusqu'au bout.⁴¹

⁴¹ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

- (g) *Consommation d'alcool, toxicomanie et tabagisme* : En 2005 dans les Caraïbes, 40% des adolescentes et 50% des adolescents de 12 à 18 ans ont consommé de l'alcool et 1 jeune sur 10 de 16 à 18 ans a consommé quatre boissons alcoolisées ou plus à la suite.⁴² Approximativement 1 adolescent sur 10 de 13 à 17 ans a utilisé des drogues illégales à un moment de sa vie.⁴³ Aux États-Unis, 1 élève sur 5 de la neuvième à la douzième a indiqué avoir consommé de la marijuana au moins une fois au cours du mois précédent.⁴⁴ La consommation de tabac au cours du moins précédent parmi les adolescents de 13 à 17 ans est allée de 2,2% à 38,7%.⁴⁵ Au Canada, 5% des jeunes indiquent qu'ils ont essayé de fumer à l'âge de 11 ans ou moins, 16% des garçons et 18% des filles entre 12 et 14 ans, et 6% à l'âge de 15 ans ou plus.⁴⁶

9. En vivant dans la Région connaissant les plus grandes inégalités sociales, les jeunes sont assujettis aux inégalités existantes sur les plans socioéconomique, territorial, ethnique et de genre qui modèlent leurs opportunités de santé et sociales. La majorité des causes primaires de morbidité et mortalité dans la Région sont apparentées aux déterminants sociaux de la santé, à savoir : l'éducation, le revenu et la classe sociale, l'emploi, la migration, la famille, les réseaux sociaux, l'environnement, entre autres. Dans tous les pays de la Région, les plus pauvres et les plus exclus sont souvent les jeunes qui appartiennent à des minorités autochtones, ethniques et raciales, et ceux qui vivent dans des ménages dont le chef est une femme et/ou dans les communautés rurales. Trente-neuf pour cent des jeunes vivent dans la pauvreté dans la Région LAC.⁴⁷ Aux États-Unis, en 2005, 16% des adolescents âgés de 10 à 17 ans vivent dans des ménages au-dessous du seuil de pauvreté.⁴⁸ Les adolescents qui vivent dans un ménage avec un seul parent ont vraisemblablement beaucoup plus de possibilité d'avoir un revenu familial proche du seuil de pauvreté ou inférieur au seuil de pauvreté que les adolescents

⁴² Organisation panaméricaine de la Santé. Santé dans les Amériques. 2007. Publication technique et scientifique No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pp.177-181). Disponible sur : <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

⁴³ Organization of American States, Inter-American Drug Abuse Control Commission. Comparative Report on Nationwide School Surveys in Seven Countries: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panama, Paraguay, Dominican Republic, and Uruguay 2003. Washington, D.C.: OAS/CICAD; 2004.

⁴⁴ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

⁴⁵ Organization of American States, Inter-American Drug Abuse Control Commission. Comparative Report on Nationwide School Surveys in Seven Countries: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panama, Paraguay, Dominican Republic, and Uruguay 2003. Washington, D.C.: OAS/CICAD; 2004.

⁴⁶ Healthy settings for young people in Canada. 2008. Public Health Agency of Canada. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/yjc/>

⁴⁷ United Nations Development Program, El Salvador, editors. *Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica*. San Salvador: Naciones Unidas, 2008. Disponible sur : www.pnud.org.sv.

⁴⁸ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

vivant dans un ménage avec deux parents.⁴⁹ Le taux de fécondité des adolescentes vivant dans la pauvreté est trois fois plus élevé que celui des adolescentes qui ne vivent pas dans la pauvreté, elles utilisent moins de méthodes contraceptives, et ont plus de chance d'avoir un enfant avant l'âge de 20 ans.⁵⁰ L'éducation affecte également les résultats de la santé et les comportements à risque (e.g., grossesse, IST/VIH/SIDA, la consommation nocive d'alcool et d'autres drogues, et les risques de violence). Dans l'ensemble, seulement 38% des adolescents de 18 ans vont à l'école,⁵¹ toutefois il existe de grandes disparités basées sur les niveaux socioéconomiques, l'ethnicité et la zone géographique. Pour chaque année supplémentaire de scolarisation, les taux de fécondité chez les adolescentes diminuent de 5% à 10%.⁵² De plus, les inégalités dans les opportunités d'éducation et d'emploi avec un salaire décent mènent à des degrés élevés de migration, tant dans les pays qu'entre les pays. Cette situation se traduit par la désintégration des familles et des communautés; l'emploi dans de mauvaises conditions de sécurité, illégal et informel; le trafic; et de nombreux risques pour la santé (IST/VIH/SIDA, grossesse et violence).

10. L'information stratégique est critique pour les décisions prises en connaissance de cause. Malgré la technologie de l'information de plus en plus élaborée, les données sociales et en santé sur les jeunes sont encore difficiles à obtenir, elles sont souvent incomplètes, imprécises ou incorrectes dans de nombreux pays.⁵³ Dans l'évaluation externe du plan d'action 2001-2007 de l'application de la résolution CD40.R16, sur les 26 pays qui ont répondu, 30% disposent d'un système national de surveillance qui inclut le thème de la santé des adolescents et des jeunes, et 27% seulement suivent leurs programmes et procèdent à une évaluation de ces programmes.⁵⁴ De plus, la stigmatisation reste une barrière et donne lieu à une sous-notification de certains problèmes de santé (e.g., suicide, maladie mentale, orientation sexuelle et violences sexuelles). La pénurie des données empêche souvent l'identification de groupes à risque particulier dans les pays et entre les pays ou le risque et des facteurs de protection pour

⁴⁹ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

⁵⁰ United States, Guttmacher Institute. Early Childbearing in Nicaragua: A Continuing Challenge. In Brief, 2006 Series, No. 3, 4, and 5 (Honduras, Nicaragua, and Guatemala). Disponible sur : <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala-en.pdf>

⁵¹ United Nations Development Program, El Salvador, editors. *Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica*. San Salvador: Naciones Unidas, 2008. Disponible sur : www.pnud.org.sv.

⁵² United Nations Development Program, El Salvador, editors. *Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica*. San Salvador: Naciones Unidas, 2008. Disponible sur : www.pnud.org.sv

⁵³ Organisation panaméricaine de la Santé. Santé dans les Amériques. 2007. Publication technique et scientifique No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg.177-181). Disponible sur : <http://www.paho.org/HIA/index.html>.

⁵⁴ Nirenberg, O. et al. Evaluación Regional Planes de Salud Adolescente 2007. Disponible sur : <http://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/rahs/default.aspx>.

les comportements et les résultats de la santé. Un suivi et une évaluation déficients ont eu pour résultat l'exécution constante d'interventions inefficaces.

11. En général, les politiques, programmes et services approchent la santé et l'épanouissement des adolescents et des jeunes d'une perspective verticale et axée sur les problèmes, par exemple en traitant le VIH, la grossesse, la consommation d'alcool, la famille et la violence comme des problèmes distincts. Les sources de financement confortent souvent cette approche, ayant pour résultat une duplication coûteuse des efforts et un impact limité. Les données probantes laissent entendre que les programmes devraient se pencher sur les résultats de la santé qui sont liés entre eux, les comportements apparentés et leurs origines communes pour améliorer l'impact et réduire la duplication coûteuse des efforts.⁵⁵ La contribution à des interventions inefficaces signifie le mauvais usage des preuves scientifiques existantes et le manque de participation des adolescents et des jeunes aux processus de développement et d'exécution.

12. En raison du manque de participation des adolescents et des jeunes, la considération des besoins spécifiques de la population ciblée telle que déterminée par l'âge, le stade de développement, la culture et le genre est inappropriée. De plus, les programmes n'ont pas capitalisé sur le rôle central joué par le soutien des familles, des écoles et des communautés en tant que facteurs protecteurs de la santé et l'éducation, ainsi que leur potentiel pour faciliter l'accès aux services de santé et constituer des environnements critiques pour la promotion de la santé. Il est nécessaire de cerner les forces et les faiblesses de la communauté et du voisinage à travers des évaluations participatives, de concevoir des programmes de développement de la jeunesse et des services de santé novateurs, globaux et efficaces.

