

57^e CONSEIL DIRECTEUR

71^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 30 septembre au 4 octobre 2019

Point 7. 8 de l'ordre du jour provisoire

CD57/INF/8
16 juillet 2019
Original : anglais

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR LA SANTÉ DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES : RAPPORT FINAL

Antécédents

1. En 2008, le 48^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a adopté la *Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes* (document CD48/8 et résolution CD48.R5) (1, 2) et, en 2009, le 49^e Conseil directeur a approuvé le *Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes 2010-2018* (document CD49/12 et résolution CD49.R14) (3, 4). L'objectif de la stratégie régionale était d'améliorer la santé des jeunes en concevant ou en renforçant une réponse intégrée du secteur sanitaire et en mettant en œuvre des programmes efficaces de soins, de prévention et de promotion de la santé des jeunes et des adolescents, tandis que l'objectif du plan d'action était de rendre opérationnelle la stratégie régionale au cours de la période 2010-2018.

2. L'objectif du présent document est de notifier aux Organes directeurs les résultats obtenus par la mise en œuvre de cette stratégie et de ce plan d'action, et les progrès réalisés concernant les huit objectifs sanitaires et les 19 indicateurs et cibles d'impact établis dans le plan d'action. L'analyse a utilisé les données officielles de pays notifiées à l'OPS et à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), des estimations régionales et mondiales, des enquêtes menées dans les pays et des évaluations de programmes. Dans ce rapport, le terme « adolescent » fait référence au groupe d'âge des 10-19 ans, « jeune » au groupe d'âge des 15-24 ans et « jeunes femmes et hommes » au groupe d'âge des 10-24 ans.

Analyse des progrès accomplis

3. Globalement, la Région a progressé en mettant en œuvre la stratégie et le plan d'action et en suivant les sept axes stratégiques d'intervention proposés dans le plan. Ces progrès sont le reflet du travail réalisé dans les départements et les programmes du Bureau sanitaire panaméricain (BSP), ainsi que des efforts collaboratifs avec les autres partenaires

régionaux. Au cours de la période couverte par le plan d'action, 93 % des pays et territoires de la Région ont élaboré ou actualisé des plans et des politiques concernant la santé des adolescents et des jeunes, parmi lesquels des politiques et des plans nationaux de santé de l'adolescent, des plans de prévention de la grossesse chez les adolescentes et des plans sanitaires nationaux comportant des cibles et des activités propres à la santé des adolescents et des jeunes. En 2017, l'OMS a publié le *Cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents* (Orientations AA-HA!) (5) pour aider les pays à concrétiser les objectifs de développement durable (ODD) (6) et la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent* (7). Des équipes multidisciplinaires issues de 16 pays ont été formées aux orientations AA-HA! et huit d'entre elles au moins ont déjà terminé ou commencé à concevoir ou à actualiser des plans nationaux concernant la santé des adolescents et alignés sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

4. La mise à disposition et l'utilisation des données concernant la santé des adolescents et des jeunes ont été accrues par le renforcement des capacités des parties prenantes, l'inclusion des catégories d'âge des adolescents (10 à 19 ans) et des jeunes (15 à 24 ans) dans les notifications de mortalité et des enquêtes et études sur la santé des adolescents : entre 2008 et 2017, 27 pays et territoires ont réalisé et finalisé au moins une enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS), et au moins sept ont réalisé des enquêtes sur la santé et la sexualité de l'adolescent. En 2018, l'OPS a publié un rapport régional sur la santé des adolescents et des jeunes dans les Amériques, qui résumait les informations disponibles sur les objectifs sanitaires du plan d'action (8). L'accès à des services sanitaires de qualité a été élargi par la formation des prestataires de soins de santé, avant et pendant la prestation de ces services, à un éventail de thématiques sanitaires propres à l'adolescent. L'OPS a collaboré avec plusieurs universités, y compris l'Université catholique du Chili et l'Université des Indes occidentales, pour élaborer du contenu et des cours sur la santé de l'adolescent destinés à la formation des prestataires de soins de santé et des professionnels associés, que ce soit en cours de diplôme ou après. Une coopération technique a été fournie aux États Membres pour la conception et la mise en œuvre d'ensemble de services et de normes concernant les services sanitaires délivrés aux adolescents : entre 2009 et 2016, 18 pays et territoires ont notifié qu'ils disposaient d'un ensemble intégré et bien défini de services de santé dédiés aux adolescents, et 19 ont notifié disposer de normes nationales pour la prestation de services de santé propres aux jeunes femmes et hommes.

5. Au cours de la période couverte par le plan d'action, plusieurs interventions prometteuses ciblant les jeunes et les familles et réalisées dans les écoles ont été introduites dans la Région, parmi lesquelles les programmes *Familias Fuertes*, *Aventuras Inesperadas* et *Escuelas de Futbol*. Au cours des années 2016-2017, l'OPS a mené une analyse faisant le point sur ces programmes, qui a conclu que la plupart ont été interrompus ou n'ont jamais été développés à l'échelle nécessaire pour obtenir des résultats significatifs. Parmi les défis relevés dans l'analyse : la dépendance à des financements externes, les coûts élevés de mise en œuvre et le manque de soutien gouvernemental. Une évaluation externe de *Familias Fuertes*, programme le plus largement adopté en Amérique latine qui encourage le renforcement des compétences parentales et une meilleure communication au sein des

familles pour réduire les comportements à risque chez les adolescents, a conclu que les pays ayant le mieux réussi la mise en œuvre de ce programme étaient ceux où il avait été adopté en tant que politique et avait bénéficié d'un budget dédié, d'une coordination claire et de structures pour sa mise en œuvre. Ce programme touche annuellement plus de 140 000 familles d'Amérique latine. Selon les résultats de l'évaluation externe, l'OPS a actualisé le contenu et les orientations de *Familias Fuertes* pour renforcer encore davantage la conformité et la pérennité de sa mise en œuvre. Une conclusion essentielle des évaluations de ce programme a été que, pour être réussies, les interventions doivent être reproductibles facilement, à un moindre coût et avec un soutien gouvernemental solide dès le début de leur mise en œuvre. Outre l'appui offert au programme *Familias Fuertes*, le BSP constitue également un ensemble révisé d'interventions basées sur des données factuelles, dont il appuie la mise en œuvre, parmi lesquelles un programme d'alphabétisation dans le cadre scolaire destiné aux enfants présentant des problèmes de santé mentale, qui a été introduit sur la période 2017-2018 aux Bahamas, au Belize, aux Îles Caïman et en Jamaïque.