13. L'accès des adolescents et des jeunes aux services de santé continue à être inadéquat dans la plupart des pays. Bien des jeunes se heurtent à des obstacles d'ordre juridique et financier et à un environnement sans convivialité lorsqu'ils s'adressent aux services de santé, dont le manque de confidentialité, la critique et la désapprobation que suscitent les relations sexuelles, la toxicomanie, et la discrimination. De plus, l'accès aux services de santé (y compris les services biomédicaux, la santé mentale et d'autres) est affecté par les politiques financières du système de santé, les barrières géographiques et la disponibilité du personnel de santé. Aux États-Unis par exemple, la grande majorité des adolescents pauvres et presque pauvres qui ont moins de 19 ans sont éligibles à la couverture de soins publique; et néanmoins, en 2005, un cinquième des adolescents dans les familles vivant au-dessous du seuil de pauvreté n'avait pas d'assurance maladie.⁵⁶ Les services de santé devraient être organisés de façon à répondre aux besoins et aux souhaits des jeunes et à leurs attentes individuelles et collectives. L'écart entre l'offre des

⁵⁵ Nirenberg, O. et al. Evaluación Regional Planes de Salud Adolescente 2007. Disponible sur : <http://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/rahs/default.aspx>.

⁵⁶ MacKay AP, Duran C. Adolescent Health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007.

services de santé et les demandes des adolescents et des jeunes doit être comblé.⁵⁷ Des services de santé de qualité offrent une opportunité importante pour les messages de promotion et de prévention en matière de santé, ainsi que le dépistage, le diagnostic, le traitement et les soins pour une série de problèmes de santé.

14. Le modèle de soins en santé primaires veut que les prestataires de services soient adéquatement préparés pour répondre aux besoins des personnes sur tout leur cycle de vie.⁵⁸ Par conséquent, ils sont tenus de connaître les besoins propres à la jeunesse et les obstacles auxquels elle se heurte. Pour autant, la Région n'a pas encore la masse critique de prestataires de soins en santé qui ont été formés à réagir aux nécessités de la jeunesse. Un moyen de rester au fait des exigences auxquelles doivent répondre les services et les programmes de promotion de la santé et de la prévention est de mettre en œuvre des stratégies novatrices qui permettront d'entrer en contact avec les jeunes et de former les prestataires de soins de santé. Ces exigences supplémentaires font que les dispensateurs de services doivent être au courant des nouveaux résultats de recherches et des technologies émergentes concernant la santé des adolescents et des jeunes, tant dans la communication (e.g., textos, réseaux virtuels) que dans les questions de santé (e.g., dernières nouveautés sur le développement cérébral, de nouveaux vaccins — dont celui contre le virus du papillome humain — de tests et de méthodes de dépistage.

15. Les technologies de l'information et de la communication ont élargi l'accès de bien des jeunes aux mass-médias, aux téléphones cellulaires et à l'Internet, leur permettant de se rattacher aux cultures planétaires, en changeant radicalement le mode d'interaction sociale. Ceux qui ont accès aux médias sont exposés à un éventail de messages et d'images et, souvent à des comportements malsains, tels que l'usage du tabac dans les programmes de télévision.⁵⁹ Toutefois, ces mêmes technologies de la communication peuvent devenir un cheval de bataille pour améliorer la santé des jeunes en influant de manière positive sur les valeurs, les attitudes et les croyances dans ce domaine. Une autre stratégie importante est de cibler la préadolescence et l'adolescence précoce afin de peser sur les comportements avant qu'ils ne se transforment en habitudes dangereuses pour la santé.

Proposition

16. L'objectif de la présente Stratégie régionale est de contribuer à l'amélioration de la santé des jeunes à travers le développement et le renforcement de la réponse intégrée

⁵⁷ OPS. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes, OPS, Washington D.C., 2005.

⁵⁸ Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). 2007. Renouvellement des soins de santé primaires dans les Amériques : Rapport de position de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS/OMS). Washington, D.C. : OPS.

⁵⁹ Gidwani, P.P et al. Television Viewing and Initiation of Smoking Among Youth. *Pediatrics* 110(3): 505-508, 2002. Available at: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/110/3/505>.

du secteur de la santé et de l'exécution des programmes de promotion de la santé de prévention et de soins pour les adolescents et les jeunes.

17. La Stratégie est composée d'information, de données probantes et de connaissances, et repose sur quatre piliers : soins de santé primaires, promotion de la santé, protection sociale, et les déterminants sociaux de la santé. La Stratégie préconise une intégration des approches, programmes et services pour affronter les problèmes de santé en cause et obtenir des résultats meilleurs. Genre, culture et participation sont autant d'optiques à caractère transversal.

18. À partir de la définition de la santé retenue par l'OMS,⁶⁰ cette Stratégie qualifie d'adolescent ou de jeune en bonne santé celui qui s'acquitte des tâches que suppose son épanouissement au plan biologique, psychologique et social empreint du sens de son identité, de sa valeur personnelle et d'un sentiment d'appartenance, qui envisage un parcours d'avenir positif, qui se montre tolérant au changement et à la diversité et qui a les compétences de s'investir activement au sein de la collectivité et du monde du travail. Un état qui se traduit dans la jeunesse par des habitudes alimentaires saines, la pratique de l'exercice physique, la santé mentale et la bonne forme, et par une approche responsable et positive en matière de sexualité.

19. Cette Stratégie propose sept axes d'intervention dont l'intégration systématique et simultanée est encouragée dans le but de remédier aux causes principales de mortalité et de morbidité et aux problèmes de santé fondamentaux des adolescents et des jeunes identifiés dans la section traitant de l'analyse : (1) l'information stratégique et l'innovation; (2) des environnements propices et des politiques reposant sur des preuves scientifiques; (3) des systèmes et des services de santé intégrés et globaux; (4) le renforcement des capacités des ressources humaines; (5) des interventions auprès des familles, des communautés et des écoles; (6) des alliances stratégiques et la collaboration avec d'autres secteurs; et (7) la communication sociale et la participation des médias.

20. Pour appuyer l'exécution de ces axes d'intervention, en partenariat avec les Nations Unies et d'autres organisations, l'OPS adoptera une approche interprogrammatique, consacrera des efforts spéciaux aux pays prioritaires et d'impact élevé,⁶¹ construira des réseaux et mobilisera des ressources. Concrètement, l'OPS

⁶⁰ Définition de la santé de l'OMS : un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité... » Définie dans le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé et adoptée par la Conférence internationale de la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946; signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Documents officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, no. 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été amendée depuis 1948.

⁶¹ L'OPS a identifié comme pays prioritaires pour la coopération technique : la Bolivie, Haïti, le Guyana, le Honduras, le Nicaragua, le Guatemala, et comme pays à impact élevé pour les interventions

apportera la coopération technique à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des axes d'intervention, favorisera le plaidoyer, et fera en sorte que les bonnes pratiques soient systématisées, instituera une plate-forme qui servira à partager les leçons tirées à travers la Région et encouragera la coopération de pays à pays.

Axes d'intervention stratégiques

21. Les axes d'intervention stratégiques ont une durée de 10 ans (2008-2018). Les axes d'intervention sont décrits ci-dessous, et comprennent des objectifs concrets et des propositions pour action fondées sur les preuves scientifiques et les bonnes méthodes reconnues par l'OPS. L'Annexe C contient les indicateurs pour suivre et évaluer la réalisation de ces objectifs par axe d'intervention stratégique et note les objectifs stratégiques correspondants et les résultats régionaux escomptés du Plan stratégique de l'OPS.

Information stratégique et innovation

22. *Objectif.* Renforcer la capacité des pays à produire une information en santé de qualité sur les adolescents et les jeunes et sur leurs déterminants sociaux, ventilant l'information par âge, sexe, ethnicité et niveau socioéconomique.

23. Le recueil, l'analyse et la dissémination de l'information appropriée apporteront les outils essentiels pour établir les priorités et guider le plan d'action régional et les programmes nationaux, y compris la formulation de politiques, la planification et l'évaluation des programmes.

24. Cet axe d'intervention stratégique propose des actions pour :

- (a) Atteindre un consensus sur une liste d'indicateurs fondamentaux qui permettent l'identification d'écart et d'inégalités dans la santé des adolescents et des jeunes. Ces indicateurs seront utilisés pour le développement d'une plate-forme virtuelle dotée de données ventilées par âge, sexe, ethnicité et revenu. La plate-forme pourrait constituer un observatoire régional sur la santé des adolescents et des jeunes.
- (b) Appuyer les pays dans le renforcement de la capacité pour : renforcer leurs systèmes nationaux d'information en santé, créer un système d'information en santé adolescente (SIA), et suivre et évaluer la qualité, couverture et coût des programmes nationaux de santé des adolescents et des jeunes, des services de

concernant les adolescents et les jeunes : le Brésil, le Mexique, la Colombie, l'Argentine, le Pérou et le Venezuela.

santé et d'autres interventions, et aligner les efforts avec l'OPS et d'autres travaux mondiaux en cours sur ce thème.⁶²

- (c) Favoriser l'analyse, la synthèse et la dissémination de l'information intégrée provenant de différentes sources sur l'état de santé des adolescents et des jeunes et des déterminants sociaux aux niveaux national et régional.
- (d) Soutenir la recherche régionale et nationale sur l'impact de méthodes nouvelles et novatrices pour améliorer la santé et l'épanouissement des jeunes et disséminer les interventions efficaces et les bonnes méthodes.

Environnements propices et politiques reposant sur des preuves scientifiques

25. *Objectif.* Promouvoir et garantir le développement d'environnement propices et la mise en œuvre de politiques efficaces, globales, durables et fondées sur des preuves scientifiques sur la santé des adolescents et des jeunes.

26. Cet axe d'intervention stratégique propose des actions pour :

- (a) Établir des politiques publiques qui appuient un meilleur état de santé pour les jeunes, soulignant les actions sur les jeunes les plus vulnérables et fondées sur les résolutions de l'OMS et de l'OPS et leurs recommandations.⁶³ Ces politiques devraient garantir une allocation budgétaire spécifique pour la santé des adolescents et des jeunes et permettre le suivi des engagements et assurer la responsabilisation.

⁶² Par exemple, le *Réseau métrique de la Santé* (HMN), la collaboration OPS – USAID pour le renforcement des systèmes d'information en santé et le *Plan d'action pour conforter le recueil des données d'état civil et de santé*.

⁶³ Convention-cadre sur la lutte antitabac, Stratégie mondiale sur l'activité physique et la santé, politiques pour promouvoir des environnements propices telles que les politiques de transport et d'aménagement urbain durables (systèmes rapides de transport de masse et autres systèmes de transport, sécurité routière, protection des espaces publics) et prévention de l'obésité (agriculture urbaine, amélioration de l'alimentation scolaire, directives et réglementations pour la commercialisation et la publicité des aliments, programmes d'éducation physique). Les éco clubs sont un exemple d'un programme favorisant l'implication des jeunes dans l'environnement, avec un impact sur les comportements promouvant la santé. D'autres résolutions d'intérêt de l'OPS comprennent : Stratégie régionale de réduction de la mortalité et la morbidité maternelles (26 CSP, 2002); Santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant : Stratégie régionale et plan d'action (CE142/12, 2007); Stratégie régionale et plan d'action sur la nutrition dans la santé et le développement, 2006-2015 (CD47/18, 2006); Plan stratégique régional pour le VIH/SIDA/IST, 2006-2015, de l'Organisation panaméricaine de la Santé (CD46.R15, 2005); Plan d'action régional sur la violence et la santé (CD37.R17, 1993).

- (b) Formuler, exécuter et appliquer des politiques et des programmes fondés sur les preuves scientifiques d'une manière compatible avec la Convention des droits de l'enfant⁶⁴ des NU et les instruments des droits de l'homme des NU/OEA mentionnés précédemment.
- (c) Plaidoyer pour des environnements qui favorisent la santé et l'épanouissement des jeunes, en s'intéressant aux déterminants sociaux de la santé et en encourageant des communautés saines et sans danger, y compris l'initiative de promotion de la santé dans les écoles.
- (d) Appuyer l'établissement et la révision des politiques et de la législation actuelles dans les thèmes prioritaires de la santé pour les jeunes, en particulier celles qui ont un impact sur l'accès aux services de santé.

Systèmes et services de santé intégrés et globaux

27. *Objectif.* Faciliter et appuyer le renforcement de la capacité du système de santé à répondre aux besoins des adolescents et des jeunes.

28. L'extension réelle de la protection sociale sera appuyée. La promotion, la prévention et les soins de santé des adolescents et des jeunes requièrent des services de soins de santé au niveau primaire, fondés sur des normes de qualité et les bonnes méthodes.⁶⁵

29. Cet axe d'intervention stratégique propose des actions pour :

- (a) Effectuer des interventions par le truchement du modèle de gestion intégrée des besoins des adolescents (IMAN).⁶⁶

⁶⁴ Cet instrument est entré en vigueur le 2 septembre 1990 et a été ratifié par Antigua et Barbuda, l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, le Belize, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, Grenade, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint Kitts et Nevis, Ste-Lucie, Saint Vincent et les Grenadines, le Suriname, Trinidad et Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

⁶⁵ Organisation panaméricaine de la Santé. Agenda de la santé pour les Amériques 2008-2017. Washington D.C. : OPS, 2007. Disponible sur : http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf.

⁶⁶ IMAN suit le modèle de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et comprend des directives pour le traitement des maladies de l'adolescence et de la jeunesse, en mettant l'accent sur la prévention et la promotion. IMAN cherche à améliorer les compétences des professionnels multidisciplinaires dans le thème de la santé des adolescents et des jeunes, et à améliorer les pratiques cliniques et de traitement au niveau de la famille et au niveau de la communauté.

- (b) Intégrer les services de recours et contre-recours avec les niveaux primaires, secondaires et tertiaires.
- (c) Augmenter l'accès à des services de santé de qualité avec le développement de normes de soins de qualité et assurer la disponibilité des fournitures critiques de santé publique.
- (d) Développer des modèles de soins, y compris une prestation de service alternative et novatrice qui peut accroître l'accès, comme les dispensaires mobiles, les services de santé liés aux écoles et les pharmacies, entre autres.
- (e) Mener des études sur la disponibilité, l'utilisation et le coût des services.

Renforcement de la capacité des ressources humaines

30. *Objectif.* Appuyer le développement et le renforcement des programmes de formation des ressources humaines en santé globale des adolescents et des jeunes, en particulier ceux se rapportant aux sciences de la santé et domaines apparentés, afin de développer des politiques et des programmes pour la promotion, la prévention et les soins des adolescents et des jeunes.

31. Les dispensateurs de soins et de services (par exemple les enseignants scolaires et universitaires, les promoteurs de santé communautaires, entre autres) jouent un rôle décisif dans l'amélioration de la santé des adolescents et des jeunes, et par conséquent des équipes multidisciplinaires sont requises.

32. Cet axe d'intervention stratégique propose des actions pour :

- (a) Formuler et exécuter des programmes de formation dans la santé et le développement des adolescents et des jeunes aux niveaux de premier cycle et diplômés et en cours d'emploi, en utilisant les nouvelles technologies telles que les plate-formes de e-apprentissage, et incluant des thèmes clés tels que la dissémination et la clarification de la Convention des NU sur les droits de l'enfant⁶⁷ et les instruments des NU/OEA pour la protection des droits de l'homme en ce qui concerne des questions telles que la confidentialité, la

⁶⁷ Cet instrument est entré en vigueur le 2 septembre 1990 et a été ratifié par Antigua et Barbuda, l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, le Belize, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, Grenade, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint Kitts et Nevis, Ste-Lucie, Saint Vincent et les Grenadines, le Suriname, Trinidad et Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

- préservation de la vie privée, le consentement éclairé, la protection égale de la loi et la non-discrimination dans le contexte de la diversité culturelle.⁶⁸
- (b) Inclure le thème de la santé des adolescents et des jeunes dans les programmes de cours pour les professionnels de la santé et de l'éducation.
 - (c) Plaidoyer pour le renforcement de la capacité des dispensateurs de soins de santé primaires en utilisant des cours évalués en santé globale de l'adolescent appuyés par l'OPS et actuellement disponibles sur diverses plate-formes d'e-apprentissage.⁶⁹
 - (d) Incorporer dans les cours d'e-apprentissage et autres disponibles, les preuves scientifiques actuelles sur les jeunes et le thème du suivi et de l'évaluation des programmes.