6. Au cours de la période envisagée, l'OPS a continué à promouvoir et à appuyer des stratégies de sécurité routière fondées sur des données factuelles, sous la forme d'interventions visant à renforcer la gestion de la sécurité routière et à améliorer la législation et les mesures assurant le respect de la loi (diminution de la vitesse autorisée, port de la ceinture de sécurité, dispositifs de contention pour les enfants, port de casques, et amendes pour conduite en état d'ivresse), à promouvoir des routes plus sûres et l'utilisation de modes de transport durables, à élaborer des politiques pour protéger les utilisateurs des routes en situation de vulnérabilité et à prévoir des investissements pour améliorer la riposte après un accident et les services de réadaptation.

7. Reconnaisant l'importance et la portée des technologies numériques dans la vie quotidienne des jeunes femmes et hommes, l'OPS a soutenu le renforcement des capacités régionales et nationales en matière d'utilisation des médias numériques dans les programmes de santé de l'adolescent, aidant plusieurs pays à élaborer des stratégies numériques de santé dans le cadre de leur réponse en matière de santé des adolescents et des jeunes. La participation et l'autonomisation des jeunes ont été intégrés à la coopération technique de l'OPS, un accent particulier étant mis sur les adolescentes, ainsi que les jeunes autochtones et d'ascendance africaine.

8. Une analyse de mortalité a été conduite, qui était fondée sur les données notifiées en 2008 et 2015¹ dans 24 pays et territoires. Des différences majeures pouvaient être observées d'un pays à l'autre : parmi les pays qui disposaient de données de mortalité, neuf rapportaient une augmentation de la mortalité totale chez les 10-24 ans (9). Les homicides avaient diminué dans 11 pays et augmenté dans huit pour les femmes et 11 pour les hommes (9). Quand elles prenaient en compte l'ethnicité, le revenu, le niveau d'instruction et le lieu de résidence (10), les analyses d'équité menées dans 10 pays avec le soutien de l'OPS

¹ Argentine, Aruba, Belize, Bermudes, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Cuba, Équateur, États-Unis, Guadeloupe, Guatemala, Guyane française, Îles Vierges américaines, Martinique, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Uruguay.

mettaient en évidence, d'un sous-groupe à l'autre à l'intérieur des pays, des variations de la mortalité globale et des mortalités relatives à une cause donnée.

9. La mortalité des adolescents affichait des profils identiques à ceux de la mortalité des 10-24 ans présentés ci-dessus. Entre 2008 et 2015, 80 000 adolescents sont morts en moyenne chaque année, dont plus de la moitié par homicide, suicide ou accident de la circulation. Il faut noter que la mortalité relative à ces trois causes externes est restée stable chez les adolescentes, mais s'est accrue chez les adolescents. Entre 2008 et 2015, le taux d'homicide chez les garçons est passé de 29,0 à 33,8 pour 100 000, et celui de suicide de 5,3 à 6,0 pour 100 000.

10. Du fait des rapides modifications physiques, hormonales et émotionnelles au cours de la puberté, et de la capacité acquise de procréer, l'adolescence est une étape critique de la vie en ce qui concerne la santé sexuelle et génésique. Les données de 20 pays issues de l'Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves et de l'Enquête démographique et de santé (DHS) indiquent des taux importants d'initiation sexuelle précoce (âge < 15 ans), qui vont de 18,9 % au Salvador à 33,5 % à la Barbade, les pourcentages de cette initiation précoce étant toujours plus élevés chez les garçons (11, 12). En même temps, l'Amérique latine et les Caraïbes restent la région où le taux de fécondité des adolescentes est le deuxième plus élevé au monde et où son ralentissement est le plus lent (13), avec des variations majeures d'un pays à l'autre et à l'intérieur des pays. Dans les pays où les données sont ventilées, les adolescentes autochtones, vivant dans les campagnes, moins instruites et pauvres ont des taux de fécondité trois à cinq fois supérieurs aux moyennes nationales (12, 14, 15). Il existe cependant des signes prometteurs de progrès. Plusieurs pays, parmi lesquels l'Argentine, la Colombie, le Costa-Rica et l'Uruguay, ont noté ces dernières années d'importantes réductions du taux de fécondité des adolescentes. En collaboration avec d'autres partenaires, l'OPS appuie un examen des ripostes existant dans ces pays pour répondre à ce problème, afin d'en déterminer les enseignements pouvant être reproduites dans d'autres pays.

11. Les grossesses chez les filles de moins de 15 ans génèrent une inquiétude croissante dans la Région. On estime qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes 2 % des femmes en âge de procréer vivent leur premier accouchement avant l'âge de 15 ans. Cette région est par ailleurs la seule au monde où la tendance des grossesses très précoces est à la hausse (8), une tendance étroitement associée à la violence sexuelle. Comme cela a été notifié aux États Membres en 2018 (16), l'OPS poursuit également la mise en œuvre de la *Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes (2015-2025)*. Comme il est indiqué dans le rapport, les pays ont réalisé d'importants progrès quant aux efforts pour renforcer la production d'informations stratégiques sur la violence à l'égard des femmes et des filles, pour promouvoir l'inclusion dans les politiques et les plans nationaux de santé du thème de la violence exercée à l'égard des femmes et des filles, appuyer l'élaboration de procédures, directives et protocoles standards concernant les interventions de riposte du système de santé à une violence exercée par un partenaire intime, former des professionnels de la santé et renforcer la capacité de prestation de services de santé intégrés à la suite d'un viol, ainsi

qu'établir des mécanismes multisectoriels pour coordonner des interventions contre la violence à l'égard des femmes et des filles auxquelles participent les ministères de la Santé (16).