Interventions auprès des familles, des communautés et des écoles

33. *Objectif.* Développer et appuyer les programmes de promotion et de prévention de la santé des adolescents et des jeunes, avec des interventions auprès de la communauté qui renforcent les familles, comprennent les écoles et encouragent la participation.
34. Le changement de comportement chez les adolescents et les jeunes est influencé par l'environnement dans lequel ils vivent, étudient et travaillent. Un environnement familial favorable est essentiel pour obtenir des résultats positifs en santé et en éducation.⁷⁰

⁶⁸ Depuis 2000, l'OPS a dispensé la formation technique aux autorités de santé publique avec le soutien des organes des NU et de l'OEA. À ce jour, l'OPS a tenu 40 ateliers de formation pour disséminer les instruments des droits de l'homme internationaux/régionaux, les recommandations et normes dans le contexte des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA; des personnes souffrant de troubles mentaux; des personnes handicapées; des personnes âgées; des personnes exposées à la fumée du tabac d'autrui et la santé des femmes autochtones dans le contexte de leur santé reproductive, leur sexualité et nutrition (y compris les femmes, les jeunes, les garçons et les filles). Ces ateliers de formation ont été tenus en Argentine, Barbade, Brésil, Canada, Costa Rica, Chili, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Ste-Lucie, Saint Kitts et Nevis et Uruguay. Approximativement 500 autorités en santé publique ont été formées à l'application des dispositions relatives à la confidentialité, la préservation de la vie privée, la protection égale de la loi, la non-discrimination et autres droits humains liés à la santé.

⁶⁹ L'OPS appuie des cours à distance en santé globale de l'adolescent prenant place à travers l'*Universidad Católica de Chile*, l'*Universidad del Estado de Río de Janeiro*, l'*Universidad Autónoma de Nuevo León* et l'*Universidad de Buenos Aires*.

⁷⁰ Roche, K.M., Ahmed, S. Blum, R.W. Enduring consequences of parenting for risk behaviors from adolescence into early adulthood. *Soc Sci Med*, 66(9), 2008; Resnick, M.D., Harris, L.J., Blum, R.W. The Impact of Caring and Connectedness on Adolescent Health and Well-being. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 29 (s1), 1993.

35. Cet axe d'intervention stratégique propose des actions pour :
- (a) Développer et disséminer de outils fondés sur des données probantes qui aident les acteurs stratégiques dans des interventions qui renforcent la famille, par exemple le programme évalué de l'OPS « Renforcer les familles avec des jeunes adolescents avec de l'amour et des limites. »
 - (b) Appuyer la mobilisation communautaire pour changer les politiques institutionnelles et créer des communautés qui sont favorables à l'épanouissement et à la santé des jeunes.
 - (c) Développer des outils pour favoriser la participation et l'autonomisation concrètes des adolescents et des jeunes et de leurs communautés, en commençant par cerner leurs forces et leurs faiblesses pour contribuer efficacement au processus de décision et à la conception et mise en œuvre de programmes qui les affectent directement.
 - (d) Améliorer la relation entre les secteurs de la santé et de l'éducation pour développer des programmes complets pour les adolescents et les jeunes, et pour suivre et évaluer leur impact.

Alliances stratégiques et collaboration avec d'autres secteurs

36. *Objectif.* Faciliter le dialogue et le renforcement d'alliances entre partenaires stratégiques, afin de faire progresser l'agenda de la santé des adolescents et des jeunes et d'assurer que les partenaires stratégiques participent à l'établissement de politiques et de programmes destinés à cette tranche d'âge.

37. L'exécution des programmes concernant la santé des adolescents et des jeunes requiert une action concertée de la part de partenaires multiples et acteurs stratégiques venant de différents secteurs. De plus, elle nécessite des actions à différents niveaux de gouvernement, des organisations non gouvernementales, des organisations multilatérales et au niveau local, entre autres.

38. Cet axe d'intervention stratégique propose des actions pour :
- (a) Développer des actions intégrées et coordonnées entre le secteur de la santé et avec des partenaires stratégiques aux niveaux régional, national et local, par exemple : entités gouvernementales (éducation, système judiciaire, travail, sécurité publique, services de logement, environnement, entre autres), organisations privées, universités, médias, société civile, organisations de

- jeunesse, organisations religieuses et communautés (y compris les enseignants, les parents et les jeunes).
- (b) Intensifier et renforcer les programmes interinstitutions sur les adolescents et les jeunes entre et parmi les agences et organes des NU et les agences de l'OEA.
 - (c) Établir des mécanismes pour la coopération sud-sud et pour partager les bonnes pratiques et les enseignements tirés dans la Région.

Communication sociale et participation des médias

39. *Objectif.* Appuyer l'inclusion des interventions de communication sociale et des technologies novatrices dans les programmes nationaux de santé des adolescents et des jeunes.

40. Les mass-médias et les nouvelles technologies ont un impact considérable sur la santé des adolescents et des jeunes. Il est essentiel de travailler avec les mass-médias pour promouvoir une image positive des adolescents et des jeunes et incorporer de nouvelles technologies dans la promotion de la santé.

41. Cet axe d'intervention stratégique propose des actions pour :

- (a) Promouvoir des images, des valeurs et des comportements positifs concernant la santé des adolescents et des jeunes.
- (b) Renforcer la capacité des pays à utiliser les techniques de communication sociale et les nouvelles technologies pour accroître l'accès aux interventions et aux services de santé.
- (c) Appuyer la production de preuves scientifiques sur ce thème, particulièrement dans l'usage des nouvelles technologies et de leur impact sur la santé.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

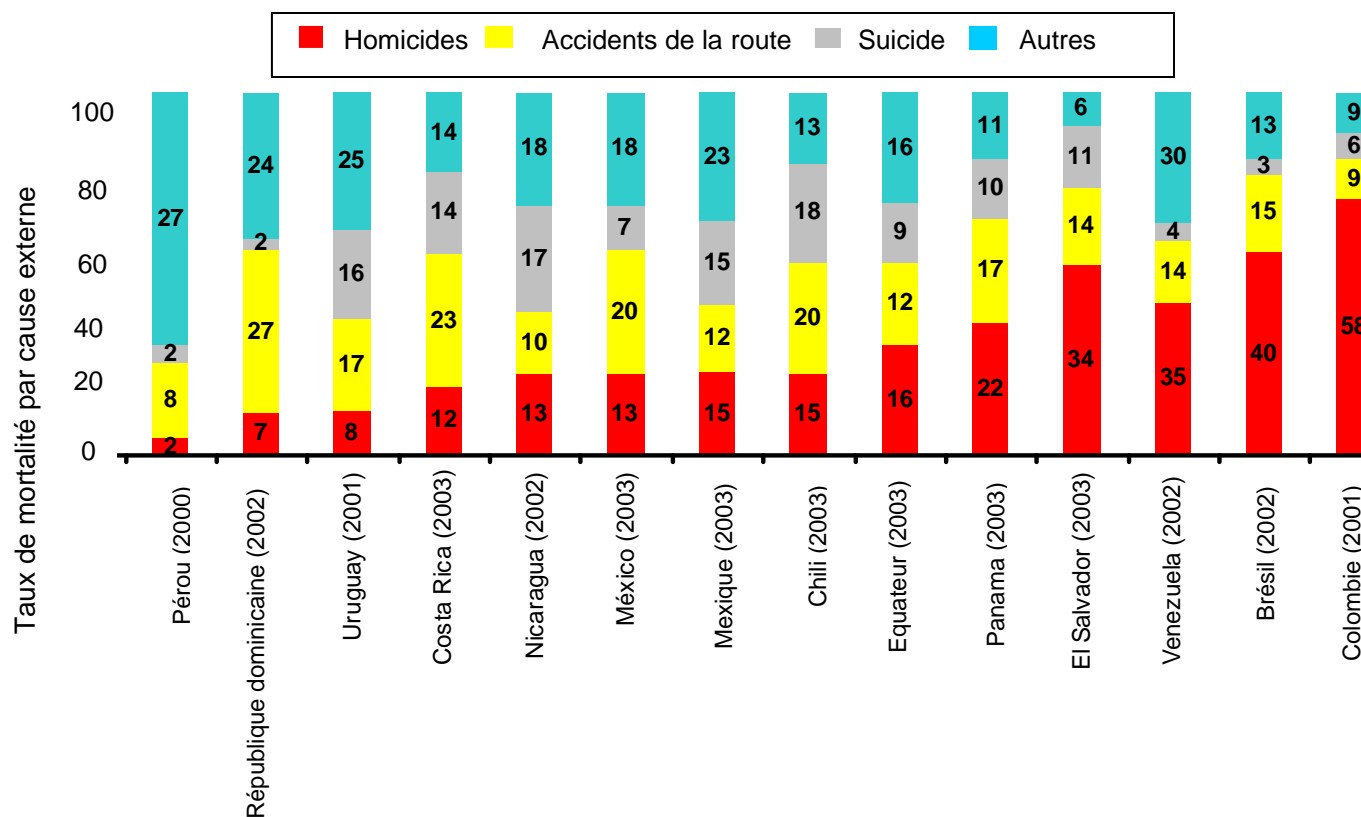
42. Le Conseil directeur est invité à :

- (a) Analyser le présent document, et considérer les adolescents et les jeunes comme une priorité et appuyer le renforcement de la réponse du secteur de la santé. La Région connaît un moment opportun, car 2008 est l'Année ibéroaméricaine de la jeunesse, et le thème principal des discussions au prochain Sommet des Chefs d'État et de Gouvernement ibéroaméricains (El Salvador, octobre 2008) sera « Jeunesse et développement. »

- (b) Considérer la Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes et l'adoption de la résolution proposée par le Comité exécutif (voir résolution CE142.R16, à l'Annexe E), qui constituera la base du plan d'action régional qui sera soumis à la considération du 49^e Conseil directeur en 2009.

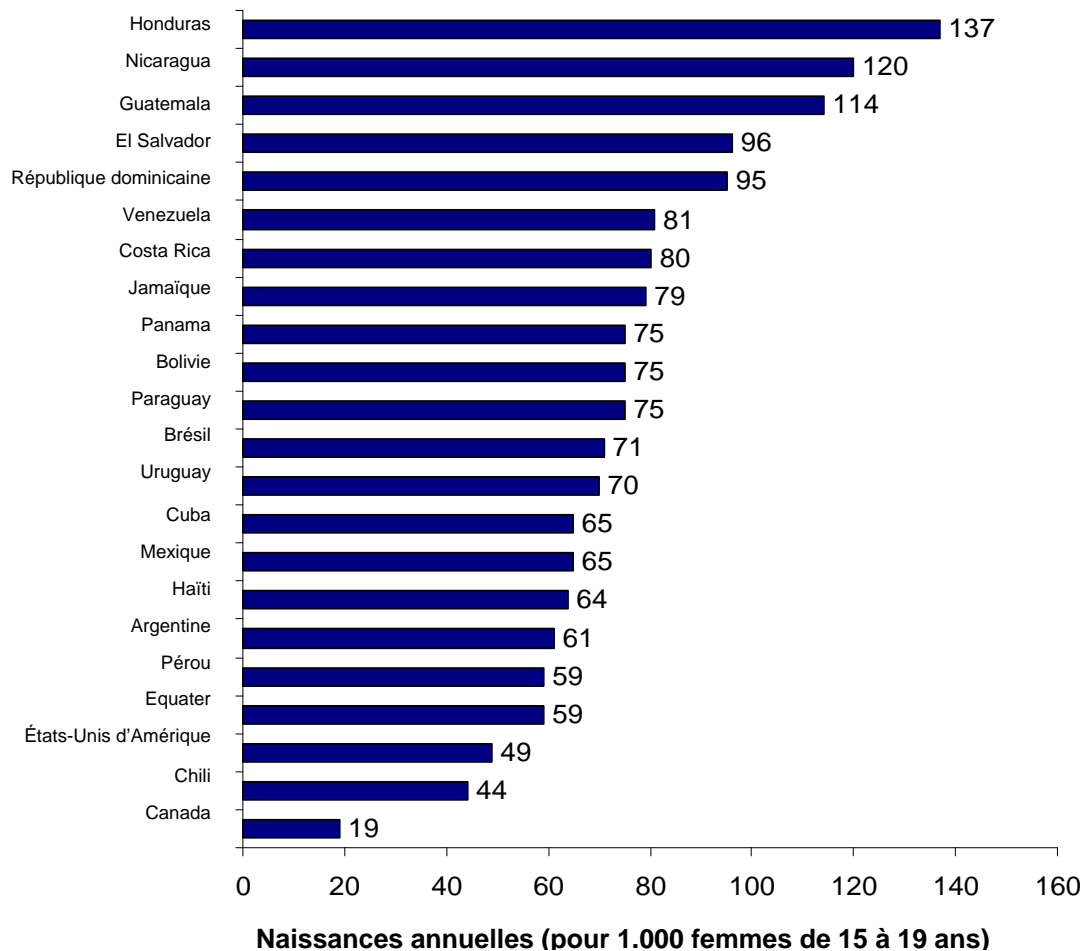
Annexes

Causes externes de mortalité parmi les jeunes de 15 à 24 ans, quelques pays, aux environs de 2003 (par 100.000 habitants)



Source : Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), « Statistiques sur la santé dans les Amériques, » éditions 2003 et 2006; et base de donnée européenne sur la mortalité (MDB), Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé, cité dans United Nations Development Program, El Salvador, editors. *Situación y desafíos de la juventud en Iberoamérica*. San Salvador: Naciones Unidas, 2008. Disponible sur : www.pnud.org.sv.

Taux de fécondité spécifique à l'âge pour les adolescentes de 15 à 19 ans, dans quelques pays, Région des Amériques, 2000-2005



Source : Organisation panaméricaine de la Santé. Santé dans les Amériques. 2007. Disponible sur : <http://www.paho.org/HIA/index.html>

BUT	INDICATEURS
Contribuer à l'amélioration de la santé des jeunes à travers le développement et le renforcement de la réponse intégrée du secteur de la santé et l'exécution de programmes de promotion, de prévention et de soins de la santé des adolescents et des jeunes.	Pour 2018, les pays prioritaires et d'impact élevé auront un programme national fonctionnel de santé des adolescents et des jeunes (dont la définition est un programme qui a au moins deux ans d'existence, qui a une personne en charge du programme, qui a un plan d'action qui a été exécuté au cours de l'année antérieure et qui a un budget qui lui est affecté). 100% des pays en 2018.

AXE D'INTERVENTION STRATÉGIQUE	OBJECTIFS	INDICATEURS
Axe d'intervention stratégique 1 : Information stratégique et innovation	Renforcer la capacité des pays à produire une information en santé de qualité sur la santé des adolescents et des jeunes et leurs déterminants sociaux, ventilant l'information par âge, sexe, ethnicité et niveau socioéconomique. (Objectif stratégique 3, 4 et 7. Résultat régional escompté 3.3, 4.2, 7.3, 9.3)	<p>En 2012, 75% des pays auront incorporé des indicateurs de santé convenus sur la santé des adolescents et des jeunes, les facteurs de risque associés et les interventions en santé publiques; 95% pour l'année 2018</p> <p>Mesure Nombre de pays avec des systèmes d'information nationaux qui fournissent l'information annuelle sur les données concernant la santé des adolescents et les jeunes ventilées par âge. (<i>Indicateur de l'objectif stratégique 1 inclus dans le système de suivi global –GMS</i>)</p> <p>Nombre de pays avec des systèmes d'information nationaux qui fournissent l'information annuelle sur les données concernant la santé des adolescents et les jeunes ventilées par sexe</p> <p>Nombre de pays avec des</p>

		<p>systèmes d'information nationaux qui fournissent l'information annuelle sur les données concernant la santé des adolescents et les jeunes par statut socioéconomique et ethnicité</p> <p>Nombre de pays qui analysent les données et préparent un rapport annuel sur l'épidémiologie, le comportement et les interventions en santé pour les adolescents et les jeunes</p>
<p>Axe d'intervention stratégique 2: Environnements propices et politiques reposant sur des preuves scientifiques</p>	<p>Promouvoir et garantir le développement d'environnements propices et l'exécution de politiques efficaces, globales, durables et reposant sur des preuves scientifiques sur la santé des adolescents et des jeunes. (Objectif stratégique 2, 3, 4, 6 et 7. Résultat régional escompté : 2.2, 3.2, 4.6, 6.4, 6.5, 6.6, 7.4, 7.5, 7.6)</p>	<p>En 2015, les pays prioritaires et d'impact élevé auront des politiques globales sur les jeunes et leur santé en vigueur : 95% des pays en 2018.</p> <p>Mesure Nombre de pays avec des politiques globales sur l'adolescence et la jeunesse avec un budget affecté et en vigueur à travers un plan d'action annuel.</p> <p>Nombre de pays qui ont révisé leurs politiques et législation sanitaire ainsi que celles relatives à l'accès aux services de santé sur les trois dernières années.</p> <p>Nombre de pays qui incorporent les adolescents et les jeunes dans le système de protection sociale</p>
<p>Axe d'intervention stratégique 3: Systèmes et services de santé intégrés et globaux</p>	<p>Faciliter et appuyer le renforcement de la capacité du système de santé à répondre aux besoins des adolescents et des jeunes. (Objectif stratégique 4 et 10.</p>	<p>En 2012, les pays prioritaires ont développé un programme de santé national pour les adolescents et les jeunes et en 2015 ces programmes seront mis en œuvre.</p>