12. Étant donné l'effet de l'alcool sur le développement du cerveau au cours de l'adolescence, toute consommation d'alcool par des adolescents est considérée comme nocive. Les données de la GSHS colligées depuis 2008 indiquent que la consommation d'alcool débute précocement au cours de la vie et que la consommation actuelle d'alcool chez les adolescents âgés de 13 à 15 ans atteint des niveaux importants (17). Après le tabac et l'alcool, la marijuana est la substance psychoactive la plus couramment utilisée chez les jeunes femmes et hommes, des différences marquées existant cependant d'un pays à l'autre sur le plan de la consommation indiquée au cours de la vie. Selon les estimations mondiales, la population d'adolescents de 13 à 15 ans qui, dans les Amériques, sont en surpoids ou obèses s'est accrue au cours de la période envisagée. De plus, les adolescents de 13 à 15 ans indiquent consommer fréquemment des boissons gazeuses et des produits de restauration rapide, et avoir un faible niveau d'activité physique régulière (11).

13. Le *Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents* (2014-2019) a été élaboré pour stopper l'épidémie croissante d'obésité dans cette population. Comme il a été notifié aux États Membres en 2018 (16), la Région a réalisé des progrès sur un certain nombre d'objectifs connexes, parmi lesquels la promotion de pratiques alimentaires saines, y compris par des activités de prévention de l'obésité ciblant les familles, la mise en œuvre de programmes scolaires d'alimentation faisant la promotion de la consommation d'aliments sains et limitant la mise à disposition des boissons sucrées et des produits riches en énergie et pauvres en nutriments, la promotion de l'activité physique, la mise en œuvre de réglementations visant à protéger les enfants et les adolescents de l'impact de la commercialisation des boissons sucrées, des produits alimentaires pauvres en nutriments et riches en énergie, et des aliments de consommation rapide, ainsi que la mise en œuvre d'un étiquetage sur le devant des paquets qui permet d'identifier facilement les produits riches en sucre, en corps gras et en sel (16).

14. Du fait du manque de progrès dans plusieurs domaines, il reste beaucoup à faire pour garantir que tous les jeunes hommes et femmes des Amériques non seulement survivent, mais s'épanouissent dans un environnement qui leur permet de prospérer, d'atteindre leur plein potentiel et de contribuer à leur propre développement et à celui de leur communauté. La mise en œuvre du plan d'action a permis de tirer quelques enseignements importants :

- a) La mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action a entraîné un engagement politique élargi pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes. Néanmoins, cet engagement ne s'est pas toujours traduit par des investissements accrus dans les programmes. L'insuffisance des ressources financières et humaines allouées a limité la mise en œuvre des politiques, des stratégies et des plans d'action existants, et des investissements plus importants dans les approches et les programmes fondés sur des données factuelles sont nécessaires pour améliorer les résultats obtenus. Des

études récentes ont montré qu'investir dans la santé des personnes jeunes est extrêmement rentable et que les coûts économiques et sociaux de l'inaction sont maintes fois plus élevés que les investissements nécessaires sur la durée et d'une génération à l'autre.

- b) Dans les États Membres et au BSP, les efforts déployés en matière de santé des adolescents et jeunes restent dispersés. Ils ciblent souvent des facteurs de risque et des comportements à risque uniques plutôt que de déployer des interventions multisectorielles exhaustives qui envisagent les multiples effets, facteurs de risque et déterminants. Les données factuelles montrent que cette dernière démarche est la fois plus efficace et plus rentable.
- c) Les adolescents font toujours face à des obstacles légaux, politiques et sociétaux, ainsi qu'à des obstacles dans le système de santé, pour recevoir tout l'éventail des services curatifs, promotionnels et préventifs de qualité appropriés et nécessaires à leur âge. Là où ces services existent, ils peuvent être parcellaires et ne pas être ajustés aux besoins sanitaires des jeunes femmes et hommes (p. ex., services de santé mentale). Les stratégies et les interventions doivent prendre en compte les capacités d'évolution des adolescents et devraient promouvoir des environnements leur permettant de renforcer leur capacité à trouver un équilibre entre les risques et la sécurité, et à prendre des décisions et faire des choix de vie qui soient à la fois éclairés et positifs.
- d) Les données mises à disposition montrent clairement que les résultats médiocres en matière de santé ne sont pas distribués de manière égale dans la population d'adolescents et de jeunes. Néanmoins, les efforts déployés pour déterminer les groupes de jeunes femmes et hommes les plus vulnérables, et les cibler par des interventions fondées sur des données factuelles, restent limités.
- e) Bien qu'elle ait été déterminée comme une composante essentielle de la stratégie et d'autres directives régionales et mondiales, la participation investie et suivie des adolescents à la formulation, à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions concernant leur propre santé reste ponctuelle et limitée. Des dispositifs officiels et durables doivent être mis en place pour favoriser et garantir une pleine participation des jeunes femmes et hommes, qui contribuera à améliorer la qualité de ripostes ajustées aux caractéristiques propres à chaque étape de vie.

15. Le tableau ci-dessous présente les informations disponibles sur les indicateurs et les cibles d'impact du plan d'action. Comme plusieurs indicateurs n'ont pas de référence et de cible, les références de 2008 sont hypothétiques, ou déterminées quand cela est possible, et les informations disponibles quant aux progrès régionaux ou de pays sont résumées. Les indicateurs du plan d'action utilisent différents groupes d'âge et font parfois seulement référence aux garçons ou aux filles, quelquefois aux deux. Les progrès indiqués renvoient aux paramètres précisés comme étant pertinents, avec des informations supplémentaires fournies. Le manque de références et de cibles complique pour plusieurs indicateurs la détermination des progrès réalisés.

Objectif 1 : Réduire la mortalité des adolescents et des jeunes	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>1.1 Réduire le taux de décès des adolescents et des jeunes (10 à 24 ans)</p> <p>Référence : 90,3 pour 100 000² (2008, 24³ pays et territoires)</p> <p>Cible : non disponible</p>	<p>En 2015, la mortalité des jeunes femmes et hommes a atteint 92,1 pour 100 000 (9).</p> <p>Entre 2008 et 2015, chez les filles de 10 à 24 ans, la mortalité totale a décru de 45,6 à 44,4 pour 100 000, tandis que, chez les garçons, elle s'est accrue de 133,6 à 138,1 pour 100 000.</p>

Objectif 2 : Réduire les traumatismes non intentionnels	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>2.1 Réduire le taux de décès dus aux traumatismes dans des accidents de la circulation chez les hommes (15 à 24 ans)</p> <p>Référence : 34,4 pour 100 000 (2008, 24 pays)⁴</p> <p>Cible : non disponible</p>	<p>En 2015, la mortalité des garçons de 15 à 24 ans par accident de la circulation a légèrement diminué pour atteindre 34,1 pour 100 000 (9).</p> <p>Chez les filles de ce groupe d'âge, la mortalité par accident de la circulation est passée de 7,9 en 2008 à 6,8 pour 100 000 en 2015 (9).</p> <p>Entre 2008 et 2015, la mortalité due aux accidents de la circulation chez les adolescents de 10 à 19 ans est passée de 10,8 à 9,8 pour 100 000, soit de 5,4 à 4,2 pour 100 000 chez les filles et de 16,0 à 15,2 pour 100 000 chez les garçons</p>

² La référence était en cours d'élaboration au moment de l'approbation du plan d'action. De ce fait, elle a été définie à partir des données disponibles pour l'année 2008.

³ Argentine, Aruba, Belize, Bermudes, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Cuba, Équateur, États-Unis, Guadeloupe, Guatemala, Guyane française, Îles Vierges américaines, Martinique, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Uruguay.

⁴ La référence était en cours d'élaboration au moment de l'approbation du plan d'action. De ce fait, elle a été définie à partir des données disponibles pour l'année 2008.

Objectif 3 : Réduire la violence	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>3.1 Réduire le taux de suicide (10 à 24 ans)</p> <p>Référence : 5,9 pour 100 000 (2008, 24 pays)⁵</p> <p>Cible : non disponible</p>	<p>En 2015, le taux de suicide chez les jeunes femmes et hommes de 10 à 24 ans a augmenté pour atteindre 6,2 pour 100 000 (9).</p> <p>Entre 2008 et 2015, le taux de suicide des adolescents a augmenté de 5,3 à 6,0 pour 100 000, tandis qu'il est resté stable chez les adolescentes, à 3,1 pour 100 000.</p>
<p>3.2 Réduire le taux d'homicide chez les hommes (15 à 24 ans),</p> <p>Référence : 70,5 pour 100 000 (2008, 24 pays)⁶</p> <p>Cible : non disponible</p>	<p>En 2015, le taux d'homicide chez les garçons de 15 à 24 ans a augmenté pour atteindre 75,5 pour 100 000 (9).</p> <p>Entre 2008 et 2015, le taux d'homicide chez les filles de 15 à 24 ans est passé de 5,8 à 6,1 pour 100 000 (9).</p> <p>Entre 2008 et 2015, le taux d'homicide des adolescents est passé de 29,0 à 33,8 pour 100 000, et celui des adolescentes de 3,3 à 3,5 pour 100 000 (9).</p>

Objectif 4 : Réduire la consommation de substances psychotropes et promouvoir la santé mentale	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>4.1 Réduire le pourcentage d'adolescents de 13 à 15 ans qui ont consommé une boisson alcoolisée ou plus au cours des 30 derniers jours</p> <p>Référence : 36 %</p> <p>Cible : 20 %</p>	<p>Parce que le plan ne fait état que de la GSHS comme source de données, sans détailler les pays inclus dans le calcul régional, l'OPS n'a pas pu déterminer a posteriori la référence fournie dans le plan d'action ou sa valeur correspondante actuelle.</p> <p>Les données de la GSHS, à partir de 26 pays d'Amérique latine et des Caraïbes et au cours de la période 2007-2017, montrent de grandes variations d'un pays à l'autre en termes de consommation actuelle d'alcool, mesurée par la consommation d'une ou de plusieurs boissons alcoolisées au cours des 30 jours précédents, les chiffres s'échelonnant de 15,1 % en Bolivie (2012) à 55,0 % à Sainte-Lucie. Dans la plupart des pays, les garçons indiquent des niveaux actuels de consommation d'alcool identiques ou supérieurs à ceux des filles, sauf dans quatre pays où les filles indiquent des pourcentages supérieurs de 5 à 10 points à ceux des garçons (Chili, Honduras, Îles Vierges britanniques et Montserrat) (11).</p>

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

Objectif 4 : Réduire la consommation de substances psychotropes et promouvoir la santé mentale	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>4.2 Réduire la consommation de drogues au cours des 30 derniers jours (chez les 13 à 15 ans)</p> <p>Référence : 10 % Cible : 5 %</p>	<p>Parce que le plan n'a fait état que de la GSHS comme source de données, sans détailler les substances illégales envisagées et le nombre de pays inclus dans le calcul régional, l'OPS n'a pas pu déterminer a posteriori la référence fournie dans le plan d'action ou sa valeur correspondante actuelle.</p> <p>Alors que la GSHS comporte une question sur la consommation de drogues les mois précédents, seuls quelques pays ont inclus cette question telle quelle ou sous une forme ajustée aux enquêtes précédentes, ce qui limite la valeur de la GSHS comme source pour cet indicateur. Une autre source classique d'informations sur la consommation de drogues chez les jeunes femmes et hommes est constituée des enquêtes appuyées par l'Observatoire interaméricain des drogues de la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues de l'Organisation des États Américains (CICAD/OEA). Ces enquêtes colligent des données sur la consommation de substances chez les étudiants du secondaire.</p> <p>Selon les données de l'OEA, la marijuana est la substance psychoactive la plus couramment utilisée après le tabac et l'alcool. Les données colligées dans 31 pays au cours de la période 2005-2014 montrent que la consommation de marijuana indiquée pour le mois précédent s'échelonne de 0,41 % au Salvador à 17,96 % à Antigua-et-Barbuda. Les autres pays qui ont notifié les proportions les plus élevées d'étudiants du secondaire consommant de la marijuana étaient le Chili (17,13 %), le Honduras (14,40 %), Saint-Vincent-et-les-Grenadines (14,11 %), la Dominique (12,47 %), Saint-Kitts-et-Nevis (11,61 %), Sainte-Lucie (10,71 %), le Belize (10,64 %) et la Barbade (10,44 %). Dans la plupart des pays, la consommation de marijuana au cours du mois précédent était plus élevée chez les garçons (18).</p> <p>La consommation de cocaïne le mois précédent s'échelonnait de 0,1 % au Suriname à 1,7 % au Chili, et la consommation de substances inhalées au cours de ce même mois de 0,2 % au Venezuela à 7,1 % à la Barbade (18).</p>