	<p>Résultat régional escompté 4.1, 4.6, 10.1, 10.4)</p>	<p>En 2015, les pays prioritaires et d'impact élevé auront 50% des centres de santé au niveau de district qui appliquent un paquet intégré d'interventions pour les adolescents et les jeunes (IMAN : Prise en charge intégrée des besoins des adolescent). 75% de tous les pays en 2018</p> <p>Mesure Nombre de districts qui fournissent le paquet intégré de services de santé pour les adolescents et les jeunes, IMAN, avec des normes définies.</p> <p>Nombre d'adolescents et de jeunes utilisant les centres de soins sentinelles du district.</p>
<p>Axe d'intervention stratégique 4: Renforcement de la capacité des ressources humaines</p>	<p>Appuyer le développement et le renforcement des programmes de formation des ressources humaines en santé globale des adolescents et des jeunes, particulièrement ceux se rapportant aux sciences de la santé et domaines apparentés, afin de développer des politiques et des programmes pour la promotion, la prévention et les soins de la santé des adolescents et des jeunes. (Objectif stratégique 4, 7 et 13 Résultat régional escompté 7.4.1, 13.1 et 13.4)</p>	<p>En 2015, tous les pays de la Région auront incorporé la santé des adolescents dans les cours des programmes de formation pour les professionnels de la santé et autres professionnels apparentés.</p> <p>En 2015, 50% des dispensaires du district ont au moins un dispensateur de soins compétent en santé des adolescents et des jeunes et dans les instruments et normes des droits humains applicables internationaux / régionaux (cours de 40 heures).</p> <p>Mesure Nombre d'universités qui incorporent le thème de la santé</p>

		<p>des adolescents et des jeunes dans les programmes des matières principales en science de la santé</p> <p>Nombre de dispensaires avec un dispensateur formé à IMAN (cours de 40 heures).</p>
<p>Axe d'intervention stratégique 5: Interventions auprès des familles, des communautés et des écoles</p>	<p>Développer et appuyer les programmes de promotion et de prévention pour la santé des adolescents et des jeunes, avec des interventions communautaires qui renforcent les familles, qui incluent les écoles et qui encouragent la participation. (Objectif stratégique 4 et 6. Résultat régional escompté 4.6 et 6.1)</p>	<p>En 2012, les pays prioritaires et d'impact élevé auront incorporé dans leurs programmes de promotion et de prévention pour la santé des adolescents et des jeunes, des interventions destinées à renforcer les familles et des programmes coordonnés avec les écoles et les communautés. 100% des pays en 2018</p> <p>Mesure Nombre de pays appliquant le programme « Renforcer les familles » ou un programme équivalent.</p> <p>Nombre de programmes nationaux de santé des adolescents et des jeunes qui incluent les écoles et les communautés dans leur programme.</p>
<p>Axe d'intervention stratégique 6: Alliances stratégiques et collaboration avec d'autres secteurs</p>	<p>Faciliter le dialogue et le renforcement d'alliances entre partenaires stratégiques, afin de faire progresser l'agenda de la santé des adolescents et des jeunes et d'assurer que les partenaires stratégiques participent à l'établissement de politiques et de programmes destinés à cette tranche d'âge. (Objectif stratégique 4, 7 et 15. Résultat régional escompté 4.6, 7.2 et 15.3)</p>	<p>En 2018, tous les pays auront un plan stratégique intersectoriel pour les adolescents et les jeunes, mettant l'accent sur les déterminants et l'équité.</p> <p>Mesure Nombre de pays qui ont un plan stratégique intersectoriel (dont la définition est un plan qui intègre au moins trois secteurs clés dans la santé et le</p>

<p>Axe d'intervention stratégique 7: Communication sociale et participation des médias</p>	<p>Appuyer l'inclusion des interventions de communication sociale et des technologies novatrices dans les programmes nationaux de santé des adolescents et des jeunes. (Objectif stratégique 4 et 15. Résultat régional escompté 4.6 et 15.4)</p>	<p>développement des adolescents).</p> <p>En 2015, tous les pays auront incorporé dans leurs programmes nationaux de santé des adolescents et des jeunes des interventions de communication sociale et des technologies novatrices.</p> <p><i>Mesure</i> Nombre de pays disposant d'un programme national de santé des adolescents et des jeunes qui comporte un plan d'action de communication sociale</p>
---	---	---

Indicateurs d'impact alignés sur le Plan stratégique du BSP 2008-2015 à convenir avec les pays :

Les données compilées doivent être ventilées par tranches d'âge, sexe, niveaux socioéconomiques, race et ethnicité.

1. Incidence annuelle de cas enregistrés de VIH dans la population adolescente et les jeunes
2. Taux de mortalité par le VIH chez les adolescents et les jeunes
3. Prévalence du VIH dans la population des femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans
4. Taux de mortalité par accidents de la route, homicides et suicides
5. Taux d'une fécondité spécifique chez les adolescentes de 15 à 19 ans et chez les jeunes de 20 à 24 ans
6. Pourcentages de naissances chez les adolescentes et les jeunes femmes

7. Raison de mortalité maternelle par tranches d'âge; 10 à 14 ans, 15 à 19 ans et 20 à 24 ans
8. Pourcentage de femmes, d'adolescentes et de jeunes filles dont la demande de contraceptifs n'est pas satisfaite
9. Pourcentage de femmes, d'adolescentes et de jeunes filles qui ont eu une grossesse non planifiée
10. Accès aux méthodes contraceptives par tranches d'âge
11. Âge moyen de la première relation sexuelle
12. Pourcentage de la population adolescente qui a eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois
13. Pourcentage de jeunes qui utilisent un préservatif lors de leur première relation sexuelle
14. Pourcentage de jeunes qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des derniers 12 mois
15. Facteurs de risque de maladie chronique (usage du tabac, activité physique, surcharge pondérale/obésité)
16. Pourcentage d'adolescents qui :
 - Ont fumé des cigarettes, une fois ou plus au cours des derniers 30 jours
 - Ont consommé de la drogue une fois ou plus dans leur vie
 - Ont consommé au moins une ou plusieurs boissons alcoolisées au cours des 30 derniers jours
 - (Usage de l'alcool et de drogues chez les adolescents de 13 à 15 ans (GHS) ou autre à convenir)
17. Prévalence de l'anémie chez les adolescentes et jeunes femmes.



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION

CD48/8 (Fr.)
Annexe D

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR AUX
SECTEURS ORGANISATIONNELS**

1. Point de l'ordre du jour : 4.4

2. Titre du Programme : Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes

3. Unité responsable : FCH

4. Fonctionnaire chargé de la préparation : Effort de collaboration du Groupe de travail de l'OPS pour le développement de la stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes, agences des NU, experts internationaux et autres partenaires.

5. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liées à ce point de l'ordre du jour :

- Ministères de la Santé, de l'Éducation, de la Jeunesse et des Affaires sociales au niveau de pays
 - Advocates for Youth, USA
 - Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA), Brazil
 - Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USA
 - Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente CEMERA, Chile
 - Children's National Medical Center, Washington D.C., USA
 - Canadian International Development Agency (CIDA)
 - Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y El Caribe (CODAJIC)
 - Corporation for the Development and Peace of South-Western Colombia (VALLENPAZ)
 - Georgetown University Hospital, USA
 - The Alan Guttmacher Institute, USA
 - Health Canada
 - Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) Universidad de Chile
 - International Youth Foundation, USA
 - IPAS, Chapel Hill, NC
 - Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA
 - Millennium Villages Project (MVP), USA
 - National Institutes of Health (NIH), USA
 - Pathfinder International, USA
 - Pontificia Universidad Católica de Chile
 - Instituto Promundo, Brazil
 - Public Health Agency of Canada
 - Society of Adolescent Health of Canada
 - Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS), USA
 - The Centre for Health and Social Development (HeSo), Norway
 - The George Washington University Medical Center, USA
 - Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Mexico
 - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brazil
 - University of Maryland School of Medicine, USA
 - United States Agency for International Development (USAID)

6. Liens entre le point de l'ordre du jour et l'Agenda de la santé pour les Amériques :

principes et valeurs suivants dans l'Agenda de la Santé pour les Amériques et l'adhésion à ces principes et valeurs :

9. *Droits humains, universalité, accessibilité et inclusion.* La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé signale que : « le droit de tout être humain à jouir de la plus haute qualité de santé accessible est l'un des droits fondamentaux sans distinction de race, de religion, d'opinion politique, de condition économique ou sociale... ». Afin que ce droit devienne réalité, les pays doivent réussir à atteindre l'universalité, l'accès, l'intégrité, la qualité et l'inclusion dans les systèmes de santé qui existent pour les personnes individuelles, les familles et les communautés. Les systèmes de santé devraient être responsables envers les citoyens de la réalisation de ces conditions.