Objectif 4 : Réduire la consommation de substances psychotropes et promouvoir la santé mentale	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>4.3 Réduire le tabagisme chez les adolescents (15 à 24 ans)</p> <p>Référence : 10 %</p> <p>Cible : 5 %</p>	<p>Parce que le plan n'a fait état que de la GSHS comme source de données, sans détailler les pays inclus dans le calcul régional, l'OPS n'a pas pu déterminer a posteriori la référence fournie dans le plan d'action ou sa valeur correspondante actuelle.</p> <p>Selon les estimations de l'OPS, la consommation de tabac chez les adolescents était de 13,1 % en 2018, soit 13,0 % chez les garçons et 12,1 % chez les filles (17).</p> <p>Chez les adolescents, la consommation actuelle de tabac s'échelonne de 3,1 % aux Bermudes (2015) à 25,3 % à la Dominique (2009). Les autres pays notifiant les taux les plus élevés de consommation actuelle de tabac étaient le Chili (24,5 %, 2013) et l'Argentine (24,1 %, 2012) (17).</p>

Objectif 5 : Assurer la santé sexuelle et génésique	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>5.1 Réduire le pourcentage de naissances par groupe d'âge des mères (15 à 19 ans)</p> <p>Référence : 17,5 %</p> <p>Cible : 15 %</p>	<p>Sur la période 2005-2010, le pourcentage de naissances chez les adolescentes de 15 à 19 ans a été estimé à 17,2 % pour l'Amérique latine et les Caraïbes et 9,6 % pour l'Amérique du Nord (19).</p> <p>Pour la période 2010-2015, ce pourcentage estimé a chuté à 15,7 % pour l'Amérique latine et les Caraïbes et à 4,5 % pour l'Amérique du Nord (19).</p>
<p>5.2 Accroître le pourcentage d'utilisation de préservatifs au cours de la dernière relation sexuelle à risque (15 à 24 ans)</p> <p>Référence : non disponible</p> <p>Cible : non disponible</p>	<p>Tous les pays ne réalisent pas régulièrement des enquêtes colligeant des informations sur l'utilisation de préservatifs par les jeunes, ce qui rend difficile l'évaluation des tendances.</p> <p>L'enquête à indicateurs multiples (MICS) porte sur l'utilisation de préservatif au cours du dernier rapport sur les 12 mois précédents, en dehors des liens du mariage ou d'une cohabitation avec le partenaire, et l'enquête DHS porte sur l'utilisation de préservatif lors du dernier rapport préconjugal.</p> <p>Sur les cinq pays notifiant des données pour l'enquête DHS, l'utilisation de préservatif chez les filles de 15 à 19 ans s'échelonnait de 32,2 % au Pérou à 57,8 % en Haïti et, chez les filles de 20 à 24 ans, de 31,4 % au Pérou à 48,5 % en République dominicaine. Quatre pays ont également colligé des données chez les garçons, dont l'utilisation de préservatif s'échelonnait de 60,0 % en Haïti à 80,1 % en Colombie pour les garçons de 15 à 19 ans, et</p>

Objectif 5 : Assurer la santé sexuelle et génésique	
Indicateur, référence et cible	Situation
	<p>de 70,6 % en Haïti à 75,2 % en Colombie pour les garçons de 20 à 24 ans (12).</p> <p>Sur les neuf pays notifiant des données pour l'enquête MICS, l'utilisation de préservatif chez les filles s'échelonnait de 42,0 % au Salvador à 79,6 % à Cuba (14).</p>
<p>5.3 Accroître la prévalence d'utilisation de contraceptifs chez les adolescentes (15 à 24 ans)</p> <p>Référence : non disponible</p> <p>Cible : non disponible</p>	<p>Selon les données colligées dans 14 pays par les enquêtes DHS et MICS réalisées entre 2008 et 2015, l'utilisation actuelle d'une quelconque méthode contraceptive moderne par les adolescentes de 15 à 19 ans variait de 6,1 % en Bolivie à 67,0 % à Cuba. Les pays présentant une prévalence de la contraception égale ou supérieure à 50 % étaient le Costa Rica (64,1 %), Sainte-Lucie (57,0 %), la République dominicaine (51,7 %) et la Barbade (51,4 %). La Bolivie mise à part, les pays présentant la plus faible prévalence d'utilisation d'une telle contraception chez les adolescentes étaient le Guatemala (7,7 %), Haïti (8,2 %), le Pérou (10,2 %) et le Honduras (14,1 %) (12, 14).</p> <p>L'utilisation actuelle d'une quelconque méthode contraceptive par les femmes de 20 à 24 ans s'échelonnait de 21,9 % en Bolivie à 75,5 % au Costa Rica. Les pays présentant une prévalence de la contraception égale ou supérieure à 50 % étaient Cuba (75,3 %), la Colombie (59,8 %), l'Argentine (58,4 %), la République dominicaine (56,6 %) et la Barbade (50,1 %). La Bolivie mise à part, les pays présentant la plus faible prévalence de la contraception dans ce groupe d'âge étaient Haïti (23,2 %), le Guatemala (26,2 %) et Sainte-Lucie (32,0 %) (12, 14).</p>
<p>5.4 Réduire la prévalence des femmes enceintes séropositives (15 à 24 ans)</p> <p>Référence : non disponible</p> <p>Cible : non disponible</p>	<p>Au moment où ce plan d'action a été élaboré, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans constituait un indicateur essentiel de la surveillance mondiale du sida. Cependant, comme cela n'est plus le cas, cette donnée n'est plus systématiquement notifiée et analysée à l'échelle mondiale et régionale.</p>

Objectif 5 : Assurer la santé sexuelle et génésique	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>5.5 Réduire le nombre estimé d'adolescents et de jeunes (15 à 24 ans) séropositifs</p> <p>Référence : Amérique latine - 0,20 %, Caraïbes - 0,55 %⁷</p> <p>Cible : Amérique latine - 0,15 %, Caraïbes - 0,35 %⁹</p>	<p>Selon les estimations modélisées d'ONUSIDA, la prévalence du VIH chez les jeunes d'Amérique latine âgés de 15 à 24 ans a diminué de 0,20 % en 2008 à 0,15 % en 2017 et, dans les Caraïbes, de 0,55 % à 0,45 % (20).</p> <p>Chez les filles, la prévalence du VIH a diminué de 0,2 % en 2008 à 0,1 % en 2017 en Amérique latine et, dans les Caraïbes, de 0,6 % à 0,5 % (21).</p> <p>Chez les garçons, la prévalence du VIH est restée stable à 0,2 % entre 2008 et 2017 en Amérique latine tandis que, dans les Caraïbes, elle a baissé de 0,5 % à 0,4 % (20).</p>
<p>5.6 Réduire le taux de fécondité propre aux adolescentes (15 à 19 ans) (défini comme le nombre annuel de naissances vivantes pour 1000 adolescentes de 15 à 19 ans)</p> <p>Référence : 75,6 pour 1000 filles</p> <p>Cible : 64 pour 1000 filles</p>	<p>En Amérique latine et dans les Caraïbes, le taux de fécondité des adolescentes a diminué de 78,7 pour 1000 sur la période 2000-2005 à 66,5 pour 1000 sur la période 2010-2015 ; en Amérique du Nord, il a baissé de 40,5 à 28,3 (15, 19).</p> <p>Entre 2008 et 2016, les données colligées dans 12 pays par les enquêtes DHS et MICS indiquent que les adolescentes avec un faible niveau d'instruction et de revenus et les adolescentes autochtones présentent en moyenne des taux de fécondité de 3 à 4 fois plus élevés que leurs homologues plus instruites, plus riches et non autochtones (12, 14).</p>

Objectif 6 : Promouvoir la nutrition et la santé physique	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>6.1 Réduire la proportion d'adolescents obèses ou en surpoids (13 à 15 ans)</p> <p>Référence : 30 %⁸</p> <p>Cible : 25 %⁹</p>	<p>Selon les estimations de l'OMS, la prévalence du surpoids chez les adolescents de 10 à 19 ans dans les Amériques était, en 2016, de 31,7 [29,2 à 34,3], soit 32,3 chez les garçons et 31,0 chez les filles. La prévalence de l'obésité était, quant à elle, de 12,8 [10,8 à 14,9], soit 14,0 chez les garçons et 11,5 chez les filles (21).</p> <p>Les données de l'enquête GSHS menée dans 19 pays entre 2008 et 2016 indiquent des pourcentages de surpoids chez les adolescents de 13 à 15 ans scolarisés qui varient de 15,3 % au Guyana à 44,8 %</p>

⁷ Cette référence a été ajustée selon les estimations révisées publiées par ONUSIDA.

⁸ La référence était en cours d'élaboration au moment de l'approbation du plan d'action. De ce fait, elle a été définie à partir des données disponibles pour l'année 2008.

⁹ La cible était en cours d'élaboration au moment de l'approbation du plan d'action. De ce fait, elle a été définie à partir des données disponibles pour l'année 2008.

Objectif 6 : Promouvoir la nutrition et la santé physique	
Indicateur, référence et cible	Situation
	<p>au Chili. Le Chili mis à part, les pays présentant les pourcentages les plus élevés d'étudiants en surpoids incluaient les Bahamas (44,7 %), le Belize (35,8 %), Saint-Kitts-et-Nevis (32,5 %) et la Barbade (31,9 %) (11).</p>
<p>6.2 Accroître la proportion d'adolescents ayant une activité physique (13 à 15 ans)</p> <p>Référence : 13 % Cible : 30 %</p>	<p>Selon les estimations de l'OMS, le pourcentage d'adolescents de 11 à 17 ans dans les Amériques qui vont à l'école et ne font pas suffisamment d'activité physique était de 81,2 [79,6 à 83,0], soit 75,3 % chez les garçons et 87,1 % chez les filles en 2010 (21).</p> <p>Les données de l'enquête GSHS menée dans 19 pays entre 2008 et 2016 ont indiqué les pourcentages d'élèves de 13 à 15 ans actifs physiquement au moins 60 minutes par jour cinq jours ou plus la semaine précédant l'enquête ; ces pourcentages s'échelonnaient de 10,9 % au Guatemala à 31,8 % à Antigua-et-Barbuda. Les autres pays présentant des pourcentages élevés d'activité physique chez les élèves de cet âge incluaient Trinidad-et-Tobago (29,2 %), la Barbade (29,2 %), le Belize (29,0 %), l'Uruguay (28,8 %) et l'Argentine (28,3 %) (11).</p>
<p>6.3 Réduire la prévalence des adolescentes souffrant d'anémie (10 à 19 ans)</p> <p>Référence : 25 % - 30 % Cible : 15 % - 10 %</p>	<p>Selon les estimations mondiales, la prévalence d'une quelconque anémie chez les filles de 10 à 14 ans de la Région des Amériques était de 28,34 % en 2008, diminuant légèrement à 26,95 % en 2017. La prévalence estimée chez les 15-19 ans était de 27,28 en 2008, chiffre, diminuant à 25,83 % en 2017 (22).</p> <p>Les données nationales sur l'anémie chez les adolescentes restent limitées. Les données d'enquêtes réalisées dans 9 pays ont indiqué des pourcentages d'anémie de 7,7 % chez les filles de 12 à 19 ans au Mexique (2012), 11,7 % chez celles de 15 à 19 ans au Guatemala (2014-2015), 12,5 % chez leurs homologues au Honduras (2011-2012), 13,4 % chez celles de 12 à 14 ans en République dominicaine (2012), 14,3 % chez celles de 15 à 19 ans en Équateur (2011-2013), 15,0 % chez celles de 10 à 19 ans en Argentine (2012), 17,2 % chez celles de 15 à 19 ans au Pérou (2012), 34,1 % chez leurs homologues au Guyana (2009) et 55,5 % chez leurs homologues en Haïti (2012) (8).</p> <p>Selon les classifications de l'OMS, l'anémie est un problème mineur de santé publique chez les adolescentes des Amériques (prévalence de 20 % à 39,9 %), mais un problème grave de santé publique en Haïti (prévalence égale ou supérieure à 40 %).</p>