10. *Solidarité panaméricaine.* La solidarité, définie comme la collaboration entre les pays des Amériques en vue du progrès des intérêts et des responsabilités partagés pour atteindre des objectifs communs, est fondamentale pour arriver à bout des inégalités en ce qui concerne la santé et pour renforcer la sécurité sanitaire panaméricaine dans des conditions de crises, d'urgences et de catastrophes.

11. *Équité en santé.* La recherche de l'équité en santé est manifestée dans l'effort pour éliminer toutes les inégalités en santé qui sont évitables, injustes et remédiables parmi les populations ou les groupes. Cette recherche devrait souligner le besoin essentiel de promouvoir l'équité entre les sexes en santé.

12. *Participation sociale.* L'opportunité pour toute la société de participer à la définition et l'application des politiques publiques en santé et à l'évaluation de leurs résultats revêt une importance cruciale pour la mise en œuvre et la réussite de l'Agenda de la santé.

Domaines d'action :

- Renforcer l'Autorité nationale en santé
- S'attaquer aux déterminants de la santé
- Accroître la protection sociale et l'accès à des services de santé de qualité
- Réduire les inégalités en santé entre les pays et les inégalités au sein des pays
- Réduire le risque et le fardeau de la maladie
- Renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé
- Exploiter le savoir, la science et la technologie

7 Lien entre le point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012.

l'inactivité physique et les rapports sexuels non protégés, qui affectent les conditions de santé.
OS7 : Aborder les déterminants sociaux et économiques sous-jacents de la santé à travers des politiques



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION

et des programmes qui renforcent l'équité en santé et qui intègrent des approches en faveur des pauvres, qui tiennent compte du genre et qui sont basées sur les droits de l'homme

8. Pratiques optimales appliquées dans ce secteur et exemples tirés d'autres pays au sein de l'AMRO :

Le Brésil a amélioré le système d'information stratégique en utilisant de nouvelles technologies et en ventilant l'information par âge. Le *Sistema Unico de Saúde (SUS)* a étendu l'accès des services de santé aux adolescents et aux jeunes.

Le Costa Rica a une tradition de programmes nationaux de santé pour les adolescents avec une approche intégrée et de bons résultats et une bonne couverture avec une information de qualité.

Le Canada applique les déterminants de la santé comme un cadre mettant l'accent sur la promotion et la prévention, ses efforts étant guidés par un système d'information stratégique excellent qui utilise les nouvelles technologies.

El Salvador a développé un Programme national de santé adolescente avec des ressources humaines et financières provenant du budget national et il est dans le processus d'intégrer le VIH et les services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents.

9. Incidences budgétaires du point de l'ordre du jour :

L'équipe ne peut pas réalistement indiquer les incidences budgétaires de ce point de l'ordre du jour sans avoir développé le Plan d'action (qui doit être achevé en 2009) mais une estimation provisoire en fonction des dépenses antérieures est de US\$ 2.000.000 par an.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U, 23-27 juin 2008

CD48/8 (Fr.)

Annexe E

ORIGINAL : ANGLAIS

RÉSOLUTION

CE142.R16

STRATÉGIE RÉGIONALE POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant vu le rapport de la Directrice, *Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes* (document CE142/13, Rév. 2), basé sur le Plan stratégique du BSP 2008-2012,

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution selon les lignes suivantes :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant vu le rapport de la Directrice, *Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes* (document CD48/8), basé sur le Plan stratégique du BSP 2008-2012;

Notant la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la Stratégie pour la santé et le développement des jeunes et des adolescents (WHA56.21, 2003), préconisant aux gouvernements de renforcer et d'étendre les efforts pour lutter pour la couverture

intégrale des services et pour promouvoir l'accès à un ensemble intégral d'information en santé pour les adolescents; et la résolution CD40.R16 du Conseil directeur de l'OPS sur la santé des adolescents, par laquelle les gouvernements ont formellement reconnu les besoins différenciés de la population jeune et approuvé un cadre et un plan d'action;

Rappelant le droit des adolescents et des jeunes au meilleur état de santé qu'ils ont capables d'atteindre, tel que stipulé dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, la Convention de l'ONU sur les droits de l'enfant et d'autres instruments de droits humains internationaux et régionaux;

Comprenant que le passage réussi à travers l'adolescence et l'enfance est essentiel pour des sociétés saines, engagées et bien développées sur le plan économique;

Reconnaissant que la santé des adolescents et des jeunes est un aspect clé du développement économique et social dans les Amériques; que leurs comportements et problèmes de santé constituent une part importante du fardeau global des maladies; que le coût apparenté au traitement des maladies chroniques est élevé; et que des mesures efficaces de prévention et d'intervention précoce sont disponibles;

Considérant que les résultats pour la santé des adolescents et des jeunes seront plus effectifs si la promotion de la santé, les soins de santé primaires, la protection sociale et les déterminants sociaux sont pris en considération dans l'approche des thèmes prioritaires de la santé pour ces populations;

Reconnaissant que l'OPS a coopéré avec les pays de la Région en établissant des bases conceptuelles et techniques et l'infrastructure pour le développement de programmes et de politiques de santé nationaux pour les adolescents et les jeunes; et

Préoccupé par le fait que les besoins spécifiques des adolescents et des jeunes n'ont pas été pris en main adéquatement et que la réalisation des buts internationaux nécessitera des efforts additionnels en matière de santé des adolescents et des jeunes,

DÉCIDE :

1. D'approuver la Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes (document CD48/8) pour répondre efficacement et utilement aux besoins actuels et émergents de la santé des adolescents et des jeunes avec une considération spécifique des inégalités prévalentes dans l'état de santé, et pour renforcer la réponse du système de santé afin de développer et de mettre en œuvre des politiques, des plans, des programmes, des lois et des services pour les adolescents et les jeunes.

2. D'exhorter les États Membres à :
- (a) promouvoir le recueil et l'utilisation de données sur la santé des adolescents et des jeunes ventilées par âge, sexe et ethnicité et l'usage d'une analyse axée sur le genre, les nouvelles technologies (e.g., systèmes d'information géographique) et modèles de projection pour renforcer la planification, l'application et le suivi de plans, politiques, programmes, lois et interventions au plan national qui se rapportent à la santé des adolescents et des jeunes;
 - (b) renforcer et étendre les efforts pour respecter les engagements internationaux en matière de santé des adolescents et des jeunes;
 - (c) promouvoir et établir des environnements habilitants qui favorisent la santé et le développement des adolescents et des jeunes;
 - (d) intensifier la couverture et l'accès à des services sanitaires de qualité — y compris la promotion, la prévention, le traitement efficace et les soins constants — pour accroître leur demande et utilisation par les adolescents et les jeunes;
 - (e) appuyer le renforcement de la capacité pour que les décideurs, les gérants de programmes et les dispensateurs de soins développent des politiques et des programmes destinés à promouvoir le développement communautaire et à assurer des services de santé efficaces et de qualité répondant aux besoins de santé des adolescents et des jeunes et à leurs déterminants de la santé apparentés;
 - (f) engager les adolescents et les jeunes, leurs familles, communautés, écoles et autres institutions et organisations appropriées dans des programmes de promotion et de prévention culturellement sensibles et tenant compte de l'âge, au titre de l'approche globale destinée à améliorer la santé et le bien-être des adolescents et des jeunes;
 - (g) améliorer la coordination **au sein du secteur de la santé et** avec les partenaires dans d'autres secteurs pour assurer que les actions et les initiatives dans la santé et le développement des adolescents et des jeunes sont mises en œuvre, en minimisant la duplication des efforts et en maximisant l'impact des ressources limitées;
 - (h) établir des partenariats avec les médias pour promouvoir des images positives des adolescents et des jeunes qui encouragent des comportements appropriés, des normes sociales et l'engagement aux questions de la santé.

3. De demander à la Directrice de :
- (a) maintenir l'engagement de l'Organisation et son soutien pour réaliser et maintenir des niveaux élevés de couverture d'interventions fondées sur des données probantes à travers l'intégration d'actions par les domaines programmatiques de l'OPS;
 - (b) appuyer l'établissement et la coordination d'alliances stratégiques pour améliorer la santé et le développement des adolescents et des jeunes;
 - (c) encourager la coopération technique entre pays, sous-régions, organisations internationales, organismes gouvernementaux, organisations privées, universités, médias, société civile, organisations de jeunes, organisations religieuses et communautés, dans des activités qui favorisent la santé des adolescents et des jeunes;
 - (d) établir un groupe consultatif technique à échéance précise pour orientation sur des thèmes relevant de la santé et du développement des adolescents et des jeunes;
 - (e) développer un plan d'action (2010-2018) fondé sur la Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes (document CE142/13);
 - (f) encourager le développement d'initiatives de recherche collaborative qui peuvent fournir les données probantes nécessaires pour établir et mettre en œuvre des programmes et des interventions pour les adolescents et les jeunes qui sont efficaces et appropriés à leur développement et à leur âge.

(Réunion spéciale, 31 juillet 2008)



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



48^e CONSEIL DIRECTEUR 60^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, du 29 septembre au 3 octobre 2008

CD48/8 (Fr.)
Annexe F

Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées à l'adoption du Conseil directeur

1. Résolution : Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes	
2. Lien avec le budget programme	
Domaine d'activité	Résultat escompté
<u>OS2</u> Lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme	RER 2.1 États Membres appuyés au moyen de la coopération technique pour la prévention et le traitement, appui et soins aux malades du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme, y compris des approches novatrices pour accroître la couverture des interventions auprès des pauvres et des populations difficiles à atteindre et vulnérables. RER 2.2 États Membres appuyés au moyen de la coopération technique pour développer et des politiques et des plans sensibles au genre pour la prévention, le soutien, le traitement et les soins du VIH/SIDA, du paludisme et de la TB.
<u>OS3</u> Prévenir et réduire la maladie, l'incapacité et le décès prématuré par des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux, la violence et les traumatismes	RER 3.1 États Membres appuyés au moyen de la coopération technique pour intensifier l'engagement politique, financier et technique pour aborder les maladies non transmissibles, les troubles mentaux et de comportement, la violence, la sécurité routière et les incapacités. RER 3.2 États Membres appuyés au moyen de la coopération technique pour le développement et la mise en œuvre de politiques, stratégies et

	<p>concernant les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et de comportement, la violence, la sécurité routière, les incapacités et les maladies orales.</p> <p>RER 3.3 États Membres appuyés au moyen de la coopération technique pour améliorer la capacité à collecter, analyser, disséminer et utiliser les données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et de comportement, la violence, les accidents de la route et les incapacités.</p>
<p>OS4 Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé durant les stades clés de la vie, y compris la grossesse, la naissance, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, améliorer la santé sexuelle et reproductive et promouvoir un vieillissement actif et sain pour tous les individus</p>	<p>RER 4.1 États Membres appuyés au moyen de la coopération technique pour développer des politiques, des plans et des stratégies globaux qui favorisent l'accès universel dans un contexte de soins pendant toute la durée de la vie; intégrer la prestation des services et renforcer la coordination avec la société civile, le secteur privé et les partenariats avec des agences des NU et du système interaméricain et d'autres (e.g., ONG).</p> <p>RER 4.2 États Membres appuyés au moyen de la coopération technique pour renforcer la capacité nationale/locale à produire de nouvelles preuves scientifiques et interventions, et à améliorer la surveillance et les systèmes d'information en santé sexuelle et reproductive, et en santé maternelle, néonatale, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées.</p> <p>RER 4.6 États Membres appuyés au moyen de la coopération technique pour la mise en œuvre de politiques et de stratégies sur la santé et l'épanouissement des adolescents.</p>
<p>OS6 Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque tels que l'usage du tabac, de l'alcool, de la drogue et autres substances psychoactives, la nutrition malsaine, l'inactivité physique et les rapports sexuels non protégés, qui affectent les conditions de santé</p>	<p>RER 6.1 États Membres appuyés au moyen de la coopération technique pour renforcer leur capacité en vue de la promotion de la santé parmi tous les programmes concernés; et établir des collaborations efficaces multisectorielles et multidisciplinaires pour promouvoir la santé et prévenir ou réduire les facteurs de risque majeurs.</p> <p>RER 6.5 États Membres appuyés au moyen de la coopération technique pour développer des politiques, stratégies, programmes et directives en fonction de preuves scientifiques et éthiques pour prévenir et réduire l'alimentation malsaine et l'inactivité physique et les problèmes connexes.</p> <p>RER 6.6 États Membres appuyés au moyen de la</p>

	coopération technique pour développer des politiques, stratégies, programmes et directives en fonction de preuves scientifiques et éthiques pour promouvoir des rapports sexuels plus sûrs.
OS7 Aborder les déterminants sociaux et économiques sous-jacents de la santé à travers des politiques et des programmes qui renforcent l'équité en santé et qui intègrent des approches en faveur des pauvres, qui tiennent compte du genre et qui sont basées sur les droits de l'homme	<p>RER 7.1 Importance des déterminants de la santé et des politiques sociales reconnue dans l'ensemble de l'Organisation et incorporée dans le travail normatif et la coopération technique avec les États Membres et autres partenaires.</p> <p>RER 7.4 Approches de la santé fondées sur l'éthique et les droits de l'homme promues au sein de l'OPS/OMS et aux niveaux national, régional et mondial.</p> <p>RER 7.5 Analyse du genre et de l'ethnicité et actions réactives incorporées dans le travail normatif de l'OPS/OMS et États Membres appuyés au moyen de la coopération technique pour la formulation de politiques et de programmes sensibles au genre et à l'ethnie.</p>
OS10 Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé	<p>RER 10.1 États Membres appuyés au moyen de la coopération technique en vue d'un accès équitable à des services de soins de santé de qualité, qui mettent particulièrement l'accent sur les groupes de populations vulnérables.</p>
3. Incidences financières	
<p>a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :</p> <p>Cette Stratégie ne peut pas être appliquée par l'OPS seule en termes d'interventions proposées et d'incidences budgétaires; par conséquent, la collaboration avec des agences des NU et d'autres parties prenantes essentielles est fondamentale. Considérant qu'il s'agit d'une Stratégie et que le Plan d'action sera développé en 2009, l'estimation du coût pour le cycle de vie de la résolution a été établie en fonction des dépenses de la période biennale 2006-2007 de l'OPS. Le coût estimé pour la mise en œuvre de la résolution s'élève à US\$ 4.000.000 par période biennale. Ce montant comprend le maintien du personnel en place, le recrutement de personnel supplémentaire, et l'exécution des activités aux niveaux régional et national.</p>	
<p>b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)</p> <p>US\$ 4.000.000</p>	
<p>c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?</p>	

US\$ 1.000.000 peuvent être inclus dans les activités proposées existantes (2008).

4. Incidences administratives

a) **Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions :**

Le travail sera entrepris au niveau de pays, portant en priorité sur les pays prioritaires et d'impact élevé. Les sous-régions des Caraïbes, de l'Amérique centrale et des Andes seront hiérarchisées spécifiquement conformément aux thèmes suivants et conformément aux profils épidémiologiques : santé sexuelle et reproductive, prévention de la violence, prévention des MNT et toxicomanie.

b) **Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent à plein temps, en précisant les qualifications requises)**

Personnel actuel :

Conseiller principal – US\$ 160.000 / an

Secrétaire – US\$ 40.000 / an

Besoins supplémentaires en personnel :

Trois coordinateurs sous-régionaux – US\$150.000/ an

Niveau national :

Cinq professionnels nationaux (1 par pays prioritaire) – US\$ 200.000/ an

Coût total du personnel par an : US\$550.000

c) **Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation)**

2008: Approbation de la Stratégie régionale pour l'amélioration de la santé des adolescents et des jeunes

2009: Approbation du Plan d'action pour l'exécution de la Stratégie

2010–2018: Exécution de la Stratégie en phases

Phase 1 (2010-2012): Cinq pays exécutent, suivent et évaluent la Stratégie pour en tirer des enseignements

Phase 2 (2012-2014): 15 pays supplémentaires vont les rejoindre avec la Stratégie

Phase 3 (2014-2016): 15 pays supplémentaires vont appliquer la Stratégie élargie

Phase 4 (2016-2018): 4 pays supplémentaires vont appliquer la Stratégie élargie, l'accent étant mis sur l'évaluation de l'exécution dans tous les pays

2018 Évaluation finale de la Stratégie