Objectif 7 : Lutter contre les maladies chroniques	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>7.1 Réduire le taux de dents cariées/ manquantes/avec plombage (DMFT) chez les adolescents de 12 ans</p> <p>Référence : 5,5 Cible : 3,5</p>	<p>Selon les estimations mondiales, le DMFT pondéré chez les jeunes âgés de 12 ans dans la Région des Amériques était de 2,76 en 2004, 2,35 en 2011 et 2,08 en 2015, ce qui classe la Région en deuxième position en termes de prévalence de DMFT-12 estimée élevée, après la Région OMS du Sud-Est asiatique (23).</p>
<p>7.2 Accroître la couverture de la vaccination contre le tétanos et la diphtérie (10 à 19 ans)</p> <p>Référence : 75 % Cible : 95 %</p>	<p>Il n'existe pas dans la Région des Amériques de recommandation propre à la vaccination des adolescents contre le tétanos et la diphtérie, mais l'OPS poursuit son travail avec tous les pays pour garantir une protection précoce contre ces maladies. Il faut également noter que, depuis 2017, tous les pays de la Région sauf Haïti ont éliminé le tétanos néonatal en tant que problème de santé publique.</p>

Objectif 8 : Promouvoir les facteurs de protection	
Indicateur, référence et cible	Situation
<p>8.1 Accroître la connaissance qu'ont les parents des activités des adolescents</p> <p>Référence : 67 % Cible : 90 %</p>	<p>La connaissance qu'ont les parents des activités de leurs enfants adolescents était incluse en tant qu'indicateur indirect des facteurs de protection, qui sont d'importants déterminants des comportements des adolescents en matière de santé. Ces facteurs comportent, entre autres, les liens et les relations épanouissantes avec les parents et les autres adultes.</p> <p>Parce que le plan n'a fait état que de la GSHS comme source de données, sans détailler les pays inclus dans le calcul régional, l'OPS n'a pas pu déterminer a posteriori la référence fournie dans le plan d'action ou sa valeur correspondante actuelle.</p> <p>Le pourcentage d'adolescents de 13 à 15 ans dont les activités au cours du temps libre sont connues des parents (enfants) ou des tuteurs (pupilles) s'échelonnait de 33,8 % à Saint-Kitts-et-Nevis à 72,0 % en Uruguay. Dans tous les pays, les pourcentages étaient plus élevés concernant les filles.</p>

Mesures à prendre pour améliorer la situation

16. Les ODD et la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent* ont fait émerger une nouvelle urgence dans le domaine de la santé de

l'adolescent, soulignant ainsi l'importance des investissements stratégiques en matière de santé et d'épanouissement de l'adolescent pour atteindre les cibles des ODD (5, 6). Le guide AA-HA! et autres orientations mondiales offrent des recommandations fondées sur des données factuelles en matière de planification, de mise en œuvre et de suivi d'une réponse aux besoins des adolescents en matière de santé qui leur permettent de « survivre, s'épanouir et se transformer », mais aussi comment faire face à des défis de santé donnés. De plus, le *Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030* approuvé par les États Membres de l'OPS en 2018 (24), articule pour 2018-2030 des cibles et des actions régionales et nationales intégrées et fondées sur l'équité, pour protéger les améliorations déjà obtenues et combler les lacunes persistantes, afin de garantir des vies en bonne santé et de promouvoir le bien-être de toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents des Amériques à partir d'une approche portant sur l'ensemble du parcours de vie.

17. Les activités cruciales pour accélérer les progrès en matière de santé des adolescents incluent :

- a) investir davantage dans la santé des adolescents et des jeunes ;
- b) élaborer, actualiser et mettre en œuvre des politiques multisectorielles fondées sur l'équité et les feuilles de route correspondantes, pour prendre en compte les déterminants sociaux en matière de santé des adolescents et réduire les iniquités en santé ;
- c) élaborer et mettre en œuvre des politiques collectives pour réduire la mise à disposition et la consommation d'alcool, de tabac et de boissons sucrées par les adolescents, entre autres par l'imposition, la restriction de leur mise à disposition matérielle et des restrictions en matière de commercialisation (publicité, parrainages et promotions) (25) ;
- d) mettre en œuvre dans les familles et les communautés des interventions fondées sur des données factuelles, à moindre coût et à grande échelle, pour améliorer et promouvoir la santé mentale, physique, sexuelle et génésique des adolescents, en ciblant et en responsabilisant les groupes vivant dans des conditions de vulnérabilité et en mettant en œuvre à grande échelle les interventions nécessaires pour obtenir des résultats, tout en reliant ces programmes à d'autres initiatives (c.-à-d., initiatives encourageant la bonne santé) ;
- e) élargir l'utilisation des écoles en tant que plateforme efficace et équitable pour délivrer aux adolescents des informations et des services sanitaires ;
- f) lever les obstacles légaux et politiques, et ceux liés au système sanitaire, pour parvenir à l'accès universel et équitable des adolescents à des soins de santé intégrés et de qualité qui répondent à leurs besoins ;
- g) établir des dispositifs propres aux adolescents pour qu'ils participent aux processus d'élaboration et de suivi des politiques ;

- h) accroître la capacité des pays à produire des informations fiables sur la santé des adolescents et à suivre et analyser systématiquement les iniquités en santé touchant les adolescents.

18. Il est important de noter que, bien que le nouveau *Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030* n'inclue pas spécifiquement le groupe d'âge des 20 à 24 ans, il sera essentiel de porter une attention permanente aux problèmes de santé et aux besoins spécifiques et uniques des jeunes femmes et hommes de ce groupe d'âge, pour leur garantir de la même manière le bien-être et une bonne santé.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

19. Le Conseil directeur est prié de prendre note de ce rapport et de formuler les commentaires qu'il jugera appropriés.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes [Internet]. 48^e Conseil directeur de l'OPS, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2008 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2008 (document CD48/8) [consulté le 4 décembre 2018]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/cd48-08-f.pdf?ua=1>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes [Internet]. 48^e Conseil directeur de l'OPS, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2008 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2008 (résolution CD48.R5) [consulté le 4 décembre 2018]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/cd48.r5-f.pdf?ua=1>
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2009 (document CD49/12) [consulté le 4 décembre 2018]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-12-f.pdf>
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2009 (résolution CD49.R14) [consulté le 4 décembre 2018]. Disponible sur : [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14 \(Fr.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14%20(Fr.).pdf)
5. Organisation mondiale de la Santé. Cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents – orientations pour la mise en œuvre [Internet]. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 10 décembre 2018]. Disponible sur : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/fr/
6. Assemblée générale des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 [Internet] (résolution A/RES/70/1). New York : Nations Unies ; 2015 [consulté le 12 juillet 2017]. Disponible sur : https://unctad.org/meetings/fr/SessionalDocuments/ares70d1_fr.pdf
7. Chaque femme, chaque enfant. La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) [Internet]. New York : EWEC ; 2015 [consulté le 10 juin 2017]. Disponible sur : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf

8. Organisation panaméricaine de la Santé. The Health of Adolescents and Youth in the Americas. Implementation of the Regional Strategy and Plan of Action on Adolescent and Youth Health 2010-2018 [Internet]. Washington (DC) : OPS ; 2018. Disponible sur : <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49545>
9. Organisation panaméricaine de la Santé. Regional Mortality Database [Internet]. Washington (DC) : OPS/OMS [consulté le 30 janvier 2019]. Disponible sur : <https://hiss.paho.org/pahosys>
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Todas las Mujeres Todos los Niños y Adolescentes América Latina y el Caribe. Perfiles de las desigualdades en los países de Centroamérica y la República Dominicana [Internet]. EWEC LAC ; 2017 [consulté le 30 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.apromiserenewedamericas.org/paises/>
11. Organisation mondiale de la Santé. Global School-based Student Health Surveys [Internet] [consulté le 15 décembre 2018]. Disponible sur : <http://www.who.int/chp/gshs/factsheets/en/>
12. Le DHS Program. STATcompiler [Internet] [consulté le 15 juin 2017]. Disponible sur : <https://www.statcompiler.com/fr/index.html>
13. Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. World fertility patterns 2015 [Internet]. New York : ONU ; 2015 [consulté le 15 décembre 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/world-fertility-patterns-2015.pdf>
14. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Enquête à indicateurs multiples [Internet]. MICS, UNICEF [consulté le 15 décembre 2018]. Disponible sur : https://www.unicef.org/french/statistics/index_24302.html
15. Organisation panaméricaine de la Santé. Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean [Internet]. Washington (DC) : OPS ; 2016 [consulté le 5 janvier 2019]. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34493>
16. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapports d'avancement sur les questions techniques [Internet]. 56^e Conseil directeur de l'OPS, 70^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 23 au 27 septembre 2018 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2018 (document CD56/INF/22) [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=46312-cd56-inf-22-f-rapports-avancement&category_slug=56-directing-council-french-9967&Itemid=270&lang=en

17. Organisation panaméricaine de la Santé. Département des données probantes et des renseignements pour l'action en santé/Unité de l'analyse, de la métrique et des renseignements en matière de santé. PLISA Database. Health Situation in the Americas: Core Indicators 2018 [Internet]. Washington (DC) : OPS ; 2018 [consulté le 30 janvier 2019]. Disponible en anglais sur : <http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators.html>
18. Organisation des États Américains. Secrétariat à la sécurité multidimensionnelle ; Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues. Observatoire interaméricain des drogues. Report on drug use in the Americas 2015 [Internet]. Washington (DC) : OEA ; 2015 [consulté le 30 janvier 2019]. Disponible sur : http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/DrugUseAmericas_ENG_web.pdf
19. Organisation des Nations Unies, Division de la population. World Population Prospects 2017 [Internet] [consulté le 17 janvier 2019]. Disponible en anglais sur : <https://population.un.org/wpp/>
20. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Aidsinfo [Internet]. [consulté le 30 janvier 2019]. Disponible en anglais sur : <http://aidsinfo.unaids.org/>
21. Organisation mondiale de la Santé. Données de l'Observatoire mondial de la santé [Internet]. Genève (Suisse). Genève : OMS ; 2016 [consulté le 14 janvier 2019]. Disponible en anglais sur : https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/
22. Institut de métrologie et d'évaluation sanitaires. Global Health Data Exchange [Internet]. Seattle [États-Unis] : IHME, Université de Washington ; 2017 [consulté le 23 janvier 2019]. Disponible en anglais sur : <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
23. Organisation mondiale de la Santé. Bases de données de la santé buccodentaire [Internet]. Suède : Centre collaborateur OMS de l'université Malmö ; 2015 [consulté le 23 janvier 2019]. Disponible en anglais sur : https://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/Global_burden_of_caries_disease/
24. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030 (résolution CD56.R8) [Internet]. Washington (DC) : OPS ; 2018. Disponible sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49719/CD56-R8-f.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
25. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale visant à réduire l'effet nocif de l'alcool [Internet]. Genève : OMS ; 2010 [consulté le 10 février 2019]. Disponible sur : https://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/fr/

- - -